

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y SOCIALES



**INFLUENCIA DEL LIDERAZGO SOBRE EL BURNOUT EN
EMPLEADOS DE LA JURISDICCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
DE ENSENADA, B.C.**

**TESIS QUE
PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN**


**PRESENTA:
KARLA MARIELA HARO GUTIÉRREZ**

Ensenada, B.C.

Abril del 2012

Carta de aprobación

Director de la Tesis:


Dra. Blanca Rosa García Rivera

Aprobado por los Integrantes del Sínodo:

1.


Dra. María Concepción Ramírez Barón

2.


Dra. Gisela Pineda García

Dedicatoria

A mi esposo por su amor y apoyo incondicional,

A mis hijas Camila y Renata por ser el regalo mas hermoso de mi vida,

Y a mi mami y hermano por confiar siempre en mi,

Gracias...

Agradecimientos

A Dios por llenar mi vida de bendiciones,

A mi casa de estudios, Universidad Autónoma de Baja California por brindarme la oportunidad de seguir creciendo intelectualmente.

A mi directora de tesis, Dra. Blanca García Rivera por compartir sus conocimientos, consejos y amistad.

Al Dr. Alejandro Mendoza Martínez por su valiosa colaboración en esta investigación.

A la Jurisdicción de Servicios de Salud de Ensenada, B. C., al Director, Dr. Víctor Manuel King García, así como al Dr. Alejandro Pulido, Jefe de Enseñanza, por todo su apoyo.

Resumen

El objetivo de esta investigación fue correlacionar el liderazgo transformacional de directivos de la Jurisdicción de Servicios de Salud de Ensenada, Baja California, (desde el Modelo de Bass y Avolio), con el burnout del personal médico y de enfermería (desde el Modelo de Maslach). Aplicando el “Cuestionario sobre Datos Sociodemográficos y Organizacionales del Trabajador”, el “Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)”, y la “Adaptación al Multifactor Leadership Questionnaire” (MLQ) “Visto por otros” a una muestra del personal de salud de $n = 102$. Los Modelos de Ecuaciones Estructurales permitieron, determinar que existen correlaciones inversas significativas entre las diferentes sub escalas del Liderazgo transformacional con en el Burnout, exceptuando las del Liderazgo Laissez Faire, siendo positivas. Se reafirmaron los hallazgos teóricos y empíricos de estudios previos del Modelo de Bass y Avolio, así como del Modelo de Maslach; en éste último se eliminó la subescala de Despersonalización. Los coeficientes de confiabilidad Alfa de Cronbach fueron superiores a .70 en dichas variables.

Palabras Clave: Burnout, agotamiento profesional, liderazgo transformacional, profesionales de la salud.

Tabla de contenido

Introducción	12
Capítulo I Marco Referencial	
1.1 Estrés y Burnout	16
1.2 Profesionales de la Salud y Burnout	20
1.3 Aspectos Legales	21
1.4 Jurisdicción de Servicios de Salud de Ensenada, B.C.	23
Capítulo II Marco Teórico	
2.1 Burnout	26
2.2 Definiciones de Burnout	26
2.3 Teorías y Modelos de Burnout	28
2.4 Estudios Relacionados	42
2.5 Liderazgo	45
2.6 Definiciones de Liderazgo	46
2.6.1 Liderazgo Transformacional	47
2.6.2 Liderazgo Transaccional	47
2.6.3 No Liderazgo Transaccional	48
2.7 Teorías y Modelos de Liderazgo	48
2.8 Estudios Relacionados	55
2.9 Liderazgo y Burnout	56
Capítulo III Metodología	
3.1 Objetivos, Preguntas de Investigación e Hipótesis	58
3.1.1 Matriz de Congruencia	60
3.1.2 Tipo de Estudios	61
3.2 Variables	61
3.2.1 Variables Independientes	61
3.2.2 Variable Dependiente	61
3.2.3 Operacionalización de las Variables	62
3.3 Modelo Ex Ante	65
3.4 Población	66
3.5 Instrumentos	66
3.5.1 Instrumento (MBI) Maslach Burnout Inventory	66
3.5.2 Instrumento (MLQ) Multifactor Leadership Questionnaire	67
3.5.3 Aplicación del Instrumento	68

Capítulo IV Análisis y Resultados

4.1	Descripción de la Muestra	69
4.1.1	Resumen de la Unidad de Análisis	77
4.2	Estadística Descriptiva	77
4.2.1	Análisis de Resultados	77
4.2.2	Análisis de Tablas de Congruencias	86
4.3	Modelos de Ecuaciones Estructurales	106
4.3.1	Ecuaciones Estructurales y Contrastación de Hipótesis	106

Capítulo V Discusión, Conclusiones y Recomendaciones

5.1	Discusión	119
5.2	Limitantes de la Investigación	123
5.3	Oportunidades Futuras	123
5.4	Conclusiones	123
5.5	Recomendaciones	124

Referencias

Lista de Tablas

Número		Página
1.1	Porcentaje de Burnout en Profesionales de la Salud	20
1.2	Áreas del personal de la Jurisdicción de Servicios de Salud de Ensenada	24
2.1	Definiciones de Burnout	26
2.2	Teorías sobre Burnout	29
2.3	Conceptos de los Modelos Teóricos del Burnout	41
2.4	Estudios sobre Burnout	42
2.5	Definiciones de Liderazgo	46
2.6	Modelos de los Cinco Grandes	49
2.7	Teorías Situacionales	52
2.8	Teorías Emergentes	54
2.9	Estudios sobre la Relación del Liderazgo y Burnout	56
3.1	Matriz de Congruencia	60
3.2	Operacionalización de las Variables	62
4.1	Porcentaje de Ocurrencia de las Preguntas 1-74	77
4.2	Hallazgos sobresalientes del Análisis de Frecuencias	83
5.1	H1. Índices del Modelo	108
5.2	H1. Índices del Modelo Re-especificado	109
5.3	H1. Pesos de Regresión Estandarizados del Modelo de Hipótesis	109
5.4	H1. Matriz de Correlaciones de las Variables Involucradas en el Modelo	109
5.5	H2. Índices del Modelo	112
5.6	H2. Índices del Modelo Re-especificado	113
5.7	H2. Pesos de Regresión Estandarizados del Modelo de Hipótesis	113
5.8	H2. Matriz de Correlación de las Variables Involucradas en el Modelo	113
5.9	H3. Índices del Modelo	116
5.10	H3. Pesos de Regresión Estandarizados del Modelo de Hipótesis	117
5.11	Correlaciones entre los Factores Involucrados en el Modelo de Ecuaciones Estructurales	117

