

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y SOCIALES



**“EL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉXICO: TENDENCIAS
CRECIENTES DE AGOTAMIENTO PROFESIONAL EN SERVIDORES
PÚBLICOS DE LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SALUD EN
ENSENADA, B.C.”**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN
ADMINISTRACIÓN**

PRESENTA

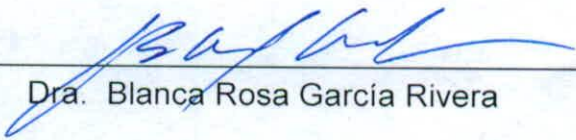
MARÍA RODRÍGUEZ TENORIO

Ensenada, B.C.

Diciembre 2014

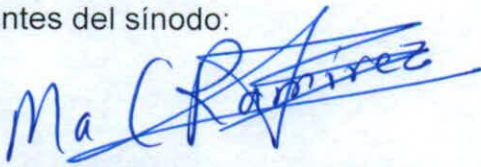
CONSTANCIA DE APROBACION

Director de la Tesis: _____


Dra. Blanca Rosa García Rivera

Aprobado por los integrantes del sínodo:

1.- _____


Sinodal Dra. María Concepción Ramírez Barón

2.- _____


Sinodal Dra. Karla Ramírez Barón

Dedico este trabajo a los responsables de lo que soy y de que yo esté aquí, mis padres, que aun cuando ya no están físicamente, siento su presencia cada momento, me acompañan en cada paso que doy...

A mi adorada hija, Mi Gorda, Mi Julisa, por ser mi compañera en todo lo que emprendo, porque por ella soy mejor persona y cambió para bien el sentido de mi vida.

Para Guillermo, mi compañero de vida, porque con su andar a mi lado, me siento libre, segura y plena, gracias por estas siempre aquí conmigo.

A mis hermanas y mis hermanos, porque cada uno de ellos me ha enseñado parte de la vida, por ser tan diferentes a mí, gracias por compartir conmigo lo que ustedes son, Charlie, Carmen, Andrés, Angie, Felipe, gracias.

Agradecimientos

Agradezco a mi Directora de Tesis, Dra. Blanca, gracias por su apoyo y su gran paciencia, por la calidad de ser humano que es.

Agradezco a mis sinodales, Cony y Karlita Ramírez Barón, dos profesionistas de las cuales todos podemos aprender, gracias por su apoyo, sus asesorías y su paciencia.

Agradezco a la UABC, gracias a sus programas de becas ya que con ellas muchos podemos lograr metas que creímos no poder lograr.

Agradezco al personal de ISSSTECALI por abrir sus puertas y por la confianza que me brindaron, fueron un gran apoyo para la realización de esta investigación.

Tabla de Contenido

Introducción.....	1
Capítulo I Marco Contextual	3
1.1. Consecuencias de Síndrome de Burnout	3
1.2. El estrés laboral y el agotamiento profesional	5
1.3. Aspectos legales	8
1.4. Sistema de salud	9
1.4.1. Alemania	9
1.4.2. Chile	10
1.4.3. Colombia	11
1.4.4. Costa Rica	12
1.4.5. España	12
1.4.6. Francia	13
1.4.7. Inglaterra	13
1.4.8. México	14
1.4.9. Paraguay	25
1.5. Indicadores de Burnout	15
1.6 Breve descripción del hospital en el cual se realizó la investigación	16
Capítulo II Marco Teórico	18
2.1. Burnout	18
2.2. Definiciones de burnout	19
2.3. Teorías y modelos de burnout	21
2.3.1. Modelo de competencia social de Alice Harrison	25
2.3.2. Modelo de Matt Chermis	25
2.3.3. Modelo de Thompson Page	25
2.3.4. Modelo de Pines	25
2.3.5. Modelo de comparación de Buunk y Chuouufet	27
2.3.6. Modelo de conservación de recursos Hofo Freddy	27
2.3.7. Modelo del Goleblewuki, Munzen, rider y carter	27
2.3.8. Modelo de Cox, Kuk y Leiter	28
2.3.9. Modelo de Winnubsk	29
2.3.10 Modelo de estrés laboral de Gil, Monte y Peiró	29
2.3.11Modelo de Maslach	29
2.4. Estudios realizados sobre burnout	31
2.5 Dimensiones del síndrome de Burnout: Cansancio emocional	36

Despersonalización y poca realización personal	
2.5.1. El cansancio emocional	36
2.5.2. La Despersonalización	37
2.5.3. Baja realización personal	37
2.6. Variables que preceden el síndrome de Burnout	37
2.6.1. Organizacionales	37
2.6.2. Sociales	37
2.6.3. Personales	38
2.7. Sintomatología	38
2.8. Evolución del Burnout	39
2.9. Consecuencias generales del Burnout	40
2.10 Instrumentos más utilizados para medir Burnout	42
2.10.1. Staff Burnout Scale	42
2.10.2 Indicadores de Burnout	43
2.10.3 Emener Luck Burnout Scale	44
2.10.4. Tedium Measure	44
2.10.5. Maslach Burnout Inventory	45
2.10.6 Teacher Burnout Scale	46
2.10.7. Energy Depletion Index	47
2.10.8 Matt Lews Burnout Scale for Employess	49
2.10.9 Escala de variables predatorias de Burnout.	49
2.10.10 Efectos psíquicos de Burnout	49
2.10.11 Cuestionario del Burnout del profesor	50
2.10.12 Burnout assessment survey	51
2.10.13 Rome Burnout Inventory	52
2.10. 14 Escala de Burnout de directores de colegios	52
Capítulo III Metodología	53
3.1 Justificación de la Investigación	53
3.2. Descripción del área donde se realizó el estudio	54
3.3. Objetivo general	54
3.4 Objetivos particulares	54
3.4.1. Objetivo 1	54
3.4.2. Objetivo 2	55
3.4.3. Objetivo 3	55
3.5 Pregunta de Investigación	55
3.6.1 Hipótesis específicas	55
3.7 Enfoque de la Investigación	56
3.8 Nivel de la Investigación	56
3.9 Diseño de la investigación	56
3.10. Población	57

3.11 Descripción del instrumento	57
3.12 Confiabilidad y Validez	58
Capítulo 4 Resultados	62
4.1. Descripción de la muestra	62
4.2. Género y número de hijos	63
4.3. Género y estado civil	64
4.4. Puesto y cargo	65
4.5. Análisis de los enfermeros, sus otros trabajos y estado civil	65
4.6. Enfermeros con especialidad	66
4.7. Agotamiento emocional representado por género	67
4.8. Poca realización personal representado por género	68
4.9. Despersonalización representada por género	69
4.10 Correlaciones de Spearman	70
Capítulo 5 Conclusiones	75
5.1. Conclusiones y discusión	75
5.2. Recomendaciones	77
5.3 Contrastación de hipótesis	78
Referencias	79

Lista de Tablas

No. Tabla	Nombre	Página
2.1	Definiciones de burnout	19
2.2	Teorías sobre burnout	21
2.3	Conceptos de modelos teóricos del Síndrome de burnout	30
2.4	Estudios sobre burnout	31
2.5	Instrumentos más utilizados para medir el Síndrome de burnout	42
3.1	Determinación de la muestra prueba piloto	59
3.2	Tabla de rangos de validez y confiabilidad del MBI	59
3.3	Confiabilidad final del instrumento MBI	59
3.4	Confiabilidad de la subescala agotamiento emocional	60
3.5	Confiabilidad de la subescala poca realización personal	60
3.6	Confiabilidad de la subescala despersonalización	61
4.1	Género y edad	62
4.2	Género y número de hijos	62
4.3	Género y estado civil	64
4.4.	Género, puesto y cargo	65
4.5	Género estado civil y otros trabajo	65
4.6.	Enfermeros y otras especialidades	66
4.7	Agotamiento emocional y género	67
4.8	Poca realización personal y género	68
4.9	Género y despersonalización	69
4.10	Correlaciones de Spearman	70
4.11	Correlaciones de Spearman	71
4.12	Dimensión de agotamiento emocional	71
4.13	Distribución de agotamiento emocional	72
4.14	Baremo de agotamiento emocional	72
4.15	Dimensión de despersonalización	73
4.16	Distribución de frecuencias de despersonalización	73
4.17	Baremo de intensidad de despersonalización	73
4.18	Dimensión de poca realización personal	74
4.19	Frecuencias de la dimensión poca realización personal	74
4.20	Baremo de intensidad de poca realización peronal	74

INTRODUCCIÓN

En la actualidad en mundo laboral se encuentra sometido en un constante movimiento, se enfrentan los empleados a constantes cambios en la política, la economía en las ofertas laborales y el crecimiento de profesionistas. Para los trabajadores cada vez más el concepto trabajo ha ido evolucionando, en el ámbito privado como el sector de servidores públicos se encuentran enfrentando situaciones difíciles con la competitividad y las exigencias de sus lugares de trabajo. En el área de salud son cada vez los ciudadanos que deciden utilizar los servicios públicos y de seguridad social para consultas médicas, especialistas y urgencias, prefieren estos servicios a los servicios privados que al incrementado sus costos.

Esta investigación se realiza para los trabajadores del sector salud público de la ciudad de Ensenada, B.C. el sector salud se encuentra sometido a presiones constantes durante el día a día de trabajo, los hospitales cada vez cuentan con mayor número de usuarios y el crecimiento de urgencias y atención crece a la par de las ciudades, las actividades estresantes que viven dentro de los hospitales se van volviendo cotidianas tanto que el empleado modifica día a día su estado físico, mental y su actitud para con los usuarios.

Por lo anterior con la presente investigación se busca conocer la influencia del síndrome de *burnout* con las variables que lo caracterizan: agotamiento emocional, despersonalización y poca realización personal, y con los resultados dejar un precedente para investigaciones futuras.

Las implicaciones que el *burnout* tiene en la vida laboral y personal del empleado, así mismo llega a afectar a la organización para la cual trabaja, debido a que es una respuesta al estrés crónico que viene padeciendo con actitudes y sentimientos nocivos para su vida. (Apiquian, 2007 citado en Dávila, 2011).

Estas actitudes son la consecuencia de una cadena de situaciones que suelen provocar tensión al interactuar y tratar repetidamente con otras personas, lo anterior no debe considerarse de menor importancia ante otras enfermedades de salud, ya que puede desencadenar un costo para las organizaciones a consecuencia de las ausencias del personal, retardos, bajo desempeño en su trabajo la disminución de la calidad del servicio.

Justificación de la Investigación

Esta investigación permitirá un mayor incremento en el conocimiento de las diferentes teorías ya existentes en cuanto al desarrollo del síndrome de *burnout* en los trabajadores e instituciones en general.

Descripción del área donde se realizó el estudio

La investigación se realizó en el Hospital del Instituto de Seguridad de Servicios Sociales de los Trabajadores del Gobierno y Municipios del Estado de Baja California (ISSSTECALI), ubicado en Boulevard las Dunas y Calle las Rocas del Fraccionamiento Bahía Ensenada en la ciudad de Ensenada, Baja California. El Director del Hospital es el Dr. José Edmundo Ferniza Mattar.

Objetivos, pregunta de investigación e hipótesis

Objetivo General de Investigación

Determinar y describir el impacto de los factores de despersonalización, poca realización personal y el agotamiento emocional en el síndrome de *burnout* en los trabajadores de la muestra (Desde el Modelo de Maslach).

Capítulo I

Marco Contextual

1.1. Consecuencias del Síndrome de *Burnout*

Desde Freudenberg (1974) a la actualidad varios autores han descrito los síntomas que presenta una persona con *burnout*. Gil Monte y Peiró (1997) realizó una revisión de los trabajos publicados y agrupó los síntomas en cuatro categorías:

Síntomas emocionales: Ansiedad, sentimientos de soledad, de alienación, de impotencia o de omnipotencia; Síntomas actitudinales: Hostilidad, suspicacia, cinismo, apatía, tendencia a no verbalizar; Síntomas conductuales: Agresividad, cambios repentinos de humor, aislamiento, frecuente enojo, irritabilidad; Síntomas somáticos: Palpitaciones, hipertensión, dolor precordial, asma, catarros frecuentes, infecciones frecuentes, alergias, dolores cervicales, dolor de espalda, fatiga crónica, alteraciones menstruales, diarrea, insomnio, ulcera gastroduodenal, jaqueca.

Las alteraciones físicas son las mayormente percibidas por el individuo que las sufre y las que causan un mayor impacto sobre su calidad de vida. Los síntomas actitudinales, emocionales y conductuales, son los que más afectan las relaciones interpersonales y son mayormente percibidos por las personas del entorno (Savio, 2007).

Estos síntomas presentados no sólo producen consecuencias en el plano físico e interpersonal de la persona afectada sino que también tiene repercusiones directas sobre la organización para la cual trabaja. Uno de los indicadores más clásicos es la baja satisfacción laboral. Una baja satisfacción laboral se traduce en un deterioro de la calidad de servicio que el trabajador ofrece (Savio, 2007)

Las consecuencias a nivel organizacional acarrear generalmente grandes costos económicos para la organización. El ausentismo laboral, la propensión a los accidentes de trabajo, tendencia a cometer más errores y, en muchos casos, el abandono de la institución, se traducen en indemnizaciones y en pérdida de capacidad de ganancia para la empresa, (Savio, 2007).

Existe un problema en la diferenciación entre los síntomas del *burnout* y las consecuencias como resultado de la confusión propia de la delimitación y definición del concepto.

La mayoría de las consecuencias del *burnout* son de carácter emocional. Esto se explica porque los estudios realizados se han basado en la definición operativa de Maslach: 12 de los 22 ítems de su escala apuntan al factor emocional, como ser los relacionados a la depresión, sentimientos de fracaso, pérdida de autoestima, irritabilidad, disgusto, agresividad.

Los síntomas cognitivos son menos estudiados, pero son de gran importancia por varias razones: en el comienzo del desarrollo del síndrome hay una incoherencia entre las expectativas laborales y lo real, lo que lleva a una frustración y depresión cognitiva, y que es por lo que se caracteriza este síndrome. Las consecuencias giran en torno a las dificultades para concentrarse o para tomar decisiones (House, 1981).

La segunda dimensión que atribuye Maslach y Leiter (1997) al *burnout*, el cinismo, se refiere a la autocrítica, desvalorización, autosabotaje, desconfianza y desconsideración hacia el propio trabajo.

El área conductual, que ha sido poco estudiada hace referencia a la despersonalización. Las consecuencias del síndrome en este aspecto es la pérdida de acción preactiva, y las manifestaciones engloban el consumo aumentado de estimulantes, abusos de sustancias y, en general, hábitos dañinos para la salud.

Las consecuencias sociales apuntan sobre la organización donde el sujeto trabaja, ya que el síndrome de *burnout* puede llevar a que la persona quiera aislarse y evite la interacción social. La persona sufre y la empresa también paga un alto costo pues trae como consecuencia: el cinismo, retrasos, disminución de productividad, el ausentismo, la rotación o fluctuación del personal, disminución del rendimiento físico y psicológico, disminución con el compromiso, afectaciones en la calidad del trabajo realizado, accidentes, las intenciones de abandonar el trabajo, indemnizaciones por conceptos de reclamación o certificados médicos, etc. (House, 1981)

Las manifestaciones fisiológicas pueden cubrir síntomas como las cefaleas, dolores musculares (sobretudo dorsal), dolores de muelas, náuseas, pitidos aurales, hipertensión, úlceras, pérdida de la voz, pérdida de apetito, disfunciones sexuales y problemas de sueño. En general, pueden aparecer y/o aumentar los trastornos psicosomáticos y la fatiga crónica. (House, 1981)

También se ha observado que las personas con altos niveles de burnout tienen menos satisfacción con la pareja y las conductas en el hogar son de irritación, disgusto y tensión. Esta situación incide especialmente en el deterioro de las interacciones personales.

1.2 El Estrés Laboral y el Agotamiento Profesional

El *burnout* no se encuentra reconocido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (en inglés American Psychiatric Association, APA). Es mencionado brevemente en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, lo clasifican con el código Z-73.0 en el apartado asociado a “problemas relacionados con el manejo de las dificultades de la vida”. En algunos países europeos a los pacientes con *burnout* se les diagnostica con el síndrome de neurastenia (ICD-10, código F 48.0) siempre que sus síntomas estén asociados al trabajo, en concordancia con la lógica de planteamientos presentes en algunas investigaciones, quienes la vinculan con el

síndrome de burnout, considerándolo, por lo tanto, como una forma de enfermedad mental.

Al estudiar el *burnout* es imprescindible tocar el tema del estrés laboral, así como el creciente interés de las organizaciones sobre la calidad de vida de los trabajadores. Ya que la calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental tiene repercusiones en la organización (Medina, 2004).

La OIT (Organización Internacional del Trabajo) define al estrés laboral como una enfermedad que constituye un peligro para las economías en desarrollo (disminución de la productividad) y bajo rendimiento del trabajador (Mc Donald, 2009).