Lista de Figuras

Números		Páginas
2.1	Modelo de Harrison, 1983	33
2.2	Modelos de Cherniss, 1993	34
2.3	Modelos de Thompson, Page y Cooper, 1993	35
2.4	Modelos de Bunnk y Schaufeli, 1993	36
2.5	Modelos de Cox, Kuk y Leiter, 1993	37
2.6	Modelos de Winnubst, 1993	38
2.7	Modelos de Gil-Monte, Peiró y Valcarcel, 1995	40
3.1	Modelos de Liderazgo Transformacional y Transaccional de Bass y Aviolo	68
5.1	H1. Modelos de Ecuaciones Estructurales Hipotetizado desde la Postura nula Ho.	107
5.2	H1. Corrida del Modelo de Ecuaciones Estructurales Hipotetizado desde la Postura nula Ho.	107
5.3	H1. Modelo de Ecuaciones Estructurales Re-especificado	109
5.4	H2. Modelo de Ecuaciones Estructurales Hipotetizado desde la postura nula Ho.	111
5.5	H2. Corrida del Modelo de Ecuaciones Estructurales Hipotetizado desde la postura nula Ho.	111
5.6	H2. Modelo de Ecuaciones Estructurales Re-especificado	113
5.7	H3. Modelo de Ecuaciones Estructurales Hipotetizado Bajo la Postura nula Ho.	115
5.8	H3. Modelo de Ecuaciones Estructurales Re-Especificado	115

Lista de Gráficas

Número		Página
4.1	Género	69
4.2	Profesión	70
4.3	Edad	70
4.4	Estado Civil	71
4.5	Números de Hijos	72
4.6	Último Grado de Estudios por Profesión	72
4.7	Tipo de Escuela por Profesión	73
4.8	Tipo de Trabajador por Profesión	74
4.9	Antigüedad en la Institución por Profesión	75
4.10	Antigüedad en el Puesto por Profesión	76
4.11	Me Siento Emocionalmente Agotado por mi Trabajo / Género	86
4.12	Me Siento Emocionalmente Agotado por mi Trabajo / Profesión	87
4.13	Trato muy Eficazmente los Problemas de los Pacientes / Genero	88
4.14	Trato muy Eficazmente los Problemas de los Pacientes / Profesión	89
4.15	He Conseguído Muchas Cosas Útiles en mi Profesión / Genero	90
4.16	He Conseguído Muchas Cosas Útiles en mi Profesión / Profesión	91
4.17	Motiva al Trabajador para que Alcance las Metas Programadas / Género	92
4.18	Motiva al Trabajador para que Alcance las Metas Programadas / Profesión	93
4.19	Propicia que el Personal tenga Iniciativa para Resolver Problemas / Género	94
4.20	Propicia que el Personal tenga Iniciativa para Resolver Problemas / Profesión	95
4.21	Su Liderazgo como Jefe Logra Satisfacción en el Equipo de Trabajo / Género	96
4.22	Su Liderazgo como Jefe Logra Satisfacción en el Equipo de Trabajo / Profesión	97
4.23	Es Efectivo en las Definiciones de Tareas, Tiempos y Recursos para Alcanzar los Objetivos de Trabajo / Género	98
4.24	Es Efectivo en las Definiciones de Tareas, Tiempos y Recursos para Alcanzar los Objetivos de Trabajo / Profesión	99

Número		Páginas
4.25	Supervisa Activamente las Labores Cotidianas del Personal a su Cargo / Género	100
4.26	Supervisa Activamente las Labores Cotidianas del Personal a su Cargo / Profesión	101
4.27	Comunica la Visión del Futuro Deseado de la Organización / Género	102
4.28	Comunica la Visión del Futuro Deseado de la Organización / Profesión	103
4.29	Esta Comprometido con las Normas de Mejora Continua en el Área de Trabajo con su Personal / Género	104
4.30	Esta Comprometido con las Normas de Mejora Continua en el Área de Trabajo con su Personal / Profesión	105

Introducción

En la actualidad el mundo laboral ha entrado en un periodo de cambios tan acelerados que están modificando el significado del trabajo así como la apreciación que éste posee para los trabajadores, sobre todo en el ámbito de la salud, sean instituciones públicas o privadas.

Esta investigación esta dirigida a los trabajadores de la salud que están sometidos al trabajo bajo presión, estrés, sobrecarga de trabajo, además de la presión que ejercen sus líderes, permeando su calidad de vida, y modifican su estado físico, mental y emocional, volviéndolos trabajadores con estrés crónico abriéndole paso al síndrome del burnout.

Por ello, la siguiente investigación analiza la correlación del liderazgo transformacional de los directivos de la Jurisdicción de Servicios de Salud de Ensenada, B.C., con el burnout del personal médico y de enfermería.

El síndrome del burnout tiene implicaciones para las personas como para las organizaciones, ya que es una respuesta al estrés crónico que contiene actitudes y sentimientos nocivos. Es caracterizado por tres dimensiones: el agotamiento emocional, es decir la sensación de no poder dar más de sí, el cinismo, desconfianza hacia su trabajo y baja realización profesional (Apiquian, 2007 citado en Dávila, 2011).

Este síndrome presenta una cadena de respuestas a situaciones de estrés que suelen provocar tensión al interactuar y tratar repetidamente con otras personas, no obstante un factor que no se puede perder de vista es el liderazgo que se ejerce en la institución, ya que éste puede ser por sí mismo un detonante para el burnout, que aunado a situaciones de estrés pueden provocar que se modifique la conducta de los trabajadores, convirtiéndose en un problema para la organización, generando un costo económico, por ausencias, retardos, bajo desempeño,

servicio deficiente, disminución de la productividad, entre otros, por ello la importancia de este estudio.

Por otro lado, en las organizaciones suponen que los líderes tienen la capacidad de ejercer una influencia positiva sobre sus subordinados y que dichos líderes son los responsables de proteger el clima de la organización, así como de mantener el buen desempeño en las actividades. La influencia que ejerce el líder se extiende en ocasiones hasta la vida personal del subordinado, por lo que es importante conocer el tipo de liderazgo que se está ejerciendo en la institución para analizar si dicho estilo de liderazgo afecta la conducta y el bienestar del trabajador.

Esta investigación permite conocer como perciben los profesionales de la salud el liderazgo de sus directivos, para determinar si éste genera un desgaste profesional, así como comprender que otros aspectos afectan de manera significativa el burnout.

Las preguntas de investigación son: ¿Existe una correlación inversa significativa entre las sub escalas de burnout en los empleados de la Jurisdicción de Servicios de Salud de Ensenada?, ¿Existe una correlación inversa significativa entre las sub escalas de liderazgo en la percepción de los empleados de la Jurisdicción de Servicios de Salud de Ensenada?, ¿Existe una correlación inversa significativa entre las sub escalas del liderazgo y las sub escalas de burnout en los empleados de la Jurisdicción de Servicios de Salud de Ensenada?

El objetivo general de la investigación es correlacionar el liderazgo transformacional de directivos de la Jurisdicción de Servicios de Salud de Ensenada, B. C. (desde el modelo de Bass y Avolio), con el burnout de su personal médico y de enfermería (desde el modelo de Maslach) y los objetivos particulares son: 1. Correlacionar las sub escalas de Burnout (agotamiento emocional, despersonalización, y baja realización personal) 2. Correlacionar las sub escalas de liderazgo (transformacional, transaccional, no liderazgo) 3. Correlacionar las sub escalas de liderazgo y las sub escalas de burnout desde

los modelos de Maslach y Bass y Avolio 4. Caracterizar el perfil socio demográfico y organizacional de los empleados.

Esta investigación es de tipo no experimental, ya que solo se observa el fenómeno sin intervenir, manipular, o controlar las variables de estudio, es transversal ya que se mide una sola vez en un periodo determinado y es correlacional, ya que se busca encontrar si existe relación entre las variables involucradas, el método empleado para la recolección y análisis de datos es cuantitativo.

La variable dependiente utilizada en esta investigación es el burnout, que se describe como una sensación de fracaso, existencia agotada que resulta de una sobrecarga de trabajo y por sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja, caracterizada por tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

Las variables independientes en esta investigación son el liderazgo dividido en cuatro dimensiones: transformacional, transaccional, no liderazgo, variables de resultados, así como las variables socio demográficas y organizacionales, que son el conjunto de características de la muestra, como edad, género, escolaridad, entre muchos otros.

Todos los datos fueron recogidos mediante la aplicación de dos instrumentos de medición: el Maslach Burnout Inventory, para medir el Burnout y el Multifactor Leadership Questionnaire Versión 5 “Visto por otros” adaptación de Mendoza, 2005, para medir el liderazgo, además se agregaron 19 preguntas sobre el perfil socio demográfico y organizacional, con una escala tipo Likert con un total de 94 reactivos.

La hipótesis principal es: El liderazgo de los directivos de la Jurisdicción de Servicios de Salud de Ensenada tiene correlación inversa y estadísticamente significativa con el burnout.

Las limitaciones que encontramos en esta investigación es que se aplicó el Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ) Versión 5 “Visto por otros” adaptación

de Mendoza, 2005, mismo que es solamente para subordinados, en este caso fue aplicado solo a subordinados (médicos y enfermeras). Esta característica limita la investigación en cuanto a sus resultados, ya que se desconoce si los resultados serían distintos con la aplicación del instrumento (MLQ) Versión 5 “Visto por uno mismo” a los líderes, es decir de 360° para conocer cómo se perciben el liderazgo desde ambas partes.

La investigación se integra de cinco capítulos: marco referencial, marco teórico, metodología, análisis y resultados, y por último, discusión, conclusiones y recomendaciones.

En el primer capítulo denominado marco referencial se describe el origen de la variable dependiente (Burnout), principales aportaciones y breve descripción de la institución donde fue aplicado el estudio.

El segundo capítulo marco teórico nos muestra definiciones de las variables, principales teorías, modelos y estudios relacionados.

El capítulo tres llamado metodología, nos señala la descripción de las variables, matriz de congruencia, operacionalización, población e instrumentos utilizados.

En el capítulo cuatro denominado análisis y resultados se encuentra la descripción de la muestra, estadística descriptiva, análisis de resultados, análisis de tablas de contingencias, así como los modelos de ecuaciones estructurales y la contrastación de las hipótesis.

Y por último en el capítulo cinco, discusión, muestra las conclusiones, recomendaciones, limitantes, oportunidades futuras.

Capítulo I

Marco Referencial

En este capítulo se presentan temas como el estrés y el burnout, profesionales de la salud y burnout, aspectos legales, descripción de la institución donde se aplicó el instrumento y algunas aportaciones relacionadas con el tema de estudio, así como de la variable dependiente.

1.1 Estrés y el burnout

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, 2002, p.6).

Los países europeos son sumamente afectados por el estrés laboral, según estadísticas en esta materia, por lo que se concluye que la actividad laboral es el mayor generador del estrés laboral (Mc Donald, 2009).

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2005, citado en Mc Donald, 2009), el país con el más alto índice de estrés es Suiza con el 68%, seguido por Noruega y Suecia con el 31%, Alemania con el 28%, Italia con el 26%, Rusia con 24%, Bélgica con 23%, quedando los países de Dinamarca, Gran Bretaña, España y Holanda con un porcentaje menor de 20%.

La OMS 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 esta entre el 20% y el 50%.

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 citado en Mansilla, 2010).

La OMS, 2008, citado en Lima y Juárez, 2008, señala que debido a la globalización y las nuevas formas de trabajo, los trabajadores de los países en desarrollo deben hacer frente a un aumento en el estrés laboral. Aun cuando existen estudios en dichos países, en América Latina no se tiene conciencia del significado del estrés laboral ni de los recursos para minimizarlo o eliminarlo.

En México se tiene poco o nulo conocimiento de las enfermedades que genera el estrés y no se conocen las cifras del número de personas que lo padecen.

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 y 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 estrés 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 del 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).

“(…) al burnout se asoció su aparición a las condiciones de trabajo, principalmente a los factores organizacionales (Maslach y Jackson, 1982). (…) los modelos (…) del burnout propuestos por Cherniss (1980) insistían en los aspectos organizacionales como el origen más determinante del burnout. (…) el burnout podría definirse como una forma de estrés laboral (Maslach y Schaufeli, 1993), que correspondería a la última fase del proceso de estrés formulado por Selye (1956), a un tipo de estrés laboral crónico” (Moreno-Jiménez, González y Garrosa, 2001).

La falta de control o de autonomía en el propio trabajo contribuye igualmente al desarrollo del burnout (Pines 1981). En diferentes estudios se ha encontrado que la participación en la toma de decisiones contribuye significativamente a la despersonalización, pero no a los otros componentes del burnout. (Jackson, 1983) La autonomía en el ejercicio de la propia tarea se relaciona con el sentido de realización personal entre los profesores (Jackson, Schwab, y Schuler, 1986). De forma más general, Landsbergis (1988) ha encontrado que entre los profesionales de la salud, la latitud de decisión contribuye a los tres componentes del burnout. Tal como predice el modelo de Karasek (1979), las tareas que combinaban una alta demanda y una baja latitud de decisión se asociaban más claramente a los procesos del burnout (Moreno-Jiménez, et al., 2001, pp.7-8).