El estrés laboral es uno de los problemas de salud más grave en la actualidad, que no sólo afecta a los trabajadores al provocarles incapacidad física o mental, sino también a los empleadores y los gobiernos, que comienzan a evaluar el perjuicio financiero que les causa el estrés. En los EUA, por ejemplo, su costo para la industria se calcula aproximadamente en 200,000 millones de dólares anuales, debido al ausentismo, la merma en la productividad, las reclamaciones de indemnizaciones, los seguros de enfermedad y los gastos directos en servicios médicos. En el Reino Unido se calcula que el costo del estrés asciende cada año hasta el 10% del PNB, como consecuencia de las enfermedades, la rotación del personal y la muerte prematura (Rodríguez, 2009, p.7).

La OMS (Organización Mundial de la Salud) estima que en todo el mundo, el porcentaje de trabajadores que sufren estrés laboral en los países desarrollados está entre el 5% y el 10%, mientras que en los países industrializados está entre el 20% y el 50% (McDonald, 2009).

El estrés es la segunda causa de baja laboral en la Unión Europea, afecta anualmente a cuarenta millones de trabajadores y supone para sus países miembros un costo de 20,000 millones de euros al año en gastos sanitarios, sin contar la pérdida de productividad, y en Estados Unidos ha llegado hasta los 150.000 millones de dólares.

También se ha afirmado que el 22% de los trabajadores de la Unión Europea padece estrés, que éste provoca el 55% del absentismo laboral, y que tiene su origen en las precarias formas de contratación, en la inseguridad, en el desarrollo intenso de la actividad, en una excesiva exigencia emocional, en la violencia que genera el trabajo y en el desequilibrio entre la vida profesional y personal (Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, 2007).

En 2010, la Organización Mundial de Salud (OMS) realizó un estudio sobre estrés laboral y para sorpresa de todos, México ocupó el segundo lugar de esta amplia lista, tan sólo un lugar después de China. Para 2012, este país sigue ocupando el mismo peldaño. Si bien el estrés forma parte de la vida laboral de un profesionista, el exceso de este síntoma puede ocasionar serios problemas fisiológicos.

Actualmente y a pesar de ser el generador de diversos padecimientos y enfermedades crónico-degenerativos como la hipertensión, diabetes y obesidad entre otros, no se ha catalogado como una enfermedad (Gutiérrez 2006, citado en Lima, Juárez, 2008).

El estrés y el *burnout* tienen una fuerte relación según la perspectiva clínica, ya que el *burnout* es una reacción adaptada por las consecuencias del estrés crónico acumulado, que supera los niveles profesionales (Mendoza, Blanco y García, 2010).

Según Madrigal (2006), algunas diferencias entre el estrés y el *burnout*, es que el *burnout* es una consecuencia del estrés crónico que se experimenta en el entorno laboral, con relación a las demandas y características del trabajo. Por otra parte el estrés genera efectos positivos y negativos y el *burnout* solamente genera efectos negativos. Señala también que el estrés predispone la generación del burnout, pero no es la causa.

El síndrome de quemarse por el trabajo se experimenta en el ámbito laboral como estrés crónico, forma parte de un proceso y este síndrome es la última parte del proceso, por lo que es necesario hacer una diferencia entre el *burnout* y otros síndromes, ya que varios autores hacen referencia que el *burnout* es una forma de estrés ocupacional, con características propias, que se genera en trabajadores que realizan servicios a otras personas (Meir, 1983; Álvarez y Fernández, 1991, Ribera,

Cartagena, Reig, Romá, Sans y Caruana, 1993; Pines, Aaronson y Kafry, 1981, citados en Ayuso, 2006).

El síndrome de *burnout* debe ser entendido como una respuesta a estresores y no como el estrés psicológico. En el sector de la salud, las relaciones sociales entre los profesionales de la salud, sus pacientes y sus familias, son estresores sumamente importantes para la generación del síndrome. La relación entre el profesional y paciente, y la relación entre el profesional y la organización genera un mecanismo de afrontamiento y de autoprotección para hacerle frente al estrés (Gil-Monte, 2001).

1.3 Aspectos Legales

En EUA y algunos países europeos se ha constatado un incremento de las demandas legales de los trabajadores a las empresas en relación con daños producidos por el estrés laboral, se encontró que las demandas por problemas mentales sin relación con daños físicos comenzaron a aparecer a finales de los años 70 y representaban el 2.5% de las demandas por enfermedad en 1983. Es significativo señalar que las mujeres representaban el 50%, entre 1980 y 1984, comparado con el 24% de otro tipo de demandas.

En España se han producido cambios en la legislación sobre salud laboral esta nueva legislación y la jurisprudencia que genere permitirá clarificar en qué medida el estrés es causa de enfermedad laboral y produce responsabilidades de las empresas por las que éstas tengan que compensar a sus trabajadores afectados (Rodríguez, 2009, p.7).

El artículo 116 de la Ley General de Seguridad Social (B.O.E. de 29 de junio de 1994), entiende como enfermedad profesional “la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifican en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley, y que ésta proceda por la acción de elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional”. En el artículo 115.1. de la misma Ley “Se entiende por accidente de trabajo toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena” y el artículo 115.2.e, dice

que tendrán la consideración de accidente de trabajo “Las enfermedades que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo”. Hasta ahora, el síndrome de burnout no está incluido en el cuadro de enfermedades profesionales, pero va siendo reconocido como accidente de trabajo.

Varias sentencias han declarado el síndrome de burnout como accidente laboral. La más importante fue la del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco del 2 de noviembre de 1999, ya que abrió la puerta para considerar como accidente de trabajo una lesión anímica producida como efecto de la realización de un determinado trabajo. Luego llegaron la del Juzgado de lo Social nº 3 de Vitoria del 27 de marzo de 2002 y la del Juzgado de lo Social nº 16 de Barcelona del 27 de diciembre de 2002.

También la Sala de lo Social del Tribunal Supremo confirmó que el burnout es accidente laboral (26-10-2000).

Además el Tribunal Superior de Justicia de Cataluña ha reconocido que el burnout es un accidente laboral, en una sentencia en la que confirma la incapacidad permanente absoluta concedida a una maestra de Barcelona.

Y el Juzgado de lo Social número 10 de Sevilla ha reconocido el burnout como accidente de trabajo. Una sentencia del Tribunal Supremo ratifica otras del Tribunal Superior de Andalucía que reconoce el carácter de accidente laboral de esta enfermedad, que causa trastornos respiratorios, inmunológicos y cardiovasculares de gravedad y cuyas causas desencadenantes se encuentran en la cantidad de horas que los enfermeros pasan junto al enfermo (Mansilla, 2010).

1.4 Sistema de Salud

Las Organizaciones de Sistemas de Salud buscan proveer a la población de un oportuno, equitativo y buen costo al acceso de servicios de salud. El estado participa con un marco normativo que regula la calidad de los servicios de salud en los países (Maceira, 2007).

1.4.1. Alemania

El sistema de salud alemán organiza la prestación de servicios en torno a un Seguro Social y el sector privado que tiene mucha importancia. El subsistema público existe pero tiene las tareas complementarias de manutención de la infraestructura, regulación y prevención (Maceira, 2007).

El Seguro Social es obligatorio para todo residente que perciba un ingreso menor a €3862 o que, no percibiendo ingreso, recibe el seguro de desempleo (del cual se deduce la contribución). Los pagos se efectivizan de forma entre las aseguradoras y los prestadores contratados.

Las aseguradoras tienen el rol de pagador en tanto negocian con los prestadores la cantidad, calidad y precio de las prestaciones y tienen autonomía para determinar la tasa de contribución a sus afiliados para brindar los servicios del seguro (lo que requiere aprobación de la autoridad local). Además, el comité federal de aseguradoras y médicos, tiene la función de regulador del sistema (Maceira, 2007).

Los fondos son distribuidos entre los médicos de acuerdo a una fórmula nacional. En el caso de los hospitales, que son tanto públicos como privados, cada uno negocia directamente con la aseguradora.

Una de las características más relevantes del sistema es la importancia del sector privado que está orientado a determinados empleados públicos que no pueden acceder al seguro social, y que reciben del gobierno el 50% del gasto en salud, los autónomos que nunca estuvieron afiliados al seguro social y empleados cuyo nivel de ingreso excede el límite y que optaron por comprar un seguro privado. En este sistema, las aseguradoras son organismos semi-públicos, debido a que son propiedad de privados pero mantienen un status de públicos por sus responsabilidades (Maceira, 2007).

1.4.2 Chile

El Sistema de Salud en Chile está conformado por dos subsistemas: público, y privado. El subsistema público está compuesto por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y el seguro de las Fuerzas Armadas. El privado lo integran las empresas de aseguramiento (ISAPRES) y las mutuales (cubren las enfermedades asociadas a los riesgos de trabajo). Los empleados del sector formal tienen la obligación de aportar un porcentaje

de su salario al aseguramiento, siendo su decisión si la cotización se debe dirigir al subsistema público o privado. El seguro de las Fuerza Armadas posee un fondo e infraestructura propia, pero contrata a los hospitales del SNSS. El FONASA se financia con las cotizaciones de los trabajadores, aportes del Tesoro (por la cotización y el monto de los copagos de sus beneficiarios) y copagos (Maceira, 2007).

1.4.3 Colombia

El Sistema de Salud en Colombia tiene tres subsistemas: Seguro Social, el subsistema público y el subsistema privado que garantizan paquetes de servicios diferenciales, según el nivel de ingreso de los beneficiarios.

El sistema de Seguridad Social, el llamado Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) el SGSSS cubre teóricamente a toda la población residente del país y se divide en tres regímenes con paquetes de servicios diferenciados según el ingreso de la población beneficiaria (Maceira, 2007).

Por un lado, el Régimen Contributivo es de afiliación obligatoria para aquellos colombianos que perciben un ingreso de por lo menos dos salarios mínimos. Esta población tiene derecho a recibir los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), tales como actividades de prevención, promoción de la salud y rehabilitación en todos los niveles de complejidad, la atención de enfermedades como SIDA y cáncer y la provisión de medicamentos básicos genéricos (Maceira, 2007).

El Régimen Subsidiado, por su parte, es de afiliación obligatoria para todos aquellos residentes que no tienen capacidad de pago. Las Instituciones prestadoras de servicios (IPS) son el sector privado para quienes deseen pagarlas (Maceira, 2007).

Los recursos financieros del régimen contributivo se sostiene de las aportaciones de los empleados y una parte del estado, el régimen subsidiado totalmente toma los recursos del estado y el privados de los pagos de los que contratan el servicio.

1.4.4 Costa Rica

El sistema de salud en Costa Rica está conformado por dos subsistemas: público y privado. El público está integrado por las siguientes instituciones: el Ministerio de Salud (MS), la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el Instituto Nacional de Seguros (INS) La población que recibe cobertura es mayoritariamente de zonas urbanas con empleo formal (Maceira, 2007).

La CCSS se financia a través de una combinación de recursos transferidos por el Estado por las prestaciones de determinados servicios y las primas pagadas por los asegurados. Presta los servicios integrales a contribuyentes y sus familias, en ocasiones contrata servicios privados para cumplir con su compromiso.

El INS funciona como un monopolio privado vende seguros contra accidentes de tránsito y riesgos laborales (Maceira, 2007).

1.4.5 España

El Sistema de Salud en España cuenta con El mismo tiene tres opciones: participación pública, un sistema de seguridad social y participación privada a través de seguros voluntarios.

El Sistema Nacional de Salud afilia a todo español para que reciba atención, cuenta con un paquete razonable de beneficios en salud primaria, secundaria, medicamentos ortopedia, dietas, transporte para el enfermo, servicios sociales, y ortopedia. Las personas con salarios altos no son obligadas para afiliarse al sistema nacional de salud, ellos pueden elegir por seguros voluntarios, en la mayoría de los casos se dan en la ciudades grandes como Barcelona y Madrid.

El Sistema Nacional de Salud se sostiene de fondos del sector público del gobierno central y regional.

1.4.6 Francia

El sistema de Salud Francés presenta una combinación de varios esquemas organizacionales, y se caracteriza por la coexistencia de actores públicos (como hospitales) y privados (clínicas o profesiones de salud liberales). En este sentido, lidia entre los modelos Beveridge y Bismarck, ya que contiene tanto un sistema de fondos de aseguramiento de la salud, así como el apoyo del estado, combina aseguramientos públicos y privados, financiando los similares servicios con los mismos proveedores y para la misma población objetivo. El estado es el principal actor de la salud, ya que posee un papel directo en el financiamiento y producción de la asistencia médica, controlando las relaciones entre las instituciones de financiamiento, los enfermos y los profesionales de la salud.

La afiliación a un régimen de seguro de enfermedad es obligatoria *Statutory Health Insurance System* (SHS). El afiliado puede elegir y hacer una combinación del seguro público y el privado, dependiendo de los servicios con los que quiera gozar.

El régimen más importante es el General, La Caja nacional del seguro de enfermedad de los trabajadores asalariados que cubre gastos totales en riesgos laborales, maternidad, enfermedades graves, lo que no cubra lo paga el empleado mediante un ticket moderador o contratan servicios privados.

El Parlamento, por el intermedio de la ley de financiamiento de la seguridad social (LFSS) votada cada año, determina el financiamiento y las condiciones en que se hace efectivo el gasto social en salud.

1.4.7 Inglaterra

El Sistema de Salud en Inglaterra se divide en dos subsistemas, el público atendiendo a usuarios por medio del National Health Service (NHS), como hoy lo conocemos es universal en cuanto a beneficiarios y amplio en cuanto a prestaciones; el sector privado, por su parte, es voluntario para la población que desee contratar un seguro

alternativo al provisto universalmente por el estado y comprende algunos servicios complementarios brindados por hospitales y aseguradoras particulares.

El NHS cuenta como población beneficiaria a todo residente regular del país. El NHS es un instrumento del Departamento de Salud y su estructura y funcionamiento se financia con rentas generales, lo que le da carácter de universal. Los recursos son financiados por el Tesoro de la Nación y otra parte por lo recabado de impuestos (Maceira, 2007).

1.4.8 México

El sistema de salud mexicano se encuentra segmentado en los siguientes subsistemas: el sistema de aseguramiento social, compuesto por los servicios a la población no asegurada provistos por la Secretaría de Salud (SSA), y el subsistema de Seguro social, los principales actores son el Instituto Mexicano de la Seguridad Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado (ISSTE) Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Gobierno y Municipios del Estado y el Instituto de la Seguridad de las Fuerzas armadas (ISSFAM) (28, 29) Los trabajadores formales están obligados por ley a contar con afiliación en alguna aseguradora (Maceira, 2007).

La Secretaría de Salud (SSA) es el organismo rector del sistema y basado en dos leyes generales: la Ley General de Salud y Ley General del Seguro Social. Los mecanismos regulatorios en área de prestaciones son compartidos por la federación y las secretarías estatales de salud (SESA). En cambio, la regulación en la asignación fondos y gastos es llevada a cabo por la Oficialía Mayor de cada institución en coordinación con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, quien a su vez es se encarga de transferir los recursos financieros (Maceira, 2007).

Cada institución cuenta con presupuestos y fuentes de financiamiento propios. En el IMSS, las contribuciones son compartidas por el empleador, el trabajador y el gobierno federal.

En el ISSSTE y otras aseguradoras estatales, los aportes son compartidos por el gobierno federal y el empleado, aunque con grandes diferencias entre instituciones no sólo en contribuciones sino también en paquetes y calidades de atención.

IMSS ofrece atención primaria, secundaria, maternidad, medicamento, estancia infantil, traslados al derechohabiente, riesgos laborales, medicina preventiva y seguimiento a enfermedades crónicas (Maceira, 2007).

1.4.9 Paraguay

El sistema de salud en Paraguay está compuesto por tres subsectores: el público, la seguridad social y el privado.

Esta segmentación, como en gran parte de las naciones de la región latinoamericana, se traduce en la compartimentación en cuanto a beneficiarios: mientras que el sector privado con fines de lucro es voluntario para todo aquél que pueda costear los servicios, la seguridad social cubre exclusivamente a los empleados formales y el subsistema público y privado sin fines de lucro tienen una cobertura universal, de calidad más reducida, y constituye la fuente de acceso a servicios de salud de la población de menores recursos (Maceira, 2007).

El subsector público se compone del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) que presta servicios de salud preventiva y curativa, en el primer, segundo y tercer nivel de complejidad a toda la población paraguaya. También pertenece a este subsistema la Sanidad Policial y Militar que provee de servicios primarios, básicos y especializados a sus empleados activos, los retirados y sus familiares. Por su parte, la Universidad Nacional de Asunción, a través de los hospitales públicos dependientes de la Facultad de Medicina, brinda cuidados de salud a todo ciudadano que concurra a sus instalaciones (Maceira, 2007).

La Seguridad Social opera a través del Instituto de Previsión Social (IPS) brinda servicio al trabajador y su familia. El IPS debe por ley, prestar un paquete de servicios integral y en caso de no poder cumplir con ello, recurre a la subcontratación del sector privado, con financiamiento de recursos propios (Maceira, 2007).

Por su parte el subsector privado comprende a instituciones sin y con fines de lucro. El sistema de salud paraguayo cuenta como fuentes de financiamiento con los aportes patronales y salariales, impuestos generales, pago de bolsillo de los hogares, y cooperación externa a través de donaciones y créditos.