1.2 Profesionales de la salud y Burnout

La siguiente tabla nos muestra los porcentajes de Burnout que presentan los profesionales de la salud, según varios estudios a lo largo de los últimos años.

Tabla 1.1 Porcentaje de burnout en profesionales de la salud

Autor/ Año	%
Margison, 1987	40% en médicos presentan valores altos en cansancio emocional y despersonalización. 30% en médicos presentan percepción de realización personal baja.
Pérez Bilbao, 2001	20% de la población trabajadora sufría de burnout
Shanafelt, 2002	25% y el 60% de profesionales de la medicina están agotados emocionalmente
GonCalves Estrella, 2002	10% y el 12% en médicos están emocionalmente afectados
García, 2004	10% en médicos sufrirán problemas mentales o de conductas adictivas
Molina, Avalos y Giménez, 2005	27% y el 39% en enfermeras presentan puntuaciones indicativas de burnout en alguna de las tres sub escalas
Sánchez, Jiménez y García, 2009	61.38% en médicos registran alto nivel de cansancio emocional 54.45% en médicos registran despersonalización

Fuente: Elaboración propia, a partir de Mansilla, 2010.

En la tabla anterior se observan los altos niveles de burnout que presentan los profesionales de la salud, tanto médicos como enfermeras, que van desde un 10 hasta un 61.38%, lo cual es alarmante, ya que son los responsables de la mantener la buena salud de los pacientes.

Las actividades continuas que desempeñan los profesionales de la salud son muy complicadas, y en ellas intervienen diversas situaciones (Álvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991; Barreto, Arranz, Barbero y Bayés, 1997; Buunk, Schaufeli

e Ybema, 1994; Dean, 1998; Escribá, *et al.*, 2000; Gil-Monte y Peiró, 1997; González, 2002; Lim y Yuen, 1998; Parkes, 1998; Peiró, 1993; Pellín *et al.*, 1998; Quick y Tetrik, 2003; Rout, 1998; Vachon, 2000; Zapf, Seifert, Schmutte, Mertini y Holz, 2001; Zoccalli, Campollo, Caroccio, Cedro, Muscatello y Pandolfo, 1999 citados en Ortega y López, 2004), entre los que podemos mencionar se encuentran los que se relacionan con la organización, y los estresores específicos de la profesión que suponen un importante nivel emocional:

- Demasiada estimulación de consternación, por enfrentar el dolor, el sufrimiento y la muerte de un paciente.
- Relaciones continuas con enfermos que generan un cierto nivel de implicación que formen uniones de ayuda, lo cual crea problemas tanto para los profesionales de la salud como de los pacientes.
- El fracaso por no poder cumplir con el objetivo de curar al paciente.
- Sobrecarga de pacientes que se deben atender.
- Niveles bajos en cuanto a la inteligencia emocional que los ayude a controlar sus emociones, la de los pacientes y sus familiares.
- Turnos de trabajo irregulares.
- Conflicto y ambigüedad de rol.
- Mala relación con su equipo de trabajo.
- Burocratización e individualismo en las instituciones sanitarias (Ortega y López, 2004).

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, 2002, p.6).

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 los 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).

Existen investigaciones que se han realizado en países en desarrollo, así como en América Latina en donde existe poca conciencia sobre el tema del estrés laboral y donde faltan recursos para enfrentarlo (OMS, 2008 citado en Lima y Juárez, 2008).

1.4 Jurisdicción de Servicios de Salud de Ensenada, B.C.

Esta investigación se realizó en la Jurisdicción de Servicios de Salud de Ensenada, B.C., organismo descentralizado del Gobierno del Estado que se dedica a la administración y protección de la salud de los ciudadanos a través del monitoreo y contención de riesgos sanitarios, la prevención de enfermedades y la atención médica correspondiente a través de una red de servicios de salud extendida en el territorio estatal.

El objetivo de dicha Institución es mejorar la expectativa de vida de la población, mediante el acceso a un paquete de servicios de salud equitativo, profesional y de calidad, construyendo en Baja California comunidades saludables que permitan el desarrollo de las potencialidades del individuo.

El instituto es encabezado por un Director General, quien funge también como Secretario de Salud en la estructura del gobierno estatal. Dos subdirecciones

generales conforman la estructura, la Subdirección de Salud y la Subdirección Administrativa, de las cuales dependen las direcciones, departamentos y unidades funcionales.

Para proporcionar la cobertura territorial, al estado lo cubren cuatro Jurisdicciones de Servicios de Salud, las cuales son las responsables de administrar los servicios en un área delimitada, la primera en Mexicali, B.C., su valle y San Felipe; la segunda en Tijuana, B.C., abarcando Tecate y Playas de Rosarito; la tercera en Ensenada, B.C., cubriendo el área urbana y la zona norte del valle de Ensenada; y la cuarta en Vicente Guerrero, B.C., con cobertura hasta la línea divisoria del paralelo 28.

Cada Jurisdicción es presidida por un Director Jurisdiccional, de quien depende la estructura necesaria tanto administrativa como médica, para el correcto desarrollo de los programas de salud correspondientes y la prestación de los servicios (Secretaría de Salud del Estado de Baja California, s.f.).

La red de servicios en la Jurisdicción de Servicios de Salud de Ensenada, actualmente se divide en 32 centros de salud, 1 hospital general, 1 CAAPS (Centros avanzados de atención primaria en salud) y 1 UNEME (Unidades de especialidades médicas).

Tabla 1.2 Áreas del personal de la Jurisdicción de Servicios de Salud de Ensenada

	Administrativo	Área médica o de salud
Sindicalizado	163	185
Confianza	22	4
Contrato	27	56
TOTAL	212	245

Fuente: Elaboración propia.

La Jurisdicción de Servicios de Salud de Ensenada, B.C., cuenta con 457 empleados, de los cuales 212 son administrativos, y 245 son del área médica o de salud, mismos que a su vez se dividen en sindicalizados, de confianza y de contrato, este número puede variar debido al personal eventual.

Capítulo II

Marco Teórico

2.1 Burnout

A mediados de los años 70's el psiquiatra Herbert Freudenberger quien trabajaba en una clínica de Nueva York observó que los voluntarios que trabajaban con toxicómanos, en un cierto periodo de tiempo presentaban síntomas 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 profesional-paciente, este síndrome se conoce también como síndrome de quemarse por el trabajo y desgaste profesional (Rodríguez, Rodríguez, Riveros, Rodríguez y Pinzón, 2011).

2.2 Definiciones de Burnout

“En el síndrome del “profesional desgastado/quemado” o Burnout, nos encontramos con trabajadores, como profesorado, médicos, asistentes sociales, que se enfrentan a una carga afectiva importante y acaban perdiendo el interés. Ofrecen un trato deshumanizado a sus pacientes, clientes o alumnado, a los que ven como enemigos porque están desmotivados y emocionalmente exhaustos por su trabajo” (Ayuso, 2006, p.126).

A continuación se muestran algunas de las definiciones de Burnout.

Tabla 2.1 Definiciones del Burnout

Autor	Año	Definición
Freudenberger	1974	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.
Pines y Kafry	1978	Experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal causado por estar implicada la persona

		durante largos periodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente.
Dale	1979	Consecuencia del estrés laboral indicando que el síndrome podría variar en relación a la intensidad y duración del mismo.
Cherniss	1980	Cambios personales negativos que ocurren a lo largo del tiempo en trabajadores con trabajos frustrantes o con excesivas demandas. El concepto del burnout estaría vinculado a un triple proceso: <ul style="list-style-type: none"> a. Desequilibrio entre demandas en el trabajo y recursos individuales (estrés). b. Respuesta emocional a corto plazo, ante el anterior desequilibrio, caracterizada por ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento. c. Cambios en actitudes y conductas (enfrentamiento defensivo).
Edelwich y Brodsky	1980	Pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones del trabajo.
Maslach y Jackson	1981	Síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal.
Burke	1987	Proceso de adaptación del estrés laboral, que se caracteriza por desorientación profesional, desgaste, sentimientos de culpa por falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional y aislamiento.
Shirom	1989	Combinación de fatiga física, cansancio emocional y cansancio cognitivo.
Farber	2000	Reflejo de la mayoría de los ambientes de trabajos actuales, ya que la competencia laboral exige intentar producir cada vez mejores resultados al menor tiempo y con los mínimos recursos posibles, con cuatro variables importantes para explicar la aparición y el desarrollo del Burnout: 1) la presión de satisfacer las demandas de otros, 2) intensa competitividad, 3) deseo de obtener más dinero y 4) sensación de ser desprovisto de algo que se merece.
Gil-Monte	2001	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.
Apiquian	2007	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, a partir de Martínez, 2010 y Rodríguez, et al., 2011.

Según Ortega y López (2004), el burnout tiene tres dimensiones y se genera en profesionales que trabajan con personas: el primero es el agotamiento o cansancio emocional, se describe como estar física y psíquicamente fatigado, la segunda es la despersonalización, que se define como la creación de sentimientos y actitudes negativas hacia las personas con las que se trabaja, y por último, la baja realización personal, caracterizada por sentimientos de fracaso, desilusión y baja autoestima.

A pesar de no existir una definición clara del síndrome de quemarse por el trabajo, su popularidad ha ido en aumento. Sin embargo, existen ciertas características comunes en las definiciones, como el agotamiento emocional, síntomas físicos, alteraciones de la conducta, despersonalización con el cliente, conductas adictivas, entre otras, reduciendo la calidad de vida de los trabajadores ya que se trata de un síndrome de salud laboral que se genera por falta de armonía en el trabajo, manifestándose en aspectos negativos como baja realización personal, baja productividad, desmotivación y baja de la organización (Ortega y López, 2004).

2.3 Teorías y modelos de Burnout

Existen diversos modelos teóricos que permiten explicar la etiología del síndrome del burnout, de una manera más amplia o diferente a la propia teoría del burnout. Dichos modelos consideran una serie de antecedentes y consecuencias del síndrome y los agrupan en diferentes variables para conocer a través de que procesos se llega a sentir quemado por el trabajo (Mansilla, 2010).

Existen cuatro grupos de modelos teóricos, el primer grupo incluye los modelos de la teoría socio cognitiva del yo, el segundo incluye los modelos de la teoría del

intercambio social, el tercer grupo incluye los modelos de la teoría organizacional y por último, los modelos de la teoría estructural, los cuales se describen en la siguiente tabla:

Tabla 2.2 Teorías sobre el Burnout

Teoría sociocognitiva del yo			
Modelo	Año	Variables	Descripción
Modelo de competencia social de Harrison	1983	Competencia Auto eficacia	En el lugar de trabajo habrá factores que serán de ayuda o de barrera que determinarán la eficacia del trabajador. En el caso que existan factores de ayuda junto con una alta motivación, los resultados serán beneficiosos; ya que aumenta la eficacia percibida y los sentimientos de competencia social. Sin embargo, cuando hay factores de barrera, que dificultan el logro de metas en el contexto laboral, el sentimiento de autoeficacia disminuirá. Si estas condiciones se prolongan en el tiempo puede aparecer el burnout.
Modelo de Cherniss	1993	Autoeficacia	La consecución independiente y exitosa de las metas aumenta la eficacia del sujeto. Sin embargo, la no consecución de esas metas lleva al fracaso psicológico; es decir, a una disminución de la autoeficacia percibida y, por último, al desarrollo del Burnout.
Modelo de Thompson, Page y Cooper	1993	Autoconfianza	Destacan cuatro factores implicados en la aparición del Burnout, y señalan que la autoconfianza juega un papel fundamental en ese proceso. Los cuatro factores son: 1) Las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del sujeto. 2) El nivel de

			autoconciencia. 3) Las expectativas de éxito personal. 4) Los sentimientos de autoconfianza.
Modelo de Pines	1993	Motivación Autoeficacia	El fenómeno del Síndrome de Burnout radica cuando el sujeto pone la búsqueda del sentido existencial en el trabajo y fracasa en su labor. Estos sujetos les dan sentido a su existencia por medio de tareas laborales humanitarias. Este modelo es motivacional, y plantea que sólo se queman aquellos sujetos con alta motivación y altas expectativas. Un trabajador con baja motivación inicial puede experimentar estrés, alienación, depresión o fatiga, pero no llegará a desarrollar el Síndrome de Burnout.
Teoría del intercambio social			
Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli	1993	Incertidumbre Equidad Control	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 sus relaciones. 3) La falta de control: Se explica como la posibilidad/capacidad del trabajador para controlar los resultados de sus acciones laborales.
Modelo de conservación de recursos	1993	Motivación Recursos	Según esta teoría, para reducir los niveles de Burnout se deben aumentar los recursos de los empleados y, así, eliminar la