Este subsistema se financia a través de impuestos generales, créditos externos destinados a inversiones en infraestructura (Maceira, 2007).

De lo anteriormente expuesto se puede deducir que el sistema de salud funciona muy similar tanto en América como en Europa, existen servicios privados para quienes los desean contratar; servicios subsidiados por el estado, para personas que no cuentan con trabajo y no pueden pagar un servicio privado; y los servicios de seguridad social de los empleados en los cuales los mismos empleados realizan aportaciones junto con su patrón y otra parte del estado.

En su mayoría los servicios otorgan atención primaria, secundaria, otorgan medicamentos, transporte al empleado cuando lo requiera, y servicio de maternidad (Elaboración propia).

1.5. Indicadores de *burnout*

Los organismos internacionales como la Organización Panamericana de Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Internacional del Trabajo (OIT), ubican al burnout como una de las patologías laborales, que deben ser prevenidas y deben ser intervenidas con programas a la prevención y tratamiento.

En estudios realizados a enfermeros en los hospitales de salud públicos y se obtuvieron indicadores altos y medios.

En Buenos Aires Argentina de los casos estudiados el 66 % padecen burnout en nivel alto y el 34 % nivel medio; en Colombia de los casos estudiados el 19% padece en nivel alto el síndrome de burnout, el 6% en nivel medio; en las Islas Canarias los niveles altos marcaban al 65 % de los casos estudiados; en Madrid el 59% de los casos padecen un nivel alto de burnout, el 23% niveles medios.

Existen diferentes aspectos que pueden detonar el nivel alto del padecimiento del burnout, los aspectos más mencionado por los encuestados fueron: Los cambios de turno, excesivas cargas de trabajo, el salario bajo, constantes cambios de turno en su jornada laboral, el ambiente laboral, la gravedad del paciente, falta de materiales y recursos (Maldonado, 2011).

1.6 Breve descripción del hospital en el cual se realiza esta investigación

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Gobierno y Municipios del Estado de Baja California, (ISSSTECALI), fue creado por la Ley de 1962, organismo público descentralizado, mismo en el cual estado y trabajadores realizan aportaciones el cual lo sostiene.

La investigación se realizó en el hospital ISSSTECALI de Ensenada, Baja California, en él laboran 122 enfermeras (os), este hospital cuenta con 19 camas; en cada turnos trabajan nueve enfermeras que atienden a los hospitalizados en piso; en el área de unidad de cuidados Intensivos hay dos camas y se necesita un enfermero (a) por cada paciente; el área de urgencias es atendidos por seis enfermeros (as); quirófano cuatro enfermeras por turno; medicina preventiva es atendido por cuatro enfermeros (as); el área de signos es atendido por cuatro enfermeros (as) por turno.

Capítulo II

Marco Teórico

2.1 Burnout

El origen de la palabra *burnout* tal vez se remonte a 1950, al estudio de baja moral y desesperación de la enfermera psiquiátrica *Miss Jones* publicada en la década de 1950 por Schwartz y Will (Juárez, Idrovo, Camacho y Placencia 2014). (Oviedo Zuñiga, Vargas Santillán, Hernández Velázquez, Pérez Fiesco, & Rodríguez García, 2009). (Oviedo Zuñiga, Vargas Santillán, Hernández Velázquez, Pérez Fiesco, & Rodríguez García, 2009).

Más adelante a mediados de los años 70's el psiquiatra Herbert Freudenberger quien trabajaba en una clínica de Nueva York se percató que los voluntarios que trabajaban con toxicómanos, en un periodo de tiempo de un año presentaban síntomas progresivos como pérdida de la energía, ansiedad, agotamiento, depresión, desmotivación y agresividad con sus pacientes. Por lo que describió estos síntomas como una patología psiquiátrica resultado de la relación continua del profesional con el paciente, este síndrome se conoce también como síndrome de quemarse por el trabajo y desgaste profesional ((Rodríguez Palpilla, Rodríguez Gómez, Riveros Gutiérrez , Rodríguez D'Luyz, & Pinzón Salamanca, 2011) (Oviedo Zuñiga, Vargas Santillán, Hernández Velázquez, Pérez Fiesco, & Rodríguez García, 2009; Rodríguez Palpilla, Rodríguez Gómez, Riveros Gutiérrez , Rodríguez D'Luyz, & Pinzón Salamanca, 2011).

2.2. Definiciones de Burnout

El *burnout* fue reconocido como riesgo ocupacional para profesionistas del área de la salud, educación y servicios asistenciales, llevando al adolecimiento físico, psíquico y comprometiendo los resultados de su trabajo, repercutiendo en las organizaciones debido a las ausencias y aumento de conflictos interpersonales (Grazziano y Bianchi 2008).

En la siguiente tabla cronológicamente se muestran definiciones de *Burnout*

Tabla 2.1 Definiciones de *burnout*

	Año	Autor	Definición
1	1970	Freudenberger	Sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga por exigencia de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador. Freudenberger sitúa las emociones y sentimientos negativos producidos por el burnout en el contexto laboral.
2	1978	Pines y Kafry	Experiencia General de agotamiento físico, emocional y actitudinal.
3	1979	Dale	Consecuencia del estrés laboral indicando que el síndrome puede variar en relación a la intensidad y duración del mismo.
4	1980	Chemiss	Cambios personales negativos que ocurren a lo largo del tiempo en empleados con trabajos frustrantes o con excesivas demandas.
5	1980	Edelwich y Brodsky	Pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda como resultado de las condiciones de trabajo.
6	1976	Maslach	Proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional y desinterés cínico entre sus compañeros de trabajo.
7	1981	Maslach y Jackson	Síndrome psicológico que abarca exposición prolongada a estresores interpersonales crónicos derivados del ambiente laboral, caracterizado por tres dimensiones: Desgaste emocional o agotamiento, despersonalización o cinismo e Incompetencia profesional o reducida realización personal.
8	1982	Maslach y Jackson	Patología severa que suele derivarse de estrés laboral. Es un cuadro crónico en el que se experimenta agotamiento emocional, falta de realización personal y despersonalización.
9	1986	Maslach y Jackson	Es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas. Síndrome tridimensional
10	2003	Maslach	Fenómeno psicológico que involucra una respuesta prolongada e inapropiada a los estresores en el lugar de trabajo; más específicamente, debe entenderse como un desajuste entre el trabajador y su lugar de trabajo. Debe considerarse como un fenómeno multidimensional que está constituido por: 1) cansancio emocional, 2) cinismo y despersonalización, y 3) Sentimiento de ineffectividad y falta de logros personales.
11	1984	Ferbes	Manifestaciones conductuales de agotamiento emocional y físico derivados de eventos

			situacionales estresantes por no encontrar unas estrategias de afrontamiento efectivas.
12	1984	Brill	Es un estado disfuncional y disfórico relacionado con el trabajo, en una persona que padece otra alteración psicopatológica mayor, en un puesto de trabajo en el que antes ha funcionado bien, tanto a nivel de rendimiento de objetivo como de satisfacción personal, y que luego ya no puede conseguirlo de nuevo si no es por intervención externa de ayuda, o por un reajuste laboral.
13	1988	Pines y Aronson	Es el estado de agotamiento mental, físico y emocional producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes.
14	1993	Ayuso y López	Estado de debilitamiento psicológico causado por circunstancias relativas a las actividades profesionales que ocasionan síntomas físicos, afectivos y cognitivo-afectivos.
15	2001	Gil-monte	Respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotados.
16	2003	Kyriacou	Conjunto de síntomas resultantes después de un período prolongado de estrés que no ha sido atendido, este produce cansancio físico, emocional y actitudinal.
17	2005	Cabrera	Respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado.
18	2005	Leiter y Maslach	Síndrome de estrés crónico de aquellas profesiones de servicios que se caracterizan por una atención intensa y prolongada con personas que están en una situación de necesidad o de Dependencia.
19	2007	De Pablo	Proceso marcado por el cansancio emocional, la despersonalización y el abandono de la realización personal.
20	2007	Apiquian	Respuesta al estrés laboral crónico, una experiencia subjetiva que engloba sentimientos y actitudes con implicaciones nocivas para la persona y la organización. Se caracteriza por agotamiento emocional, cinismo, y sentimiento de bajo logro o realización profesional y/o personal.

Fuente: Elaboración propia en base a los autores mencionados en la misma tabla.

En síntesis, los teóricos del constructo *burnout* destacan tres dimensiones importantes sobre este síndrome: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal (Freudenberge, Rodríguez García, Oviedo Zuñiga, Vargas Santillán,

Hernández Vázquez, & Pérez Fiesco, 2009)1970; Pines y Kafry,1978; Maslach y Jackson, 1982; Ferber,1984; Gil Monte, 2001; Kyriacou, 2003; Cabrera, 2005; De Pable, 2007; Apiquian, 2007).

El concepto de *burnout* no se encuentra claramente definido y los conceptos difieren unos de otros, pero es claro que en la tabla anterior, tabla 1, prevalece el concepto tridimensional que plantean Maslach y Jackson (1982). En el concepto de los autores mencionados, todos hacen hincapié en el cansancio, en el estrés crónico laboral, en el hastío laboral.

2.3 Teorías y modelos de *burnout*

Se describirán los modelos más relevantes de las teorías sobre *burnout*, la más utilizada y actualizada es la de Gil-Monte y Peiró (1997), donde las líneas de investigación se conducen a cuatro tipos de modelos etiológicos: Teoría Sociocognitiva del Yo, Teoría del Intercambio Social, Teoría Organizacional y Teoría Estructural.

Tabla 2. 2 Teorías sobre el *burnout*

Teoría Sociológica del Yo			
Año	Modelo	Variables	Descripción
1993	Modelo de competencia social de Harrison	Competencia Autoeficacia percibida	Las personas que comienzan a trabajar se encuentran con altos índices de motivación los cuales permanecerán ó aumentaran dependiendo de si existan factores positivos o negativos para su motivación. Cuando existan factores de ayuda junto con su alta motivación, los resultados son exitosos ya que aumenta la eficacia percibida y detona los sentimientos de competencia. Cuando existen factores negativos que causen una barrera en el contexto laboral, la variable de autoeficacia disminuirá. Si el contexto laboral continua con

			la baja autoeficacia se presenta el <i>burnout</i> .
1993	Modelo de Chernnis	Autoeficacia Percibida	Este modelo nos describe que al realizar el sujeto la consecución independiente y exitosa de las metas, aumentará la eficacia del mismo. La no consecución de las metas lo llevara al fracaso psicológico y su autoeficacia disminuye y por ende desarrolla el <i>burnout</i> .
1993	Modelo de Thompson, Page y Cooper	Autoconfianza	En este modelo la autoconfianza juega un papel muy importante. Destacan cuatro factores relevantes implicados al detectar el <i>burnout</i> , los cuales son: 1) Las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del sujeto. 2) El nivel de autoconfianza 3) Las expectativas de éxito personal 4) Los sentimientos de autoconfianza.
1993	Modelo de Pines	Motivación Autoconfianza percibida	Este modelo señala que el individuo pone el sentido de su vida en el trabajo, y si fracasa en su labor es cuando presenta <i>burnout</i> . Estos sujetos le sentido a su vida por medio de tareas laborales humanitarias. Como este modelo es motivacional plantea que solo se queman aquellos sujetos con alta motivación y altas expectativas. Un trabajador con baja motivación inicial puede experimentar estrés, alineación, depresión o fatiga, pero no llegará a desarrollar el síndrome <i>burnout</i> .
Teorías del Intercambio Social			
1993	Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli	Afiliación Comparación Falta de equidad	Para Buunk y Schaufeli existen tres fuentes de estrés que están relacionadas con los procesos de intercambio social: 1) La incertidumbre: Es la ausencia o falta de claridad sobre los propios sentimientos y pensamientos sobre cómo actuar. 2) La percepción de equidad: Hace referencia al equilibrio percibido sobre lo que se da y lo que se recibe en el curso de las relaciones. 3) La falta de control: Se explica como la

			capacidad del trabajador para controlar los resultados de sus acciones laborales.
1993	Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freedy	Motivación Recursos	Se basa en la idea de que cuando la motivación básica del trabajador se ve amenazada o negada lleva al estrés, que puede desencadenar el <i>burnout</i> . Esta teoría nos dice que para reducir los niveles de estrés deben aumentarse los recursos de los empleados y así eliminar la vulnerabilidad de perderlos. Se debe modificar de manera positiva las cogniciones y percepciones, con el fin de disminuir los niveles de estrés percibido y, por consecuencia del <i>burnout</i> . Las estrategias de afrontamiento que se deben seguir para evitar <i>burnout</i> son las de tipo “activo”.
1988	Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter	Secuencias o fases	Propone una progresión secuencial en el tiempo en dónde la ocurrencia de un componente precipita el desarrollo del otro. Así, en la secuencia, la despersonalización es la primera fase de <i>burnout</i> , le seguiría la realización personal disminuida y, por último, el incremento del agotamiento emocional. En la primera fase se desencadena el estrés por la sobrecarga de trabajo laboral y pobreza del rol, provocando sentimientos de pérdida de autonomía y de control. En la segunda fase, el sujeto desarrolla estrategias de alejamiento para afrontar la situación amenazante del contexto laboral. Las siguientes fases se caracterizan por baja realización personal, para desembocar en agotamiento emocional.
1993	Modelo de Co, Kuk y Leiter	Agotamiento emocional	Este modelo sugiere, desde un enfoque transaccional del estrés laboral, que el <i>burnout</i> es un acontecimiento particular que se da en las profesiones humanitarias, y que el agotamiento emocional es la dimensión

			esencial de este síndrome. La despersonalización es considerada una estrategia de afrontamiento ante el agotamiento, y la baja realización personal es el resultado de la evaluación cognitiva del estrés al que se enfrenta el trabajador. En este punto también intervienen los diferentes significados que el individuo atribuye al trabajo o las posibles expectativas frustradas en el ámbito laboral.
1993	Modelo de Winnubst	Apoyo social y Clima organizacional	Para este autor que apoya la definición de burnout de Pines y Aronson (1988), la cultura de la organización está determinada por su estructura y, por lo tanto, los antecedentes de burnout varían en función del tipo de cultura organizacional e institucionalización del apoyo social. Paralelamente, al estar estrechamente relacionado el apoyo social con la estructura organizacional, este es un factor fundamental que afecta la percepción del sujeto a la estructura organizacional y, por lo tanto, es una variable esencial sobre la cual intervenir para prevenir o disminuir los niveles de <i>burnout</i> .
Teoría Estructural			
1993	Modelo de Maslach	Personales Organizacionales Sociales	Síndrome psicológico que implica una respuesta prolongada a estresores interpersonales crónicos en el trabajo.
1997	Modelo de Gil Monte, Peiró	Organizacionales Personales Estrategias de afrontamiento	Plantea que el <i>burnout</i> es una respuesta al estrés laboral percibido (conflicto y ambigüedad del rol), y surge a consecuencia de un proceso de reevaluación cuando la forma de afrontamiento a la situación amenazante es inadecuada. Esta respuesta implica una variable mediadora entre el estrés y sus consecuencias.

En la tabla anterior se describe a grandes rasgos los modelos desarrollados sobre *burnout* por diferentes autores, características y variables principales.

2.3.1. Modelo de Competencia Social de Alice Harrison

Harrison, 1983 citado en Martínez, 2010.

El autor Harrison en su modelo de competencia social, determina que el profesionalista se caracteriza por ser tener características altruistas, desean ayudar a los demás, esta es la competencia que describe el modelo, donde los trabajadores inician latamente motivados, pero en el transcurso de su trabajo aparecen factores que pueden ayudar a que crezca su motivación o a que descienda la eficacia en su trabajo desarrollado. En el caso donde existan factores de ayuda y esto se aunado a su alta motivación los resultados serán satisfactorios, debido a que aumenta su eficacia percibida y los sentimientos de competencia social. Considerando que se presenten factores negativos los cuales no ayuden al contexto laboral y a la consecución del trabajo, el sentimiento de autoeficiencia descenderá. Si estas condiciones prevalecen durante un tiempo prolongado puede aparecer el síndrome de *burnout*.

Algunos de los factores que se consideran de ayuda o de barrera se pueden considerar: que existan objetivos laborales realistas, que los valores del profesionalista y la institución se puedan ajustar, una buena adecuada capacitación profesional, la ambigüedad del rol del profesionalista, la toma de decisiones, la disponibilidad y escases de los recursos materiales, conflictos interpersonales y disfunciones del rol (Martínez, 2010).

2.3.2. Modelo de Matt Chernnis

Cherniss, 1993 citado en Martínez, 2010.

En su modelo nos menciona que la realización independiente y exitosa de las metas del individuo aumenta su eficacia, y en el otro extremo, de no llevarlas a cabo el individuo llega al fracaso psicológico; es decir a la disminución de la autoeficacia

percibida, y por ultimo al desarrollo del *burnout*. Los individuos de autoeficacia percibida perciben menos estrés en situaciones difíciles (Martínez, 2010).

2.3.3 Modelo de Thompson, Page y Cooper

Thompson, Page y Cooper, 1993 citado de Martínez 2010.

Basan su modelo en cuatro factores en la manifestación del *burnout*, donde la autoconfianza juega un papel primordial. Los cuatro factores son: las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del individuo, el nivel de autoconciencia del individuo, las expectativas de éxito del individuo y los sentimientos de autoconfianza.

Los autores determinan que cuando se reconocen las diferencias percibidas o anticipadas entre las demandas y los recursos, asciende el nivel de autoconciencia generando un estado de ánimo negativo del individuo, este estado de ánimo causará falta de confianza y sentimientos de baja realización personal (Martínez, 2010).

2.3.4. Modelo de Pines

Pines, 1993 Citado en Martínez, 2010.

Este modelo es similar al de Harrison pero con la diferencia de que Pines incluye la idea de que el individuo que basa su existencia a su trabajo llegará al burnout. Para el individuo que su existencia es el trabajo altruista y determina su existencial por él y para él, logran justificar que la vida tenga sentido, ya que las cosas que hacen por los otros es importantes y útiles. El *burnout* se desarrollara en los individuos que se fijen altos objetivos en su vida profesional y además mantengan altas expectativas, con la motivación de esos objetivos y las altas expectativas se encontraran motivados altamente, cuando fracasan en sus objetivas y en las expectativas se presenta la frustración que los hace sentir que no tiene ninguna contribución a la vida, y desarrollan el *burnout*, por el proceso de desilusión y fallo en la búsqueda del sentido para su vida.

2.3.5. Modelo de Comparación de Buunk y Schaufeli

Buunk y Schaufeli, 1993 citado en Martínez, 2010.

Este modelo se desarrolló para explicar la aparición de *burnout* en enfermeras, a partir de este contexto se plantean dos tipos de orígenes: los procesos de intercambio social con los pacientes y el segundo los procesos de filiación y comparación social con los compañeros.

En el primer origen mencionan tres fuentes de estrés que pueden llegar a desarrollar el *burnout*, la incertidumbre, la percepción de equidad y la falta de control.

En el segundo origen, se menciona que los profesionistas en enfermería no se apoyan en buscar ayuda con sus compañeros por temor a ser juzgados como incompetentes.

2.3.6. Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freedy

Hobfoll y Freedy, 1993 citado en Martínez, 2010.

Estos autores basan su teoría en la idea de que cuando la motivación esencial del individuo se ve amenazada o negada lo lleva al estrés, que a su vez, lo lleva al *burnout*. Esta teoría por referirse a la conservación de los recursos como la motivación básica del individuo, recomienda que para reducir las posibilidades de *burnout* se debe aumentar los recursos de los empleados y, así, eliminar la posibilidad de perderlos. Los trabajadores se esfuerzan por mantener sus recursos, que es lo que ellos desean y aprecian, el *burnout* aparecerá si estos recursos se encuentran amenazados, perdidos, o cuando el sujeto invierte en sus recursos y no recibe lo que espera. Por lo tanto la exposición prolongada del individuo en demandas profesionales hace que el trabajador llegue a estados de agotamiento emocional y físico, componentes centrales del *burnout* (Martínez, 2010).

2.3.7 Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter

Golembiewski, Munzenrider y Carter, 1988 citado en Martínez, 2010.

Para estos autores que reconocen la motivación y los recursos como las variables de su modelo, entonces Golembiewski menciona como principales disfunciones de rol-pobreza, conflicto y ambigüedad del rol-en un proceso en que los trabajadores disminuyen el grado de responsabilidad laboral ante la tensión del estrés laboral. En la primera etapa el estrés se manifiesta por la sobrecarga laboral y pobreza del rol, presentando sentimientos de pérdida de autonomía y de control. Este sentimiento trae aparejado sentimientos de irritabilidad, fatiga y una disminución de la autoimagen positiva. En la segunda fase el individuo desarrolla estrategias de alejamiento para enfrentar la situación amenazante del contexto laboral. Esta estrategia puede ser constructiva o no, dependiendo de su naturaleza. Si se desarrollan actitudes de despersonalización y/o cinismo, aparece inevitablemente el *burnout*, con sus dimensiones de baja realización personal y desemboca en agotamiento emocional. Es por esto que su autor propone este modelo como una progresión secuencial en el tiempo, en que la presencia de una de sus dimensiones desencadena el desarrollo de las siguientes y juntas desarrollan la presencia del *burnout* (Martínez, 2010).

2.3.8 Modelo de Cox, Kuk y Leiter

Cox, Kuk y Leiter, 1993 citado en Martínez, 2010.

Para estos autores la dimensión esencial es el cansancio emocional, la despersonalización es considerada una estrategia de afrontamiento ante el cansancio emocional y la baja realización personal es el resultado de las expectativas profesionales del individuo después de vivir altos niveles de estrés. Estos autores determinan que la relación estrés-*burnout* es una variable moduladora de la salud de la organización (Martínez, 2010).

2.3.9. Modelo de Winnubst

Winnubst, 1993 citado en Martínez, 2010.

Para este autor el síndrome de *burnout* se puede presentar en cualquier tipo de profesión, no solo en las de ayuda. En este modelo se presentan las variables que se manifiestan antes de que aparezca el *burnout*. Este modelo manifiesta que las interrelaciones entre el estrés, la tensión, el apoyo social en el contexto de la estructura y la cultura de la organización. Por lo tanto la etiología del burnout estaría relacionada por las situaciones derivadas de la estructura, el clima y la cultura organizacional. Para Winnubst la cultura de la organización está determinada por su estructura y, por lo tanto, los antecedentes de *burnout* variarían en función del tipo de cultura organizacional e institucionalización.

2.3.10 Modelo de Estrés Laboral de Gil, Monte y Peiró

Gil-Monte, 1997 citado en Martínez, 2010.

Este modelo se basa en variables de tipo organizacional, personal y estrategias de afrontamiento. Para este modelo el *burnout* se caracteriza con una respuesta al estrés laboral que se presenta cuando las estrategias para afrontarlo no son efectivas para reducirlo.

2.3.11 Modelo de Maslach

Maslach 1993, citado en Maslach, 2009.

El autor menciona tres dimensiones detonantes del burnout, el agotamiento como un componente del estrés individual básico del *burnout*, tiene que ver con el sentimiento de estar sobreexigido y vacío de recursos emocionales y físicos, el individuo se siente debilitado y agotado; despersonalización esta dimensión se refiere al contexto interpersonal del *burnout*, se refiere a una respuesta apática e insensible a diversos

aspectos del trabajo; reducida realización profesional, esta dimensión se refiere al sentimiento de incompetencia y carencia de productividad y de logros en el trabajo.

Tabla 2.3 Conceptos de Modelos Teóricos del *burnout*.

Modelo	Concepto
Teorías Sociocognitivas del Yo	Consideran que las cogniciones de los individuos influyen en lo que éstos perciben y hacen; estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones y por acumulación de las consecuencias observadas en los demás y la creencia o grado de seguridad por parte de un sujeto en sus propias capacidades determinará el empeño que el sujeto pondrá para conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad en conseguirlos. También determinará ciertas reacciones emocionales, como la depresión o estrés, que acompañan la acción (Rodríguez, Rodríguez, Riveros, Rodríguez Pinzón, 2011).
Teorías del Intercambio Social	Propone que el síndrome de quemarse tiene su etiología en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los individuos como resultado del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales. Los profesionistas asistenciales establecen relaciones de intercambio (ayuda, aprecio, gratitud, reconocimiento) con los receptores de su trabajo, compañeros y la organización cuando de manera continuada perciben que aportan más de lo que reciben a cambio de su implicación personal y de su esfuerzo. Sin resolver y adaptarse a esta situación desarrollan sentimientos de quemarse por el trabajo (Gil-Monte, 2001).
Teorías Organizacionales	Incluye como antecedentes del síndrome las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura y el clima organizacional. Los estresores del contexto de organización y las estrategias empleadas ante la experiencia de quemarse son claves para este modelo teórico (Rodríguez, Rodríguez, Riveros, Rodríguez Pinzón, 2011).
Teoría Estructural	Es una respuesta al estrés laboral percibido que surge tras un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las herramientas de afrontamiento utilizadas por los profesionales no son eficaces para

	reducir ese estrés laboral percibido. Esta respuesta supone una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias (falta de salud, baja satisfacción laboral, intención de abandonar la organización) (Gil-Monte, Peiró, Varcacel, 1995).
--	--

Fuente: Elaboración propia en base a las referencias mencionadas.

En la tabla anterior se describen los conceptos de las cuatro teorías según algunos estudiosos del tema, en los conceptos mencionados se describe como el individuo como ser humano reacciona al no poder controlar su ambiente laboral, las condiciones organizacionales, la falta de recursos para realizar su trabajo, la equidad y la falta de reconocimientos, pueden ser los detonantes de un estrés crónico que lo encaminará al *burnout* (Rodríguez, Rodríguez, Riveros, Rodríguez y Pinzon, 2011; Gil-Monte, 2001; Gil-Monte, Peiró, Varcacel, 1995).

2.4 Estudios realizados sobre *burnout*

El síndrome de burnout en enfermeras de atención en hospitales de salud públicos ha sido objeto de diversos estudios en los últimos años, la tabla 4 describe algunas investigaciones sobre el tema, se describirá el autor, el nombre del estudio, el objetivo del estudio y el lugar en donde se realizó

Tabla 2.4 Estudios sobre *burnout*

Año/Autor	Nombre del Estudio y Resultados	Objetivo	Muestra (N)	Instrumento de medición utilizado.	Lugar
Volcanes, Rivas, 2007	Síndrome de Burnout en médicos de familia del Estado de Mérida, Venezuela, año 2007. <u>Resultados:</u> Nivel bajo de <i>burnout</i> (4.9%).	Determinar la frecuencia del síndrome de burnout en los médicos de familia que laboran en diferentes establecimientos de	120 médicos	Maslach Burnout Inventory (Volcanes Irma, 2010)	Mérida, Venezuela

		la red ambulatoria de salud del Estado de Mérida, Venezuela.			
Pando, Bermudez, Aranda, Pérez, Flores, Arellano, 2011.	Prevalencia de estrés y burnout en los trabajadores de la salud en un hospital ambulatorio. <u>Resultados:</u> 82% de los estudiados pertenecen al sexo femenino, 42% eran casados, el 23% se encontraban en el rango de edad de 35 a 39 años, 10.3% representan ocho sujetos y presentaron un nivel medio de <i>burnout</i> , el 6.4% cinco sujetos presentó nivel alto de <i>burnout</i> y el 83.3% presentó nivel bajo de <i>burnout</i> . No se encontró relación con las variables sociodemográficas. (Pando Moreno Manuel)	Identificar la prevalencia de estrés y síndrome de <i>burnout</i> entre los trabajadores de la salud de un hospital ambulatorio, así como los factores asociados.	78 trabajadores	Maslach Burnout Inventory. Epistres	Guayana, Venezuela
Tuesca-Molina, Iguarán,	Síndrome de desgaste profesional en enfermeras/os del	Analizar el grado de desgaste profesional de	103 Enfermeras	Maslach Burnout Inventory	Barranquilla, Colombia

Suárez, Vargas, Vergara, 2006.	área metropolitana de Barranquilla, Colombia. (Tuesca Molina Rafael, 2006) <u>Resultados:</u> Edad Media de 37 a 43 años, un 98.1% eran mujeres, un 72.8% tenían contrato indefinido, el 15.5% presentó un grado alto de burnout para el cansancio emocional, el 16.5% para la despersonalización, y un 9.7% para la realización personal.	las/os enfermeras/os que laboran en el área metropolitana de Barranquilla, Colombia.			
Rodríguez, Rodríguez, Riveros, Rodríguez y Pinzón, 2011	Síndrome de <i>burnout</i> y factores asociados en personal de salud en tres instituciones de Bogotá en diciembre de 2010. <u>Resultados:</u> Tasa de respuesta 94.3% 75.5% eran mujeres, y 24.5% hombres, prevalencia de burnout del 2.2%, en sus dimensiones, 20.6% para agotamiento emocional, despersonalización	Identificar la prevalencia del síndrome de burnout, dimensiones que lo componen y factores asociados.	184 emplead os	Maslach Burnout Inventory	Bogotá, Colombia.

	16.8% y 7.6% para baja realización personal. 5.4% Se encuentran en nivel de riesgo de (Cruz Valades Beatriz, 2010).				
Cruz, Austria, Herrera, Vázquez, Vega, Salas,2010	Estrategias activas de afrontamiento un factor protector ante el síndrome <i>burnout</i> o desgaste profesional en trabajadores de la salud. <u>Resultados:</u> Edad promedio de la muestra 37 años, 61.9% fueron mujeres, 20.9% personal de enfermería, 22% personal administrativo, 18.1% médicos residentes, el síndrome de burnout en su dimensiones se presentó alto, cansancio emocional 0.87, despersonalización 0.95, realización personal 0.80.	Identificar el efecto de las estrategias de afrontamiento activas sobre el síndrome <i>burnout</i> .	354 trabajadores	Maslach Burnout Inventory	México, D.F.
Rodríguez,	Prevalencia del	Determinar la	122	Maslach	Estado de

Oviedo, Vargas, Hernández, Pérez, 2009	síndrome de burnout en el personal de enfermería de dos hospitales del Estado de México. <u>Resultados:</u> 122 profesionales de la enfermería, Edad media 36 años, 94% del sexo femenino, 18% se encuentran el área de cirugía, 25% turno matutino, 74% casados, el síndrome burnout alto, se obtuvo en la población del 27% en el hospital de Ecatepec, y el 24% en el hospital de Cuautitlán. Del total en Ecatepec el 88% muestran un nivel alto de burnout, 7% moderado y 5% bajo. En el hospital de Cuautitlán 82% tiene un nivel alto de burnout, 15% moderado y 3% bajo.	presencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería de dos hospitales del Estado de México.		Burnout Inventory	México, México.
Margarita Chacón Roger, Jorge Grau Abado,	Afrontamiento y emociones en profesionistas de enfermería oncológica con síndrome de desgaste profesional.	Identificar el tipo de afrontamiento y estados emocionales de las enfermeras de oncología en	143 Enfermeros(as)	Cuestionario breve de Burnout (CBB)	Cuba

Martha Guerra y Carolina Massip Pérez 2006	<u>Resultados:</u> Edad media 37 años Mujeres: 85.5% 87% Enfermeras directas en atención a pacientes, 63.7% Moderadamente afectados, 40% muy afectados, 36,4% no estaban afectados.	(Chacon Roger Margarita, 2006) los hospitales	
---	---	---	--

Elaboración propia en base a los estudios consultados, mismos que se describen en la tabla 4.

En los estudios que se describen en la tabla anterior, tabla 4, resalta que el porcentaje de mujeres enfermeras es más alto, hay más enfermeras en los estudios realizados, y menos enfermeros en dichos estudios. En la mayoría de los estudios descritos el principal objetivo es medir la prevalencia del síndrome de *burnout*. Los resultados arrojan en su mayoría altos índices de prevalencia del síndrome, en la mayoría de los estudios se utilizó el instrumento de medición Maslach Burnout Inventory. La edad promedio de los individuos estudiados es de los 35 a los 39 años, en la mayoría la edad media 37 años.

2.5 Dimensiones del síndrome de burnout: Cansancio emocional, despersonalización y baja realización profesional

2.5.1. El Cansancio Emocional

Constituye la primera fase del proceso, caracterizado por una progresiva pérdida de las energías vitales y una desproporción creciente entre el trabajo realizado y el cansancio experimentado. En esta etapa las personas se vuelven más irritables, aparece la queja constante por la cantidad de trabajo realizado y se pierde la capacidad de disfrutar las tareas. Desde una mirada externa se empieza a percibir como personas

permanentemente insatisfechas, molestas e irritables (Rodríguez, Rodríguez, Riveros, Rodríguez y Pinzón, 2011).

2.5.2 La despersonalización

Es un modo de responder a los sentimientos de impotencia, indefensión y desesperanza personal. En lugar de expresar estos sentimientos y resolver los motivos que los originan, las personas que padecen el síndrome de burnout muestran una fachada hiperactiva que incrementa su sensación de agotamiento y en esta fase, alternan la depresión y la hostilidad hacia el medio (Rodríguez, Rodríguez, Riveros, Rodríguez y Pinzón, 2011).

2.5.3. La baja realización personal

Es la tercera fase del proceso y consiste en el progresivo retiro de todas las actividades que no sean laborales vinculadas con las actividades que generaron el estrés crónico. En esta etapa hay pérdida de ideales y fundamentalmente, un creciente alejamiento de las actividades familiares, sociales y recreativas, creando una especie de auto reclusión (Rodríguez, Rodríguez, Riveros, Rodríguez y Pinzón, 2011).

2.6 Variables que predicen el síndrome de *burnout*

2.6.1 Organizacionales

Son variables dentro de la organización que pueden generar situaciones negativas, juegan un papel importante en la interacción continua trabajador y puesto de trabajo.

Entre estas variables se pueden mencionar:

La dinámica del trabajo, interacciones mal conducidas con compañeros, donde los directivos de manera poco clara plantean las situaciones y donde los roles de trabajo no son claros.