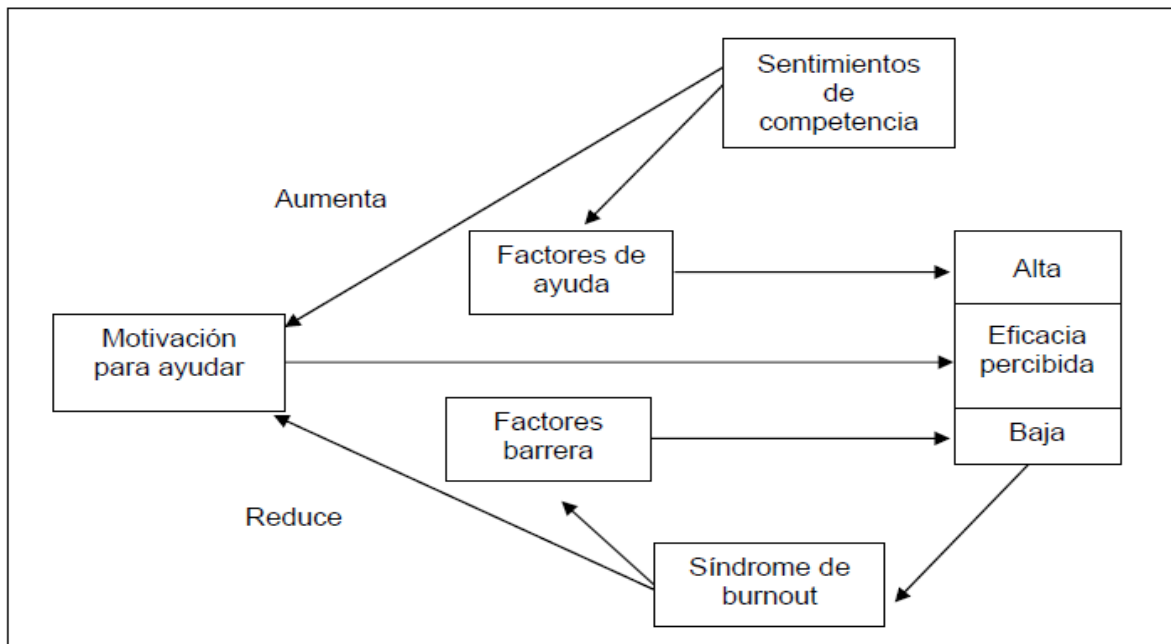
de Hobfoll y Fredy			vulnerabilidad a perderlos. También se debe intentar modificar de manera positiva las cogniciones y percepciones, con el fin de disminuir los niveles de estrés percibido y, por consecuencia, del Burnout. Por lo tanto, las estrategias de afrontamiento que recomiendan estos autores para prevenir el desarrollo de Burnout son las de tipo "activo".
Teoría organizacional			
Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter	1983	Secuencias o fases	Este modelo propone una progresión secuencial en el tiempo, en la que la ocurrencia de un componente precipita el desarrollo de otro. Así, en la secuencia, la despersonalización es la primera fase del Burnout, 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 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 caracterizarán por baja realización personal, para desembocar en agotamiento emocional.
Modelo de Cox, Kuk y Leiter	1993	Agotamiento emocional	Este modelo sugiere, desde un enfoque transaccional del estrés laboral, que el Burnout 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 distintos significados que el sujeto le atribuye al trabajo o las posibles expectativas frustradas en el ámbito laboral.
Modelo de Winnubst	1993	Apoyo social Clima Organizacional	Para este autor la cultura de la organización está determinada por su estructura y, por lo tanto, los antecedentes del Burnout variarán en función del tipo de cultura organizacional e institucionalización del apoyo social. Paralelamente, al estar estrechamente relacionado el apoyo social con la estructura organizacional, éste es un factor fundamental que afecta la percepción del sujeto respecto la estructura organizacional y, por lo tanto, es una variable esencial sobre la cual intervenir para prevenir o disminuir los niveles de Burnout.
Teoría estructural			
Modelo de Gil-Monte, Peiró	1997	Organizacionales Personales Estrategias de afrontamiento	Plantea que este síndrome es una respuesta al estrés laboral percibido (conflicto y ambigüedad del rol), y surge como producto 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 percibido y sus consecuencias.

Fuente: Elaboración propia, a partir de Mansilla, 2010.

En el cuadro anterior se puede ver a grandes rasgos los modelos desarrollados sobre el burnout por los diferentes autores, así como sus características y variables principales, mismas que se pueden observar en algunos de los modelos que se presentan gráficamente a continuación:

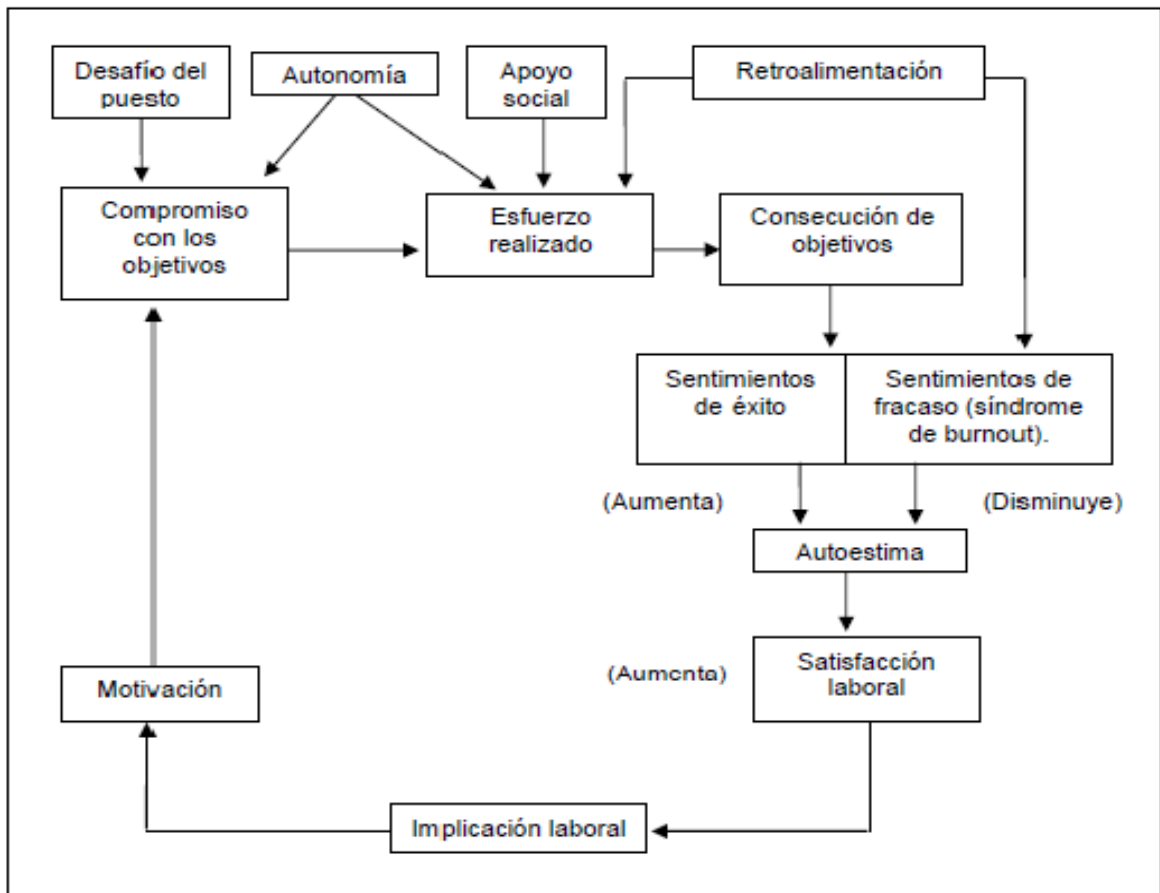
Figura 2.1 Modelo de Harrison (1983)