La inadecuación profesional, perfil profesional y personal no adaptado al perfil del puesto de trabajo que desempeña.

La sobrecarga de trabajo, las exigencias del trabajo sobrepasan las racionalmente aceptables, y que suelen ir acompañadas de exceso de tareas que no son agradables, a más exigencia, mayor responsabilidad en su actuaciones habituales y mayor la presentación del síndrome.

Los contenidos, variedad de tareas en poco tiempo.

El ambiente físico del trabajo, estresores como el nivel de ruido que debe soportar el individuo en su lugar de trabajo, y la frecuencia con que se presenta este estresor.

La estructura organizacional, el burnout se da en aquellas organizaciones excesivamente centralizadas o rígidas en las que prácticamente todo esta previamente definido, y las posibilidades de improvisar o de tomar decisiones están restringidos.

El desafío en el trabajo, se refiere a la circunstancia que a veces se da en los trabajadores dentro del contexto laboral, de tener que estar continuamente demostrando su capacidad para desarrollar adecuadamente el desempeño laboral (Rodríguez, Rodríguez, Riveros, Rodríguez y Pinzón, 2011).

2.6.2. Sociales

Estas variables no están relacionadas con el contexto laboral, son otros ámbitos los cuales pueden causar fricciones importantes tales como la familia, amigos, y estilos de vida del individuo.

El apoyo social esta cimentado principalmente en el apoyo que el individuo recibe de sus familiares y amigos, esto se puede distinguir en varios aspectos:

- 1) Comunicación: Cuando los flujos comunicativos se deterioran en el ambiente social del individuo, la presencia del *burnout* aumenta.
- 2) Actitudes de familiares y amigos: Esta muy condicionada por las relaciones interpersonales pero en este caso, se refiere al sentido positivo o negativo de las actitudes que familiares y amigos tienen hacia la persona.

- 3) Problemas familiares: Cuando ocurren problemas familiares que modifiquen el funcionamiento normal del de la dinámica del hogar predispone a la persona al *burnout*.

2.6.3 Personales

Se refiere a las variables propias del individuo las cuales hacen referencia a aspectos de su personalidad, como sentimientos, pensamientos, emociones y actitudes.

Locus de control: Es la creencia de que los sucesos de la vida y sus efectos son controlables por las propias decisiones o no. Cuando menos control de las situaciones tenga el individuo mayores posibilidades habría para que apareciera el *burnout*.

Personalidad resistente: Se caracteriza por el compromiso hacia sí mismo y el trabajo, por una percepción de control del ambiente, así como una tendencia a los cambios de la vida con una actitud de desafío antes de que de amenaza.

Edad: La edad aparece como una viable que puede matizar el síndrome en el contexto laboral, a mayor o menor edad también se debe encontrar una correspondencia en experiencia y madurez en la forma de afrontar las diferentes presiones que afectan al individuo.

Estado Civil: Existen estudios que correlacionan que los individuos casados o que conviven con su pareja tienen menores índices de *burnout*.

2.7 Sintomatología

Los síntomas que el individuo presenta son la falta de ilusión o motivación por el trabajo, agotamiento físico y psíquico que no aminora con el descanso, bajo rendimiento laboral, ausentismo, sentimientos de frustración y descontento. Entre los síntomas físicos se pueden encontrar el insomnio, alteraciones gastrointestinales, taquicardia, hipertensión arterial, cefalea, entre otros.

Los sistematizan cuatro niveles de *burnout*:

- 1) Leve: Quejas, cansancio y dificultad para levantarse por la mañana.
- 2) Moderado: Cinismo, aislamiento, suspicacia y negativismo.
- 3) Grave: Enlentecimiento, automedicación con psicofármacos, ausentismo, aversión y abuso de alcohol y drogas.
- 4) Extremo: Aislamiento muy marcado, colapso, cuadros psiquiátricos y/o suicidios.

2.8. Evolución del Síndrome

Según Cherniss, el síndrome es progresivo y se pueden establecer las siguientes etapas:

La primera fase denominada como “de entusiasmo”, es cuando la persona experimenta inicialmente el trabajo como algo estimulante.

La segunda fase, “estancamiento”, cuando el individuo se comienza plantear dudas acerca del trabajo, del esfuerzo, de si vale la pena, las expectativas iniciales disminuyen, los objetivos ya no son claros y se comienza a aislar y a interpretar negativamente las propuestas. Aparecen los primeros síntomas como, dolor de cabeza, estomacales y aburrimiento.

La tercera fase “frustración”, cuando las herramientas de la organización y las personales hacen que o bien se salve positivamente la situación y se recobre de nuevo la ilusión por nuevos proyectos, o se entra en una etapa donde los problemas psicosomáticos se hacen crónicos y se va adoptando una actitud irritable, dubitativa y con poca adecuación a las tareas.

La cuarta fase “de apatía”, cuando se resigna a cambiar las cosas, entra en una etapa de no saber decir que no, de cinismo ante los clientes y comienza el ausentismo laboral.

La última fase “de quemado”, cuando se produce un colapso físico e intelectual de no poder más, y es donde la enfermedad se manifiesta en sus características más comunes y acentuadas (Cherniss, 1980).

2.9 Consecuencias Generales del *burnout*

a) Para la organización: Repercuten sobre los objetivos y los resultados de la organización, satisfacción laboral disminuida, ausentismo laboral elevado, bajo interés por las actividades laborales, baja calidad en el servicio de la organización, aumento de conflictos interpersonales con los compañeros y usuarios de la organización, rotación de personal y aumento de accidentes laborales.

b) Consecuencias personales: Dolor de cabeza, dolor de estómago, dolor de espalda, tobillos hinchados, y contracturas musculares, despersonalización.

c) Consecuencias emocionales, actitudinales, psicosomáticas: Sentimientos de soledad, no verbalizar, palpitaciones, cinismo, hipertensión arterial, ansiedad, apatía, crisis asmáticas, hostilidad, sentimientos de impotencia, mayor frecuencia de infecciones, culpabilidad, autonegatividad, aparición de alergias, frustración, consumo de alcohol y drogas.

d) Consecuencias sociales: Deterioro y abandono de las relaciones interpersonales extra laborales, actitudes negativas hacia la vida en general y disminución de la calidad de vida personal, agotamiento emocional.

El síndrome de *burnout* es un síndrome de fatiga emocional que agrupa un conjunto de síntomas psicológicos y físicos que van evolucionando en el tiempo debido a la interacción de factores internos y externos, pero en definitiva es el entorno laboral el factor decisivo en la etiología de la sintomatología y su curso. La característica principal es que el individuo desarrolla una idea de fracaso profesional, la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, y actitudes negativas hacia las personas con las que trabaja (Leiter y Schaufeli 1996) citado en (Rodríguez, Rodríguez, Riveros, Rodríguez y Pinzón, 2011).

2.10 Instrumentos más utilizados para medir el síndrome de *burnout*

Tabla 2.5 Instrumentos para medir el síndrome de Burnout

Instrumento	Autor	Variables que mide
Staff Burnout Scale	Jones (1980)	1.-Insatisfacción con el Trabajo, 2.-Psicológica e Interpersonal 3.-Enfermedad Física y Distrés 4.-Negativas Relaciones
Indicadores de burnout	Gillespie (1980)	1.-Proporcionar servicios que merezcan la pena 2.-Evitar dificultados de los clientes 3.-Encolerizarse con las maneras amables 4.-Autoseparación de los clientes 5.-Preferir la oficina al campo 6.-Bromear continuamente sobre los clientes 7.-Estar ausente varios días por razones de salud mental.
Emener Luck Burnout Scale	Emener y Luck (1980)	1.-Trabajo General 2.-Sensaciones Relacionadas 3.-Sensaciones Relacionadas con el Trabajo y Consigo Mismo 4.- Trabajo 5.-Preparación del Ambiente 6.- Negativas Respuestas de la Persona dentro del Ambiente 7.- Disonancia Autoconcepto frente al Autoconcepto de Otros 8.-Carrera/Alternativas del Trabajo.
Tedium Measure (Burnout measue)	Pines, Aronsong, Kafry (1981)	1.-Agotamiento Físico, caracterizado por fatiga, agotamiento físico, sensación de destrucción y abatimiento. 2.-Agotamiento Emocional, compuesto por sensación de depresión, agotamiento emocional y <i>burnout</i> . 3.-Agotamiento Mental, formado por sensaciones de infelicidad, inutilidad y rechazo, falta de ilusión y resentimiento hacia las personas.
Maslach Burnout Inventory	Maslach y Jackson (1981)	1.-Agotamiento emocional 2.-Despersonalización 3.-Poca realización personal
Teacher Burnout Scale	Seidman y Zager (1986)	1.-Satisfaccicon con la carrera 2.-Afrontamiiento del Estrés relacionado con el trabajo 3.-Actitudes hacia los estudiantes 4.-Percepción de apoyo por parte del supervisor
Energy Depletion Index	Gardem (1987)	1.-Deplección de la energía 2.-Sentimientos energéticos y entusiasmo
Mattews Burnout Scale for Employees	Mattews (1990)	1.-Burnout
Efectos Psiquicos de	García Izquierdo	1.-Cansancio Emocional

Burnout	(1990)	2.-Despersonalización 3.-Baja Realización Personal
Escala de Variables Predictoras del Burnout	Aveni y Albani (1992)	1.-Ansiedad 2.-Depresión
Cuestionario de Burnout del Profesorado	Moreno y Oliver (1993)	1.-Culpabilización del usuario 2.-Aislamiento 3.-Distancia interpersonal 4.-Endurecimiento emocional 5.-Autodefensa deshumanizada 6.-Cambio negativo en las actitudes hacia los usuarios 7.-Irritabilidad con los usuarios
Holland Burnout Assessment Y Survey	Holland y Michel (1993)	1.-Percepción Positiva de la Enseñanza 2.-Compromiso con la Enseñanza 3.-Apoyo de los Supervisores 4.Conocimiento del <i>Burnout</i>
Rome Burnout Inventory	Ventury, Dell'Erba Y Rizzo (1994)	1.-Información sociodemográficas 2.-Agotamiento emocional y físico 3.-Percepción del apoyo social recibido de compañeros del trabajo 4. Los estresores laborales y no laborales 5.-Insatisfacción que le produce al individuo las actuales condiciones del trabajo 6.- El estado de salud, tanto en lo referente a trastornos psicológicos como a trastornos psiquiátricos.
Escala de Burnout de Directores de Colegios	Friedman (1995)	1.-Agotamiento 2.-Reserva 3.-Desprecio

Fuente: (Moriana, 2005).

La tabla 2.5 nos describe instrumentos para medir el síndrome de *burnout*, los instrumentos para medir tiene una importancia relevante debido a que ayudan a medir de manera cuantitativa las variables del síndrome, y en base a sus resultados poder hacer toma de decisiones. Tal como dijo Deming “*lo que no se mide no se conoce*”.

A continuación se detalla la descripción de instrumentos de medición que fueron analizados por Garcés de los Fayos, E., López Soler C., y Garía Montalvo C., (1997).

2.10.1 Staff Burnout Scale

El *Staff Burnout Scale* (SBS) de Jones (1980) sugiere una escala compuesta por 30 ítems a partir de los estudios que Maslach y Jackson estaban desarrollando y que

culminan en la construcción del MBI o *Maslach Burnout Inventory*. La escala busca medir los aspectos cognitivos, afectivos, conductuales y psicofisiológicos que están en el origen del *burnout* (Jones, 1981) La escala propone una puntuación general de *burnout* que permite una gradación según la frecuencia que el sujeto señala en sus respuestas a los ítems. Sin embargo, el instrumento presenta una estructura factorial de cuatro componentes: Insatisfacción con el Trabajo, Tensión Psicológica e Interpersonal, Enfermedad Física y Distrés, y Negativas Relaciones Profesionales con los Pacientes. Es una escala preparada para medir *burnout* solamente en profesiones relacionadas con la salud; por ello su uso queda bastante limitado.

2.10.2 Indicadores del *Burnout*

Gillespie (1979 y 1980) cuando inició sus investigaciones acerca del *burnout* se encontró con el problema de la ausencia de un instrumento de medida del mismo. Como consecuencia de eso utilizó 7 indicadores potenciales de *burnout* en forma de ítems con opción de respuesta tipo *Likert*, en una muestra de 183 sujetos. Los indicadores utilizados fueron los siguientes: proporcionar servicios que merezcan la pena, evitar dificultados de los clientes, encolerizarse con las maneras amables, autoseparación de los clientes, preferir la oficina al campo, bromear continuamente sobre los clientes, y estar ausente varios días por razones de salud mental. Del análisis estadístico el autor concluye que el *burnout* es un constructo multidimensional caracterizado por los indicadores anteriores, según el tipo de *burnout* que presente; a su juicio son posibles dos:

Burnout activo, el cual gira principalmente alrededor de los factores organizacionales o elementos externos a la profesión, y se caracteriza por evitar dificultades con los clientes y endurecerse con las maneras amables. En este caso el trabajador está permanente expuesto a las circunstancias propias de su desempeño laboral.

Burnout pasivo, mismo que se relaciona con factores internos psicosociales, y se caracteriza por autodepuración de los clientes además de preferir la oficina al campo.

Ante las situaciones que el trabajador percibe y valora como estresantes, se toma la decisión de separarse de dichas situaciones como una estrategia de afrontamiento.

2.10.3 Emener – Luck Burnout Scale (ELBOS)

Los tres objetivos que se propusieron los autores al desarrollar este instrumento fueron:

- a) Conseguir una escala que ayudase a la investigación teórica que se estaba realizando acerca del burnout
- b) Proporcionar un estímulo de discusión y evaluación del síndrome individual y grupal.
- c) Que sirviera para ayudar a los profesionales a prevenir y afrontar este fenómeno, enmarcado dentro de un programa amplio de entrenamiento y asesoramiento a éstos.

Los autores realizaron diversos estudios con este instrumento (Emener y Luck, 1980; Gohns, 1980; Emener, Luck y Gosh, 1982), consiguiendo aislar seis factores que configuraban la escala: Trabajo General – Sensaciones Relacionadas, Sensaciones Relacionadas con el Trabajo y Consigo Mismo, Trabajo – Preparación del Ambiente, Negativas Respuestas de la Persona dentro del Ambiente, Disonancia Autoconcepto frente al Autoconcepto de Otros, y Carrera/Alternativas del Trabajo.

De los 100 ítems con los que empezaron el estudio estadístico del instrumento se conservaron finalmente 30 que se aplicaron a 251 profesores, mediante una escala bipolar con nueve puntos (desde nunca a siempre), presentando una validez aceptables y fiabilidad de 0.877.

2.10.4 Tedium Measure

El *Tedium Measure* (TM) de Pines, Aronson y Kafry (1981) se diseñó originalmente como instrumento de medida del tedium; es un constructo más amplio que el *burnout* ya que abarca a éste y a otros síndromes. Este inventario se transformó después en el

Burnout Measure (Pines y Aronson, 1988), tras un replanteamiento conceptual del constructo por los mismos autores. Ellos habían desarrollado también diversas escalas que evaluaban tedium, como la utilizaban Pines y Kafry (1982) de ítems, tipo Likert con siete opciones de respuesta. Cada uno de estos ítems evaluaban una de las características del tedium: sentimientos de depresión, *burnout*, cansancio emocional y físico vaciamiento existencial, hastío, tensión, sentimientos de ilusión y felicidad.

El TM es una escala tipo Likert de 21 ítems con siete opciones de respuesta (desde nunca a siempre) que mide las tres dimensiones del *burnout* que los autores conceptualizaron:

- a) Agotamiento Físico, caracterizado por fatiga, agotamiento físico, sensación de destrucción y abatimiento.
- b) Agotamiento Emocional, compuesto por sensación de depresión, agotamiento emocional y *burnout*.
- c) Agotamiento Mental, formado por sensaciones de infelicidad, inutilidad y rechazo, falta de ilusión y resentimiento hacia las personas.

2.10.5 Maslach Burnout Inventory

El *Maslach Burnout Inventory* (MBI) de Maslach y Jackson (1981) es un inventario de 22 ítems, en los que se publica al sujeto un conjunto de enunciados sobre sus sentimientos y pensamientos relacionados con diversos aspectos de su interacción continúa con el trabajo y su desempeño habitual. El sujeto ha de contestar a cada enunciado con base en la pregunta, ¿con qué frecuencia siente usted esto?, mediante una escala tipo Likert de siete opciones, desde nunca a diariamente. En la versión original se requería cumplimentar dos veces el inventario, ya que se le formulaba una segunda pregunta (¿con qué intensidad siente usted esto?), ya que el instrumento medía la frecuencia e intensidad del burnout; sin embargo, en la versión de 1986 no se presenta esa segunda pregunta acerca de la intensidad, porque las autoras consideran que no encontraron correlaciones significativas entre ambas dimensiones de evaluación, mientras que la frecuencia sí se mantiene porque es similar al formato utilizado en otras medidas tipo autoinforme, de actitudes y sentimientos.

El inventario se divide en tres subescalas, cada una de las cuales mide las tres dimensiones que se suponen configuran el constructo *burnout*: Agotamiento Emocional (9 ítems), Despersonalización (5 ítems) y Reducida Realización Personal (8 ítems), y de cada una de estas escalas se obtiene una puntuación baja, media o alta (que coincide con los tres tercios en los que se distribuye la población normativa) que permite caracterizar la mayor o menor frecuencia de *burnout*. Además, las autoras ofrecen las diversas puntuaciones de corte para cada una de las profesiones evaluadas: profesores, asistentes sociales, médicos, profesionales de salud mental, y del grupo “otras profesiones”.

Normalmente las puntuaciones del MBI (*Maslach Burnout Inventory*) se correlacionan con informaciones obtenidas con otros instrumentos acerca de datos demográficos, características del trabajo, realización en el trabajo, personalidad, evolución de actitudes, información sobre la salud, etc, como de hecho se suelen plantear en las diversas investigaciones desarrolladas sobre el estudio de este inventario.

El desarrollo del instrumento tuvo una duración de ocho años en los que se fue perfilando el definitivo. Así, una prueba preliminar a 605 sujetos de diferentes profesiones estaba compuesta por 47 ítems; los análisis estadísticos correspondientes redujeron el inventario en 25, quedándose en los 22 ítems definitivos tras pasarlo a una segunda muestra de 1025 personas, también de diversas profesiones; en la versión definitiva se utilizaron un total de 11067 sujetos.

2.10.6 Teacher Burnout Scale

Seidman y Zager (1986) se plantean que si bien el MBI es un instrumento adecuado para medir *burnout* en profesiones de servicios humanos, no lo es para medir específicamente el *burnout* en profesores (sin embargo, se da la circunstancia que en ese mismo año Maslach y Jackson (1986), al presentar la segunda edición del MBI, desarrollaron una versión del instrumento específico para estos profesionales). Como consecuencia de esta premisa, se pone a prueba el *Teacher Burnout Scale* (TBS) que en su inicio fue constituido por 65 ítems en una escala tipo *Likert*, para una muestra de

217 profesores; finalmente, tras los análisis estadísticos correspondientes, quedaron en 23 ítems.

De esos ítems tres se reformularon; se introducen tres nuevos y se vuelve a administrar a 365 profesores, quedando la versión definitiva en 21 ítems que explican el 60% de la varianza mediante cuatro factores: Satisfacción con la Carrera, que correlaciona con reducida realización personal y tiene 5 ítems; Afrontamiento del Estrés Relacionado con el Trabajo, que correlaciona con agotamiento emocional y está compuesta por 6 ítems; Actitudes hacia los Estudiantes, que correlaciona con despersonalización y tiene 4 ítems; por último, Percepción de Apoyo por parte del Supervisor, que no correlaciona con ninguna escala del MBI (Maslach Burnout Inventory) y tiene 6 ítems. La fiabilidad del TBS (Teacher Burnout Scale) oscila entre 0.89 (satisfacción con la carrera) y 0.72 (actitudes hacia los estudiantes), presentando por tanto una aceptable consistencia interna.

2.10.7. Energy Depletion Index

El *Energy Depletion Index* (EDI) de Garden (1987) tampoco es un intento de desarrollar un instrumento de medida del *burnout*, sino que se trata de una escala para valorar la “Deplección de la Energía” que se corresponde con la dimensión Agotamiento Emocional de Maslach y Jackson (1981), pero que la autora denomina así para hacer especial hincapié en el “vaciamiento existencial” que esta dimensión supone. Garden, cuestiona la dimensión despersonalización y pretende ahondar en las verdaderas características del *burnout* el cual ella compendia en cuatro factores componentes del *burnout*. En concreto, la escala se compone de siete ítems que miden niveles de energía o agotamiento. Tras el análisis factorial se encuentran dos factores: “Deplección de la Energía” compuesto por cuatro ítems y con una fiabilidad de 0.82, mientras que el segundo estaría compuesto por dos ítems que valorarían “Sentimientos Energéticos y Entusiasmo”. La autora concluye que con el estudio pudo demostrar que su instrumento mide la dimensión central del burnout, la cual se corresponde con el Agotamiento Emocional.

2.10.8. Matthews Burnout Scale for Employess

El *Matthews Burnout Scale for Employees* (MBSE) de Matthews (1990) es un autoinforme que mide *burnout* como constructo único sin abordar la posibilidad de que existan diversas dimensiones que compongan el síndrome. La escala ofrece una puntuación que permite discriminar entre la presencia o ausencia de *burnout*, mediante el análisis de una serie de aspectos relacionados con las variables cognitivas, afectivas y psicológicas del individuo. Introduce en su autoinforme cuatro aspectos relacionados con el trabajo (actitudes acerca del trabajo, ajuste del rol, locus de control y habilidades de afrontamiento) y otras dos más relacionadas con variables internas del, individuo (ajuste personal y temperamento). Estas características permiten conocer que variables determinan la existencia de *burnout*. Es un instrumento poco utilizado, aun cuando sus 50 ítems han mostrado un índice de fiabilidad en torno a 0.93.

2.10.9. Escala de Variables de Predictoras de *Burnout*

Esta Escala de Variables Predictoras (EVPB) de Aveni y Albani (1992) no es propiamente un instrumento de medida del burnout, sino que surge como consecuencia de un planteamiento teórico previo, de acuerdo con el cual las variables predictoras del *burnout* deben mantener correlación con las encontradas en otros dos constructos: ansiedad y depresión. Las autoras aplican a una muestra de trabajadores sociales un inventario de ansiedad y otro de depresión y, a partir de los resultados obtenidos, surgen un conjunto de variables mismas que serían las predictoras del burnout.

2.10.10. Efectos Psíquicos de *Burnout*

La escala de Efectos Psíquicos de *Burnout* (EPB) de García Izquierdo (1990) es una escala tipo *Likert* que se enmarca, junto con otros similares con las que se medían los efectos físicos del *burnout* (Golembiewski y Stevenson, 1984; Hock, 1988). En las diversas investigaciones en las que esta escala se ha usado (García Izquierdo, 1991a y 1995; García Izquierdo y Veladrino, 1992; García Izquierdo, Castellón, Albadalejo y

García, 1993) ha mostrado buena consistencia interna muy adecuada, con índices de fiabilidad superiores a 0.090. García Izquierdo, Llor y Sáez (1994) encuentran una fiabilidad de 0.92 en la EPB, apareciendo un único factor estable a pesar de que en su origen el instrumento presentaba dos factores: Actitudes Negativas hacia el Trabajo (9 ítems) y Expectativas Negativas hacia el Trabajo (3 ítems), concluyendo que esta escala correlaciona con la dimensión agotamiento emocional del MBI (Maslach Burnout Inventory).

2.10.11. Cuestionario de Burnout del Profesorado

El Cuestionario de *Burnout* del Profesorado (CBP) fue presentado aún en su fase experimental (Moreno y Oliver, 1993), y es consecuencia del planteamiento teórico que los autores habían mantenido antes. Así, Fernández, Mayo, Oliver, Aragoneses y Moreno (1990): Oliver, Pastor, Aragoneses y Moreno (1990): Moreno, Oliver y Aragoneses (1991) habían encontrado que la escala despersonalización no aparecía suficientemente descriptiva, ni con una clara independencia estadística. Como consecuencia de estos estudios previos, Moreno y Oliver (1993) se proponen mejorar esta dimensión construyendo una escala exclusiva de despersonalización, la cual se compone de 16 ítems que corresponden a los siguientes descriptores: culpabilización del usuario, aislamiento, distancia interpersonal, endurecimiento emocional, autodefensa deshumanizada, cambio negativo en las actitudes hacia los usuarios, e irritabilidad con los usuarios. Al mismo tiempo se crea el Cuestionario Breve de *Burnout* (CBB) con el 21 ítems y siete escalas: Cansancio Emocional, Despersonalización, Reducida Realización Personal, Tedio, Clima Organizacional, Características de la Tarea, y Repercusiones del *Burnout* en la Vida del Sujeto, que presentan una adecuada validez convergente según sus autores (Moreno, Bustos, Matallana y Mirelles, 1996).

2.10.12. *Holland Burnout Assessmet Survey*

El *Holland Burnout Assessmet Survey* (HBAS) fue presentado por Holland y Michael (1993) en un trabajo con el cual intentaban comprobar la validez concurrente del cuestionario. Este instrumento, compuesto por 18 ítems con cinco opciones de respuesta, está compuesto por cuatro factores: Percepción Positiva de la Enseñanza, Compromiso con la Enseñanza, Apoyo de los Supervisores, y Conocimiento del *Burnout*, y está dirigido a profesores. De ahí que los autores lo contrasten con la versión ES (Educators Survey) del MBI (Maslach Burnout Inventory).

En este análisis se encuentran un buen comportamiento de las dos subescalas que miden los dos primeros factores, mismas que por otra parte, presentan coeficientes de fiabilidad en torno a 0.84 y un comportamiento menos adecuado de las otros dos subescalas (que miden los dos siguientes factores), las cuales presentan coeficientes de fiabilidad cercana al 0.62.

2.10.13. *Rome Burnout Inventory*

Las propiedades psicométricas del *Rome Burnout Inventory* (RBI) están en consonancia con otros trabajos de estos autores; todos anuncian unos índices adecuados de fiabilidad y validez, así como una buena estructura factorial de sus ítems (Dell' Erba, Venturi, Rizzo, Porcus y Pancheri, 1994; Venturi, Dell' Erba y Rizzo, 1994).

Este instrumento se divide en seis secciones: un primer bloque reúne ítems que dan información sobre diferentes variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, experiencia y años en el puesto de trabajo, calificación profesional, entre otras); un segundo bloque mide agotamiento emocional y físico según la adaptación que hacen del inventario de Pines y Aronson (1988); en tercer lugar valoran la percepción del apoyo social recibido de compañeros del trabajo, supervisores, amigos, amigos y familiares; en cuarto lugar miden los estresores laborales y no laborales (tipo de turno, responsabilidad, remuneración, dificultad en la carrera, etc.); una quinta sección se refiere a la insatisfacción que le produce al individuo las actuales condiciones del trabajo; y, por último, el sexto bloque de ítems miden el estado de salud, tanto en lo referente a trastornos psicológicos como a trastornos psiquiátricos.

La originalidad del instrumento radica en haber logrado confeccionar una serie de subtests que miden no sólo el *burnout* (que ellos lo hacen de acuerdo al *Burnout Measure* de Pines y Aronson, 1988), sino también aquellos otros constructos (satisfacción en el trabajo) o variables predictoras del síndrome (apoyo social o estresores laborales) que permiten una evaluación más completa.

2.10.14. Escala de Burnout de Directores de Colegios

Friendman (1995) presenta un instrumento para evaluar el *burnout* en directores de escuelas. Para ello, el procedimiento que sigue es adaptar los ítems del MBI a estos profesionales, que los aplica a una muestra de 821 directores. Obtienen la siguiente estructura factorial:

a) Agotamiento (9 ítems), que describe sentimientos de fatiga emocional, física y cognitiva, siendo evidente el descenso de energía general de la persona.

b) Reserva (7 ítems), que explica el distanciamiento que el profesor establece con los problemas cotidianos, con las nuevas ideas que se le propone, así como con las sugerencias que recibe. Se desprende la pérdida de entusiasmo, interés y apoyo hacia los profesores.

c) Desprecio (6 ítems), que hace referencia a los sentimientos negativos de desprecio hacia profesores, estudiantes y padres.

Aunque son necesarias nuevas investigaciones que pongan a prueba el instrumento, parece que el inventario es adecuado para medir *burnout* en directores de escuela; de hecho, los datos psicométricos así lo demuestran: coeficiente alfa para el total de la escala 0.92 (0.98 para Agotamiento, 0.82 para Reservado y 0.97 para Desprecio). Así mismo, la varianza total explicada es del 46.3%.

Capítulo III

Metodología

En este capítulo se describe la metodología que se aplicó en el estudio, así mismo el método utilizado en la investigación, se llevaron a cabo etapas secuenciales unas derivadas de otras, una forma sistemática y controlada, apegándose a un proceso compuesto, no se llevó a cabo al azar, no es un proceso elaborado de casualidad, es un método científico.

La información plasmada en este trabajo se basa en situaciones reales que sucedieron en un momento real, con un criterio objetivo, sin emitir juicios, no existió preferencia en las partes involucradas en esta investigación, por lo anterior se caracteriza como empírica crítica (Hernández, Fernández & Baptista 1991).

En este capítulo se retomará la investigación para enfocar el presente estudio, con la finalidad de dar cumplimiento a los objetivos, para lo cual reconocerá el tipo de investigación de que se trata, la hipótesis planteada. Se definirá el diseño de la investigación, la población estudiada y como se constituyó, así mismo el estudio de la muestra.

Se presentará una descripción de los instrumentos de medición utilizados, análisis de su validez y confiabilidad.

3.1 Justificación de la Investigación

Esta investigación permitirá un mayor incremento en el conocimiento de las diferentes teorías ya existentes en cuanto al desarrollo del síndrome de burnout en los trabajadores e instituciones en general.

3.2 Descripción del área donde se realizó el estudio

La investigación se realizó en el Hospital del Instituto de Seguridad de Servicios Sociales de los Trabajadores del Gobierno y Municipios del Estado de Baja California

(ISSSTECALI), mismo que se encuentra ubicado en Boulevard las Dunas y Calle las Rocas del Fraccionamiento Bahía Ensenada en la ciudad de Ensenada, Baja California. El Director del Hospital es el Dr. José Edmundo Ferniza Mattar.

Esta institución se dedica a la prestación de servicios médicos de salud, cuenta con médicos generales y especialistas, así como enfermeros técnicos, especialistas y licenciados, los cuales brindan sus servicios de consulta general, especialidades y urgencias. Los servicios que brindan son: consulta médica general, consulta odontológica, consulta médica de especialistas, consulta médica preventiva, atención hospitalaria.

Esta institución a diferencia de otras mostró interés por parte del Jefe de Enseñanza el Médico especialista en pediatría: Rafael Ruiz Rueda Peláez, quien me atendió y me mostro el procedimiento para el registro del proyecto ante la institución.

3.3 Objetivo general

Objetivo General de Investigación

Determinar y describir el impacto de los factores de despersonalización, falta de realización personal y el agotamiento emocional en el síndrome de burnout en los trabajadores de la muestra (Dese el Modelo de Maslach).

3.4. Objetivo particulares

3.4.1. Objetivo 1

Describir como la despersonalización a través de la insensibilidad, falta de empatía y la culpabilidad impacta en el síndrome de burnout en los trabajadores de la muestra.

3.4.2. Objetivo 2

Describir como la falta de realización personal a través de la motivación, el sentido de logro y la eficiencia impacta en el síndrome de burnout en los trabajadores de la muestra.

3.4.3. Objetivo 3

Describir como el agotamiento emocional a través de la sobrecarga de trabajo, cansancio y el desánimo impacta en el síndrome de burnout en los trabajadores de la muestra.

3.5. Pregunta de Investigación

¿De qué manera influyen los factores de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal al padecimiento del síndrome de burnout en los profesionistas de la salud del hospital ISSSTECALI?

3.6. Hipótesis

La prevalencia del Síndrome de Burnout aumenta significativamente en los profesionales de la salud que atienden al público presentando mayores índices de despersonalización y agotamiento emocional así como menores índices de realización personal.

3.6.1. Hipótesis específicas

- a. La prevalencia del Síndrome de Burnout aumenta significativamente en los profesionales de la salud presentando mayores índices de despersonalización mostrados a través de insensibilidad, falta de empatía y culpabilidad.
- b. La prevalencia del Síndrome de Burnout aumenta significativamente en el personal en los profesionales de la salud presentando menores índices de realización personal mostrados a través de la motivación, sentido de logro y eficiencia en el trabajo.

- c. La prevalencia del Síndrome de Burnout aumenta significativamente en el personal en los profesionales de la salud presentando mayores índices de agotamiento emocional mostrados a través de la sobrecarga de trabajo, cansancio y desánimo.

3.7 Enfoque de la Investigación

El enfoque de investigación del presente estudio es de tipo cuantitativo, ya que se realizó una recolección de datos numéricos (Hernández, Fernández & Baptista)

Para obtener respuestas a las preguntas y poder determinar la relación entre las variables se aplicaran 2 instrumentos con los cuales se obtendrá información que posteriormente se analizará a través de procesos estadísticos. Los cuestionarios cuentan con escala de medición tipo Likert, la cual mide una percepción y la traduce a un dato numérico.

3.8 Nivel de la investigación

El nivel de estudio es descriptivo correlacional, ya que comprueba hipótesis derivadas de la pregunta de investigación general, se enfocó a la medición del constructo *burnout* y las dimensiones: Agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

3.9 Diseño de la investigación:

Esta investigación esté apegada a un diseño descriptivo no experimental, ya que solo se observa el fenómeno sin intervenir, manipular, o controlar las variables de estudio, es decir se encaminó hacia la medición del constructo y sus dimensiones, tal y como se presentan en el personal de enfermeras (os) del Hospital de ISSTECALI. La medición se realizó sin ningún tipo de afectación intencional al contexto natural en que se realizó la investigación, es transversal ya que se mide una sola vez en un periodo determinado. La recolección de los datos se realizó en un único periodo, el cual

comprendió del 23 de febrero al 20 de abril de 2013 (Hernández, Fernández & Baptista, 1991).