Fuente: Harrison, 1983 citado en Mansillas, 2010.

Harrison explica en su modelos que la mayoría de los trabajadores cuando inician sus labores en profesiones de ayuda están motivados, pero en el camino se encuentran con factores de ayuda que facilitan su actividad y factores de barreras que las dificultan. Cuando estos factores de barrera se presentan en su entorno, generan sentimientos negativos, y al mantener esta situación durante un tiempo, origina el síndrome de burnout disminuyendo los sentimientos de eficacia percibida y la motivación.

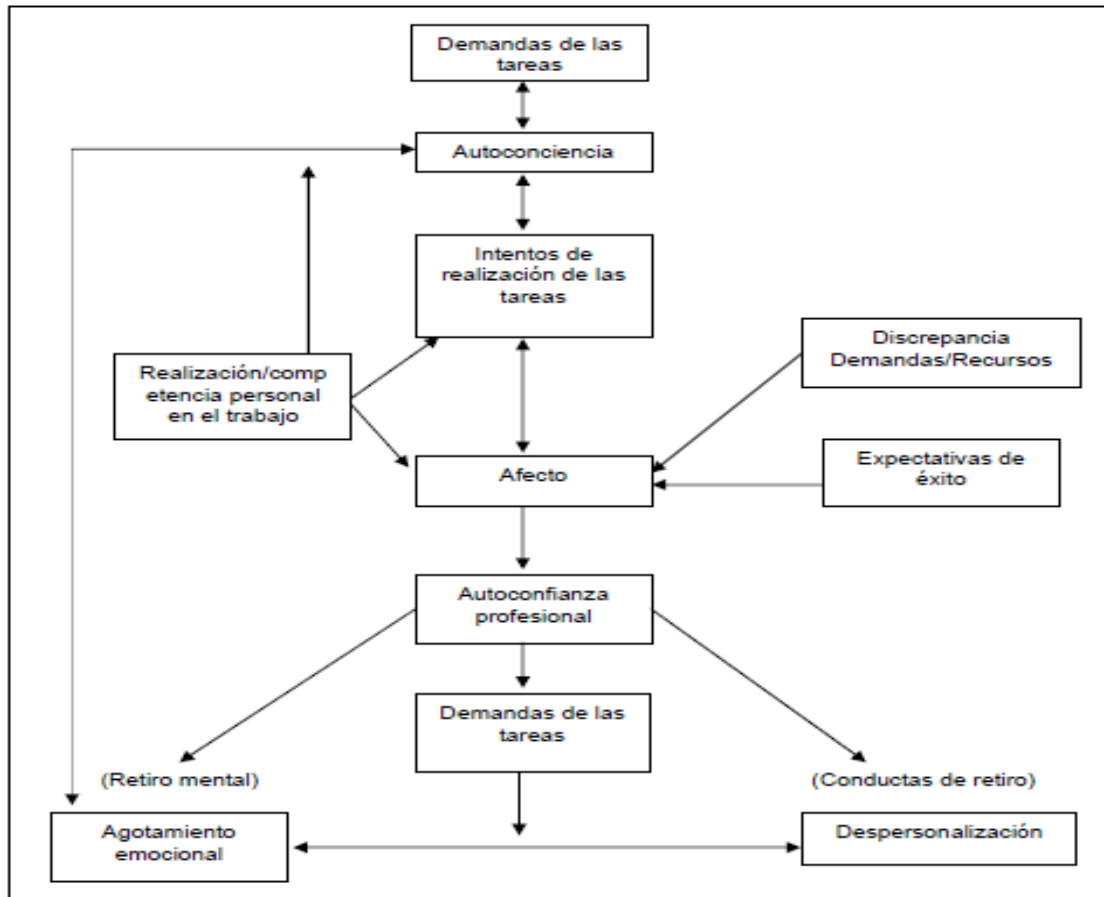
Figura 2.2 Modelo de Cherniss (1993)



Fuente: Cherniss, 1993 citado en Mansillas, 2010.

Este autor nos señala que los elementos de las organizaciones que previenen el burnout, son los mismos elementos del ambiente que hacen más fácil que los trabajadores desarrollen sentimientos de éxito. Incorpora la autoeficacia percibida al modelo, y describe que los empleados con sentimientos de autoeficacia percibida sienten menos estrés en situaciones amenazantes. Se aumentan los sentimientos de autoeficacia al aumentar el éxito y el logro de los objetivos personales, y por el contrario cuando no se logran los objetivos se generan sentimientos de fracaso, y baja autoeficacia dando lugar al burnout.

Figura 2.3 Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993)



Fuente: Thomson, Page y Cooper, 1993 citado en Mansillas, 2010.

Thompson, Page y Cooper limitan el origen del burnout a cuatro variables: las diferencias entre las demandas de la tarea y los recursos del trabajador, el nivel de autoconciencia del trabajador, las expectativas de éxito y los sentimientos de autoconfianza.