La recolección de los datos obedeció a obtener evidencia para poder validar la descripción y la relación del constructo y sus dimensiones. Determinar hasta qué punto se relacionan entre sí, y determinar que su relación no obedece a una casualidad (Hernández, Fernández & Baptista, 1991).

3.10 Población

La población de análisis de la investigación estuvo integrada, los profesionistas enfermeras y enfermeros que trabajan en el Hospital ISSSTECALI de Ensenada, Baja California.

Este estudio utilizó un muestreo a conveniencia, ya que incluyó a la totalidad de las enfermeras y enfermeros que laboran en el hospital, los cuestionarios se distribuyeron con la autorización y permiso del Director del hospital como autoridad de la institución.

El período de aplicación comprendió un mes aproximadamente. De una población de 122 enfermos (as), se obtuvo una respuesta de 62 instrumentos contestados lo que equivale a una tasa de respuesta del 50.81 %.

3.11 Descripción de los instrumentos

Cuestionario Sociodemográfico

Al inicio del instrumento sociodemográfico por ser el cuestionario 1 se da una breve presentación de la investigación y del tesista, así como el tema de investigación se manifiesta la discreción de la información que se obtendrá de los cuestionarios, se agregó un párrafo donde se invita a ser lo más honestos posibles para la mejor obtención de resultados para la investigación.

Con el instrumento de los datos sociodemograficos obtendremos información sobre el sexo de los empleados, edad, antigüedad en la institución, cargo, sueldo, estado civil, y estudios terminados.

El Maslach Burnout Inventory (MBI)

Este cuestionario mide la frecuencia e intensidad del síndrome Burnout. Consta de 22 ítems en total y en él se pueden diferenciar 3 subescalas que miden a su vez, los tres factores o dimensiones que conforman el síndrome:

Agotamiento Emocional (AE): Conformado por los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20. Su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome, es decir, a mayor puntuación en esta subescala, mayor es el nivel de Burnout del sujeto encuestado.

Despersonalización (DP): Constituida por los ítems 5, 10, 11, 15, 22. También su puntuación guarda proporción directa con la intensidad del síndrome.

Realización Personal (RP): La conforma los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. En este caso la puntuación es inversamente proporcional al grado del síndrome, es decir, a menor puntuación de realización o logro personal más afectado está el sujeto.

La forma más actualizada del MBI y la más utilizada emplea un sistema de respuestas que puntúan la frecuencia con que el encuestado experimenta los sentimientos enunciados en cada ítem. Se utiliza el sistema de puntuación de tipo Likert.

3.12 Confiabilidad y validez

Muestra

La población consta del total de 122 enfermeros (as) que trabajan en el hospital de ISSSTECALI en la ciudad de Ensenada, Baja California. En la investigación se considera al total de la población (en este momento se desconoce).

Muestreo

El muestreo para la aplicación de la prueba piloto se desconocía cuando se realizó la confiabilidad y validez, por lo cual se utilizó la fórmula:

$$n = z^2 \times p(1-p) / e^2$$

Descripción:

n = tamaño de la muestra requerido

z = nivel de fiabilidad de 95% (valor estándar de 1,96) p = prevalencia estimada en la zona del proyecto

e = margen de error de 5% (valor estándar de 0,05)

Que nos arrojó como resultado:

Tabla 3.1 Determinación de la muestra para prueba piloto

N	72.9904
Z	1.96
P	0.05
e	0.05

La muestra es de $72.99 = 73$ personas y el 10 % 7, por lo cual los instrumentos para la prueba piloto se aplicaron a 11 personas.

3.13 Análisis de datos

La validez y confiabilidad son requisitos indispensables para brindar rigurosidad científica a cualquier estudio. Según Ruiz (1998:55) citado por De Pelekais (2007:89):

Tabla 3.2 Rangos de Validez y confiabilidad del instrumento MBI

Rango	Magnitud
0.01 – 0.20	Muy baja
0.21 – 0.40	Baja
0.41 – 0.60	Moderada
0.61 – 0.80	Alta
0.81 – 1	Muy alta

Se analizó primeramente el instrumento de Maslach y se obtuvieron los siguientes resultados al analizar los 22 ítems y sus tres subescalas, con Alpha de Cronbach con

un resultado de .840, lo cual nos indica que el instrumento consta de alto nivel de confiabilidad.

Tabla 3.3. Confiabilidad final del Instrumento MBI (.840)

**Confiabilidad final del
Instrumento MBI**

Alfa de Cronbach	N de elementos
.840	22

Se analizó por separado las subescalas de *burnout* obteniendo los siguientes resultados con respecto a agotamiento emocional nos muestra un resultado de .745 con una alta confiabilidad.

Tabla 3.4 Confiabilidad de la variable agotamiento emocional

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.745	9

En la subescala de Realización Personal Alfa de Cronbach no muestra los resultados .620, alta fiabilidad.

Tabla 3.5 Confiabilidad de la variable realización personal

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.620	8

En la subescala de despersonalización los resultados obtenidos después de aplicar la prueba de fiabilidad obtuvimos, en su resultado una baja confiabilidad de .308

Tabla 3.6. Confiabilidad de la variable despersonalización

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.308	5

Después del análisis de confiabilidad se obtiene resultados del Maslach Burnout Inventory (MBI), que integrando los 22 ítems la fiabilidad del instrumento es muy alta, pero al analizar por separado cada una de las variables, la variable de despersonalización muestra baja fiabilidad.

CAPÍTULO IV

Resultados

4.1. Descripción de la muestra y recolección de los datos

La presente investigación se realizó en el Hospital del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Gobierno y Municipios del Estado de Baja California (ISSSTECALI), como institución de salud tiene como objetivo brindar servicios médicos a través de un sistema organizado para atender a los burócratas y el magisterio estatal, y como misión proveer con alto sentido humano los servicios de seguridad social al asegurado y su familia contribuyendo a elevar su nivel de vida.

Se contactó al jefe de enseñanza del hospital, posteriormente me fue presentada la jefa de enfermeras con quien se acordó los horarios de aplicación del instrumento para poder cubrir los turnos existentes, se aplicó la prueba piloto, con lo que se percibió la dificultad de la aplicación el personal se mostraba moderadamente renuente, para la aplicación de la muestra se tomó como estrategia, acudir a los turnos nocturnos cada dos semanas para poder esperar la rotación del turno, debido a que se detectó que en la madrugada (1:00 ó 2:00 de la mañana) se encontraban con menos actividades y más dispuestos a cooperar. El tiempo utilizado para la aplicación del instrumento fue de abril a agosto de 2013.

Fueron un total de 62 los profesionistas enfermeros (as) que contestaron el instrumento sociodemográfico y el *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Una vez que contábamos con los instrumentos ya contestados se procedió a la captura de información y posteriormente a su análisis a través de *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

Tabla 4.1 Edad y Género

Tabla de contingencia Genero * ¿Cuál es tu edad? Años

		¿Cuál es tu edad? años						Total
		18-22	23-27	28-32	33-37	38-42	46 o más	
GENERO	Femenino	Recuento	1	3	11	12	12	54
		% del total	1.6%	4.8%	17.7%	19.4%	19.4%	87.1%
	Masculino	Recuento	1	3	4	0	0	8
		% del total	1.6%	4.8%	6.5%	0.0%	0.0%	12.9%
Total		Recuento	2	6	15	12	15	62
		% del total	3.2%	9.7%	24.2%	19.4%	19.4%	100.0%

Elaboración propia con SPSS

La tabla de contingencia correlacionando género y edad, nos muestra que el 87% de los encuestados son del sexo femenino y el 12.9% del sexo masculino, de igual forma podemos ver que el 24.2 % de las mujeres encuestadas se encuentran dentro del rango de mayor edad de 46 años ó más, por lo que se deduce que de 122 enfermeros 15 de ellos son los que se acercan a la jubilación, mismos que representan ese porcentaje y son mujeres.

Tabla 4.2 Género y número de hijos

Tabla de contingencia GENERO * ¿Tienes hijos? Si tienes, ¿Cuántos?

			¿Tienes hijos? Si tienes, ¿Cuántos?				Total
			No tengo	1	2	3 o más	
GENERO	Femenino	Recuento	12	14	17	11	54
		% del total	19.4%	22.6%	27.4%	17.7%	87.1%
	Masculino	Recuento	5	1	2	0	8
		% del total	8.1%	1.6%	3.2%	0.0%	12.9%
Total		Recuento	17	15	19	11	62
		% del total	27.4%	24.2%	30.6%	17.7%	100.0%

Elaboración propia en SPSS

Al analizar a los encuestados los resultados con respecto al número de hijos fue que el 27.4% de los encuestados no tiene hijos, lo que nos dice que la gran mayoría que suman un 75.5% tiene hijos; de lo anterior podemos analizar que el 27.4% de las enfermeras encuestadas tiene 2 hijos, y el 19.4% no tiene ningún hijos, mientras que en los hombres encuestados es mayor el porcentaje de los que no tiene hijos, el 8.1% de los hombres no tiene hijos y el 3.2% tiene hasta dos hijos. Podemos concluir que las mujeres que laboran como enfermeras en su mayoría tienen hijos.

Tabla 4.3 Género y estado civil

Tabla de contingencia Género * Tu estado civil es:

			Tu estado civil es:					Total
			Soltero	Casado	Unión Libre	Separado	Divorciado	
GENERO	Femenino	Recuento	13	28	9	2	2	54
		% del total	21.0%	45.2%	14.5%	3.2%	3.2%	87.1%
	Masculino	Recuento	5	3	0	0	0	8
		% del total	8.1%	4.8%	0.0%	0.0%	0.0%	12.9%
	Total	Recuento	18	31	9	2	2	62
		% del total	29.0%	50.0%	14.5%	3.2%	3.2%	100.0%

El estado civil de las mujeres arroja porcentajes más altos debido a que de los encuestados 54 son mujeres y tan solo 8 son hombres, de las mujeres encuestadas el 59.7% son casadas ó viven en unión libre, el 6.4% son divorciadas o separadas; de los hombres el 8.1% son solteros y el 4.8% casados.

Tabla 4.4 Género, Puesto y Cargo

Tabla de contingencia Género * Cargo que desempeña dentro de la institución

		Cargo que desempeña dentro de la institución					Total	
		Auxiliar en Enfermería	Enfermero General	Enfermero Especialista	Enfermero Jefe de Piso	Enfermero Supervisor		
GENERO	Femenino	Recuento	7	30	8	4	5	54
		% del total	11.3%	48.4%	12.9%	6.5%	8.1%	87.1%
	Masculino	Recuento	2	4	0	0	2	8
		% del total	3.2%	6.5%	0.0%	0.0%	3.2%	12.9%
Total		Recuento	9	34	8	4	7	62
		% del total	14.5%	54.8%	12.9%	6.5%	11.3%	100.0%

Elaboración propia con SPSS

Con lo que respecta al género y el cargo que desempeñan en su actividad tenemos que el 48.4% son enfermeras generales, el 12.9% cuentan con alguna especialidad, mientras que el sexo masculino el 6.5% son enfermeros generales, ningún enfermero cuenta con especialidad y tan solo el 3.2% son jefes de piso. Los porcentajes siempre serán mayores en mujeres por ser la mayoría de los entrevistados del sexo femenino.

Tabla 4.5. Análisis de los enfermeros (as) con otro trabajo

Tu estado civil es: * ¿Tienes más de un trabajo en enfermería?

	¿Tienes más de un trabajo en enfermería?			Total
	NO	SI, PERO NO DE ENFERMERIA	SI, TODOS MIS TRABAJOS SON DE ENFERMERIA	

Tu estado civil es:	Soltero	Recuento	10	2	6	18
		% del total	16.1%	3.2%	9.7%	29.0%
	Casado	Recuento	26	3	2	31
		% del total	41.9%	4.8%	3.2%	50.0%
	Unión Libre	Recuento	9	0	0	9
		% del total	14.5%	0.0%	0.0%	14.5%
	Separado	Recuento	1	0	1	2
		% del total	1.6%	0.0%	1.6%	3.2%
	Divorciado	Recuento	2	0	0	2
		% del total	3.2%	0.0%	0.0%	3.2%
	Total	Recuento	48	5	9	62
		% del total	77.4%	8.1%	14.5%	100.0%

De los profesionistas encuestados el 77.4% que representan a 48 de los 62 encuestados y menciona no tener otro trabajo que complemente el de enfermero, el 22.6% dice que sí, pero ellos solo el 8.1% dice que su trabajo adicional no es como enfermero, y el 14.% dice tener otro trabajo adicional al de ISSSTECALI y si es como enfermero. Los profesionistas que cuentan con otro trabajo de enfermería el 9.7% son solteros; el 4.8% dice tener otro trabajo, pero no es relacionado con la profesión de enfermería, este porcentaje son casados.

Tabla 4.6 Los enfermeros(as) cuentan con especialidad

Género * ¿Tienes alguna especialidad en el área donde trabajas?

			¿Tienes alguna especialidad en el área donde trabajas?		Total
			SI, Quirurgica	Si, Pediatría	
GENERO	Femenino	Recuento	9	45	54
		% del total	14.5%	72.6%	87.1%
	Masculino	Recuento	1	7	8
		% del total	1.6%	11.3%	12.9%
Total	Recuento		10	52	62
	% del total		16.1%	83.9%	100.0%

De los enfermeros encuestados el 87.1% que representan a 54 de ellos, son del sexo femenino y si cuentan con una especialidad en su mayoría de la especialidad de pediatría, y el 14.5% de la especialidad quirúrgica. El 12.9% de los hombres cuentan con una especialidad el 11.3% de la especialidad de pediatría y el 1.6% con especialidad quirúrgica.

Tabla 4.7 Agotamiento Emocional representado por género

Tabla de contingencia Género y la Variable Agotamiento Emocional

			AGOTAMIENTO EMOCIONAL		Total
			MEDIO	ALTO	
GENERO	Femenino	Recuento	15	39	54
		% del total	24.2%	62.9%	87.1%
	Masculino	Recuento	0	8	8
		% del total	0.0%	12.9%	12.9%
Total	Recuento		15	47	62
	% del total		24.2%	75.8%	100.0%

Realizando el análisis con estadísticos y correlaciones en SPSS nos proporciona la tabla anterior, en la cual podemos observar que de los 62 encuestados el 87% son del género femenino y el 12.9% masculino.

Del 87% de las mujeres, el 24.2% que representan 15 mujeres, manifiesta un padecimiento medio de la variable Agotamiento Emocional, el 62.9% que representan a 39 mujeres, manifiestan un grado alto en la variable Agotamiento emocional.

Del género masculino el 12.9% mantiene un nivel alto en la variable de agotamiento emocional, representando a 8 hombres de las 62 personas encuestadas.

4.8 Poca Realización Personal representada por género

Tabla de contingencia Género y la variable Poca Realización Personal

			POCA REALIZACION PERSONAL			Total
			BAJO	MEDIO	ALTO	
GENERO	Femenino	Recuento	45	7	2	54
		% del total	72.6%	11.3%	3.2%	87.1%
	Masculino	Recuento	7	1	0	8
		% del total	11.3%	1.6%	0.0%	12.9%
Total	Recuento		52	8	2	62
	% del total		83.9%	12.9%	3.2%	100.0%

Realizando el análisis con estadísticos y correlaciones en SPSS nos proporciona la tabla anterior, en la cual podemos observar que de los 62 encuestados el 87.1% son del género femenino y el 12.9% masculino.

Del 87.1% de las mujeres, el 76.2% que representan 45 mujeres, manifiesta un padecimiento bajo de la variable poca realización personal, el 11.3% que representan a 7 mujeres, manifiestan un grado medio en la variable poca realización personal y el 3.2% manifiestan alto en la variable poca realización personal.

Del género masculino el 12.9% mantiene un nivel bajo en la variable poca realización personal representado por un 11.3% que equivalen a 7 hombres, y con 1,6% representado por un hombre se manifiesta la variable con un nivel medio.

Se resumen que la muestra no contiene niveles altos que manifiesten tener Poca Realización Personal, lo que nos indica que ellos se sienten realizados en sus actividades dentro del hospital.

4.9 La variable Despersonalización representada por género

Tabla 4.9 de contingencia Género y la Variable Despersonalización

			DESPERSONALIZACION		Total
			MEDIO	ALTO	
GENERO	Femenino	Recuento	5	49	54
		% del total	8.1%	79.0%	87.1%
	Masculino	Recuento	1	7	8
		% del total	1.6%	11.3%	12.9%
Total	Recuento		6	56	62
	% del total		9.7%	90.3%	100.0%

Realizando el análisis con estadísticos y correlaciones en SPSS nos proporciona la tabla anterior, en la cual podemos observar que de los 62 encuestados el 87.1% son del género femenino y el 12.9% masculino.

Del 87.1% de las mujeres, el 79.0% que representan 49 mujeres, manifiesta un padecimiento alto de la variable despersonalización, el 8.1% que representan a 5 mujeres, manifiestan un grado medio en la variable poca realización personal.

Del género masculino el 12.9% mantiene un nivel alto en la variable despersonalización representado por un 11.3% que equivalen a 7 hombres, y con 1,6% representado por un hombre se manifiesta la variable con un nivel medio.

Se resumen que la muestra contiene niveles altos que manifiesten los rasgos de despersonalización en sus actividades de trabajo.

CORRELACIONES DE SPEARMAN

Tabla 4.10 Correlaciones de Spearman

			Dimensión de Despersonalización	Dimensión de realización Personal	VARIABLE DE BURNOUT	Dimensión de Agotamiento
Rho de Spearman	Dimensión de despersonalización	Coefficiente de correlación	1.000	-.196	.628**	.257*
		Sig. (bilateral)	.	.126	.000	.044
		N	62	62	62	62
	Dimensión de Realización Dersonal	Coefficiente de correlación	-.196	1.000	.334**	.017
		Sig. (bilateral)	.126	.	.008	.898
		N	62	62	62	62
	VARIABLE DE BURNOUT	Coefficiente de correlación	.628**	.334**	1.000	.738**
		Sig. (bilateral)	.000	.008	.	.000
		N	62	62	62	62
	Dimensión de Agotamiento	Coefficiente de correlación	.257*	.017	.738**	1.000
		Sig. (bilateral)	.044	.898	.000	.
		N	62	62	62	62

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Se observa que existe una correlación positiva, alta y significativa entre las variables de despersonalización y burnout, con un valor de .628. También se observa una correlación positiva, alta y significativa entre las variables de agotamiento emocional y burnout, con un valor de .738. Por último, se observa una correlación positiva, baja y significativa entre las variables de burnout y realización personal.

Tala 4.11 Correlaciones de Spearman

			Dimensión de Agotamiento	Dimensión de Despersonalización	Dimensión de Realización Personal
Rho de Spearman	Dimensión de Agotamiento	Coeficiente de correlación	1.000	.257*	.017
		Sig. (bilateral) N	. 62	.044 62	.898 62
	Dimensión de Despersonalización	Coeficiente de correlación	.257*	1.000	-.196
		Sig. (bilateral) N	.044 62	. 62	.126 62
	Dimensión de Realización Personal	Coeficiente de correlación	.017	-.196	1.000
		Sig. (bilateral) N	.898 62	.126 62	. 62

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Como se puede observar, existen correlaciones significativas entre la dimensión de agotamiento y despersonalización, aunque son bajas, con un valor de .257. También se observa una correlación negativa entre la despersonalización y la realización personal. Por último se observa que la realización personal tiene una correlación no significativa e insignificante con el agotamiento.

Calculo de Baremos de Intensidad

Tabla 4.12 Dimensión de Agotamiento Emocional

Estadísticos		
Dimensión de agotamiento emocional		
N	Válido	62
	Perdidos	0
Percentiles	25	18.7500
	50	21.0000
	75	23.0000

Tabla 4.13 Distribución de Frecuencias del Agotamiento Emocional

Dimensión de Agotamiento Emocional					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	8.00	1	1.6	1.6	1.6
	14.00	3	4.8	4.8	6.5
	15.00	1	1.6	1.6	8.1
	16.00	4	6.5	6.5	14.5
	17.00	1	1.6	1.6	16.1
	18.00	5	8.1	8.1	24.2
	19.00	2	3.2	3.2	27.4
	20.00	9	14.5	14.5	41.9
	21.00	7	11.3	11.3	53.2
	22.00	9	14.5	14.5	67.7
	23.00	8	12.9	12.9	80.6
	24.00	6	9.7	9.7	90.3
	25.00	4	6.5	6.5	96.8
	26.00	1	1.6	1.6	98.4
	27.00	1	1.6	1.6	100.0
	Total	62	100.0	100.0	

Tabla 4.14 Baremo de Intensidad de Agotamiento Emocional

NIVEL	PUNTO DE CORTE	%	N
BAJO	8-18.75	41.93	26
MEDIO	19-21	25.80	16
ALTO	>23	32.25	20
TOTAL		100%	62

Tabla 4.15 Dimensión de Despersonalización

Estadísticos		
Dimensión de Despersonalización		
N	Válido	62
	Perdidos	0
Percentiles	25	32.0000
	50	36.0000
	75	38.0000

Tabla 4.16 Distribución de Frecuencias de la

Dimensión de Despersonalización				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 24.00	2	3.2	3.2	3.2
25.00	1	1.6	1.6	4.8
30.00	2	3.2	3.2	8.1
31.00	5	8.1	8.1	16.1
32.00	6	9.7	9.7	25.8
33.00	3	4.8	4.8	30.6
34.00	7	11.3	11.3	41.9
35.00	4	6.5	6.5	48.4
36.00	8	12.9	12.9	61.3
37.00	8	12.9	12.9	74.2
38.00	2	3.2	3.2	77.4
39.00	5	8.1	8.1	85.5
40.00	9	14.5	14.5	100.0
Total	62	100.0	100.0	

Tabla 4.17 Baremo de Intensidad de Despersonalización

NIVEL	PUNTO DE CORTE	%	N
BAJO	24-32	25.80	16
MEDIO	33-37	48.38	30
ALTO	>38	25.80	16
TOTAL		100%	62

Tabla 4.18 Dimensión de Realización Personal

Estadísticos

N	Válido	62
	Perdidos	0
Percentiles	25	12.0000
	50	12.0000
	75	15.2500

Tabla 4.19 Frecuencias de la dimensión de Realización Personal

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 10.00	3	4.8	4.8	4.8
11.00	6	9.7	9.7	14.5
12.00	24	38.7	38.7	53.2
13.00	4	6.5	6.5	59.7
14.00	3	4.8	4.8	64.5
15.00	7	11.3	11.3	75.8
16.00	7	11.3	11.3	87.1
17.00	2	3.2	3.2	90.3
19.00	1	1.6	1.6	91.9
23.00	2	3.2	3.2	95.2
24.00	1	1.6	1.6	96.8
28.00	1	1.6	1.6	98.4
33.00	1	1.6	1.6	100.0
Total	62	100.0	100.0	

4.20 Baremo de Intensidad de Realización Pesonal

NIVEL	PUNTO DE CORTE	%	N
BAJO	10-12	53.22	33
MEDIO	13-15	22.58	14
ALTO	>16	24.19	15
TOTAL		100%	62

Capítulo V

5.1 Conclusiones y discusión

Una vez analizada la información recaba a través de los instrumento sociodemográfico y el MBI, en los enfermeros del ISSTECALI, podemos analizar que el objetivo general de la investigación se cumplió al analizar el impacto de las variables del síndrome de *burnout* (SB), y al detectar como afectan cada una de sus dimensiones se han cumplido los objetivos específicos.

Para cumplir con los objetivos podemos describir que al obtener los baremos de intensidad de las dimensiones de despersonalización, agotamiento emocional y poca realización personal se obtuvieron porcentajes medios en los encuestados, los resultados en la dimensión despersonalización nos dice que la prevalencia de esta dimensión en un 48.38 % de los encuestados con una intensidad media, y en un 25.80% es alto, aun cuando es un 25.80% los profesionistas que tiene un nivel alto de despersonalización es significativo ya que representa a una cuarta parte de los encuestados.

En la dimensión de agotamiento emocional obtuvimos que un 32.25% de los profesionistas mantiene un nivel alto en agotamiento, porcentaje que resulta significativo, el 25.80% de los encuestados mantiene un nivel medio en esta dimensión.

Con la dimensión de realización personal encontramos que el 53.22% está en nivel bajo, un 24.19% representan a los profesionistas con realización personal de nivel alto.

Si contrastamos los resultados podemos mencionar que en relación a investigaciones previas que se realizaron en Venezuela, los encuestados mantuvieron un nivel bajo en las dimensiones del SB (Pando, Bermúdez, Aranda, Pérez, Flores, Arellano, 2011) y (Molina, Iguaran, Suárez, Vargas, Vegara, 2006).

Sin embargo en el Estado de México, se han realizado investigaciones en los que sus resultados son diferentes a los obtenidos en la muestra de ISSSTECALI, las

investigaciones se realizaron en Ecatepec y Cuautitlán Izcalli, los resultados obtenidos describen un nivel alto en el SB y sus dimensiones, cabe mencionar que el 94% de los encuestados fueron del sexo femenino, al igual que en la investigación que se presenta más del 87.1% representan al sexo femenino.

En contraste con otras investigaciones en las cuales los encuestados pertenecen a diferentes hospitales podemos decir que la intensidad del SB se presenta alta cuando los encuestados pertenecen a hospitales donde se especializan en enfermos con tratamientos como en cáncer (Chacón, Grau, Guerra, Massip, 2006).

Se puede detectar fácilmente que la mayoría de los encuestados y por ende los profesionistas que mayormente padecen el SB son del sexo femenino, existe controversia sobre el papel del género en la presentación de *burnout*, algunos estudiosos como Maslach (Rodríguez, Rodríguez, Riveros, Rodríguez, Pinzón, 2011), determinan que existen cierta dimensión que se presenta mayormente en mujeres, como lo es el agotamiento emocional, y la despersonalización recae para los del sexo masculino. En nuestro caso los niveles más representativos cayeron en el sexo femenino debido a que el 87.1 % de los encuestados son mujeres.

Considerando que en la muestra encuestada en su mayoría son mujeres se puede decir que esta característica es significativa en la mayoría de las investigaciones realizadas, en el hospital ISSSTECALI la mayoría de las mujeres se encuentran en el rango de 46 años ó más, las mismas representan a 54 encuestados de los 62 que fueron en total, 42 de ellas tiene hijos y el 45% se encuentran casadas, los hombres encuestados se encuentran en el rango de los 28 a 32 años y tan solo el 8% de ellos se encuentran casados, las mujeres representan el 48% de enfermeras generales y el 12.9% de las especialistas del hospital. Por lo anterior podemos concluir que la prevalencia del SB en este hospital es porque en su mayoría su personal femenino tiene más años trabajando, de las 54 encuestadas 43 tiene 10 años o más trabajando como enfermeras, la mayoría de los hombres tiene de 4 a 6 años de antigüedad en el hospital. Si la mayoría de las mujeres tiene más de 46 años y más de 10 años en el hospital esto puede ser un factor que determine la presencia de SB.

En los análisis realizados la dimensión de agotamiento emocional se detecta en el 62% de las mujeres y en un 12.9% de los hombres, la realización personal es mayormente en las mujeres lo que nos hace entender que se encuentran satisfechas con su trabajo, la despersonalización se presenta en un 79% de las mujeres y un 11.3% para el sexo masculino.

Atendiendo a la pregunta de investigación:¿De qué manera influyen los factores de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal al padecimiento del síndrome de burnout en los profesionistas de la salud del hospital ISSSTECALI?

En la investigación que se analiza, se detectó un baremo de intensidad alto para la dimensión de cansancio emocional y un nivel medio para la despersonalización, al detectarse estos rangos se puede asumir que las dimensiones mencionadas afectan al profesionista exclusivamente en su actitud en el desempeño de sus actividades, con la permanencia del cansancio emocional el cual no le permite responder a las demandas que sus actividades, las dimensiones mencionadas influyen grandemente para la aparición del SB, en los encuestados de ISSSTECALI.

5.2 Recomendaciones

Debido a que claramente se detecta que la muestra que padece el SB y sus dimensiones es el sexo femenino, considero que es claro tomar medidas que coadyuven a la prevención del crecimiento sobre todo en el dimensión de cansancio emocional, en la dimensión de despersonalización se mantiene un porcentaje de gran representación en la intensidad de medio, del cual es bueno no descuidarse debido a que puede incrementarse y volverse un nivel alto.

Se recomienda identificar a las personas que contestaron los cuestionarios e invitarlas a considerar el hecho de que se les de atención para bajar sus niveles de cansancio por medio de terapias de relajación y clases de yoga.

Se recomienda que en las áreas de mayor conflicto laboral como puede ser urgencias, quirófano y unidad de cuidados intensivos, sean atendidos por un mayor número de personas y de esta forma se pueda sobrellevar de mejor manera la carga de trabajo.

Se recomienda se promueva la gimnasia laboral sobre todo en los horarios nocturnos y en los horarios donde se encuentren las enfermeras de mayor edad y de esta manera se pueda durante su jornada laboral incluir minutos de relajación.

Se recomienda formar grupos de enfermeras en los cuales reciban asesorías sobre nutrición para mantenerse activas y saludables, y sobre todo para que pongan especial atención a su padecimiento como es el cansancio emocional.

Contrastación

HIPOTESIS		RESULTADO	OBSERVACIONES
HIPOTESIS GENERAL	EXISTE UNA....		SE ACEPTA POR SER LAS CORRELACIONES SIGNIFICATIVAS, POSITIVAS Y MAYORES A .5
H1			SE RECHAZA POR...
H2			SE RECHAZA POR...
H3			SE RECHAZA POR...

Referencias

- (2014, 29 septiembre). Retrieved septiembre 29, 2014, from <http://www.transparenciabc.gob.mx>
- Arturo Juarez Garcia, A. I. (2014). Síndrome de burnout en población mexicana:Una revisión sistemática. *Salud Mental*, 37(2).
- California, G. d. (n.d.). Retrieved agosto 18, 2014, from <http://www.saludbc.gob.mx/wp-content>
- Chacon Roger Margarita, G. A. (2006, Agosto). *Afrontamiento y emociones enprofesionales de enfermería oncológica con síndrome de desgaste profesional*. (G. A. Chacon Roger Margarita, Producer, & Universidad Veracruzana) Retrieved agosto 8, 2014, from <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/viewFile/751/1345>
- Cruz Valades Beatriz, A. C. (2010, Julio-septiembre). Estrategias activas de afrontamiento: un factor protector ante el síndrome de burnout o desgaste profesional en trabajadores de la salud. *Neumol Cir Torax*, 69(3), 137-142.
- Enrique Grau Wiechers, R. A. (n.d.). Retrieved octubre 22, 2014, from <http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2007>
- Grazziano, E., & Ferraz Bianchi, E. (2010, Febrero). Impacto del Estres Ocupacional y Burnout en Enfermeros. *Enfermería Global*, 9(1), 1-20.
- ISSTECALI. (n.d.). Retrieved agosto 18, 2014, from <http://www.issstecali.gob.mx/misionvision>
- Juarez Garcia, A., J. Idrovo, A., Camacho Avila , A., & Placencia Reyes, O. (2014, marzo-abril). *Síndrome de Burnout en población Mexicana*. Retrieved junio 23, 2014, from <http://www.redalyc.org/pdf/582/58231307010.pdf>
- Juarez, G. I. (2014). Síndrome de burnout en población mexicana:Una revisión sistemática. *Salud mental*, 57(2), 159-176.
- Margarita Chacon Roger, J. G. (n.d.). *Afrontamientos y emociones enprofesionales de enfermería oncológica con síndrome de desgaste profesional*. Retrieved octubre 22, 2014, from <http://revistas.uv.mx/index.bhp/psicysalud/article/viiv>
- Martínez Pérez, A. (2010, Septiembre). El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. (U. C. Madrid, Ed.) *Vivat Academia*(112).
- Oviedo Zuñiga, A. M., Vargas Santillán, M. d., Hernández Velázquez, V., Pérez Fiesco, M. d., & Rodríguez García, C. (2009). Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de dos hospitales del Estado de México. *Salud Mental*, 179-193.

- Pando Moreno Manuel, B. D. (n.d.). *Prevalencia de estrés y burnout en los trabajadores de la salud en un hospital ambulatorio*. Retrieved enero 20, 2014, from http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud%2013_1/numero_13_1/estress.html:
http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud%2013_1/numero_13_1/estress.html
- Raul Carrillo, K. G. (n.d.). Retrieved octubre 22, 2014, from <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2012/mim126j.pdf>
- Rodríguez García, C., Oviedo Zuñiga, A. M., Vargas Santillán, M. L., Hernández Vázquez, V., & Pérez Fiesco, M. S. (2009). *Redalyc.org*. Retrieved enero 22, 2014, from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18411965011>
- Rodríguez Palpilla, M., Rodríguez Gómez, R., Riveros Gutiérrez, A., Rodríguez D'Luyz, M. L., & Pinzón Salamanca, J. (2011, Marzo). *Síndrome de Burnout y Factores Asociados en Personal de Salud en Tres Instituciones de Bogotá en Diciembre de 2010*. (U. d. Rosario, Ed.) Retrieved Noviembre 23, 2013, from <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/2389/52931143-1.pdf;jsessionid=F7F98D6E8FECD6CCCFE35E7AAC6DD293?sequence=1>
- Sandra Lorena Rosas Meneses, Y. A. (n.d.). Síndrome de desgaste profesional (burnout) en el personal de enfermería del hospital general de Pachuca. *Revista Científica Electrónica de Psicología*.
- Tuesca Molina Rafael, I. U. (2006, julio-diciembre). Síndrome de desgaste profesional en enfermeras del área metropolitana de Barranquilla. *Salud Uninorte*, 22(2), 84-91.
- Volcanes Irma, R. F. (2010, Mayo-Junio). Síndrome de Burnout en médicos de familia del estado de Mérida, Venezuela, año 2007. *MedULA*, 19(1), 29-35.