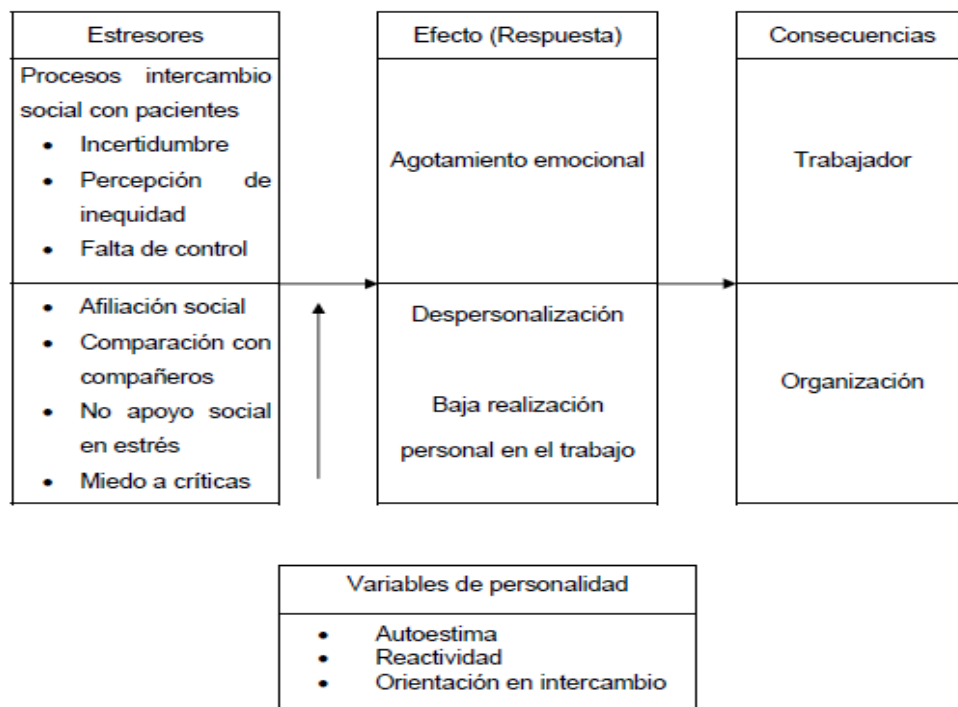
Los autores proponen que cuando se reconocen las diferencias percibidas o anticipadas entre las demandas y los recursos, se intensifica el nivel de autoconciencia afectando negativamente el estado de ánimo que causara falta de confianza y sentimientos de baja realización personal.

Cuando no se logra alcanzar los objetivos, los trabajadores que tienen tendencia alta hacia el riesgo de autoconciencia y pesimismo, resuelven las dificultades retirándose mental o conductualmente de la situación problemática.

La despersonalización es considerada como un patrón de retiro conductual en este modelo. Además, los profesionales que no pueden desarrollar conductas de abandono desarrollan sentimientos de desamparo y agotamiento emocional.

Estos autores señalan también, que niveles altos de autoconciencia crean un aumento de desilusión, frustración o pérdida. Así mismo, nos hablan que la tendencia a adoptar expectativas de éxito para solucionar las diferencias refuerza la confianza de los trabajadores para reducirlas.

Figura 2.4 Modelo de Buunk y Schaufeli (1993)



Fuente: Buunk y Schaufeli, 1993 citado en Mansillas, 2010.

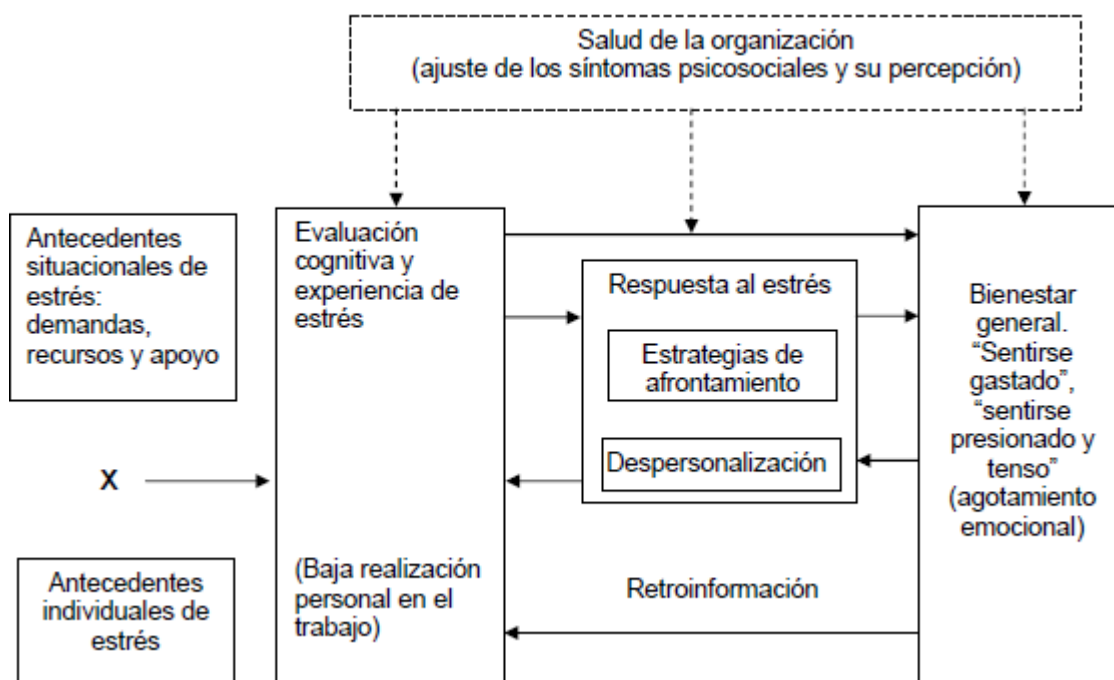
Este modelo de Buunk y Schaufeli fue desarrollado para explicar el origen del burnout en profesionales de enfermería, describiendo que en este entorno el

burnout tiene dos orígenes: el primero, son los procesos de intercambio social de los pacientes y el segundo, los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros.

En el primero, estos profesionales de la salud identifican tres variables generadoras de estrés para el desarrollo del síndrome, la incertidumbre, la percepción de equidad y la falta de control.

En el segundo, en relación a los procesos de afiliación y comparación con los compañeros, estos profesionales por miedo a ser criticados o vistos como incompetentes, rehúyen cualquier apoyo y evitan estar con compañeros.

Figura 2.5 Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993)



Fuente: Cox, Kuk y Leiter, 1993 citado en Mansillas, 2010.

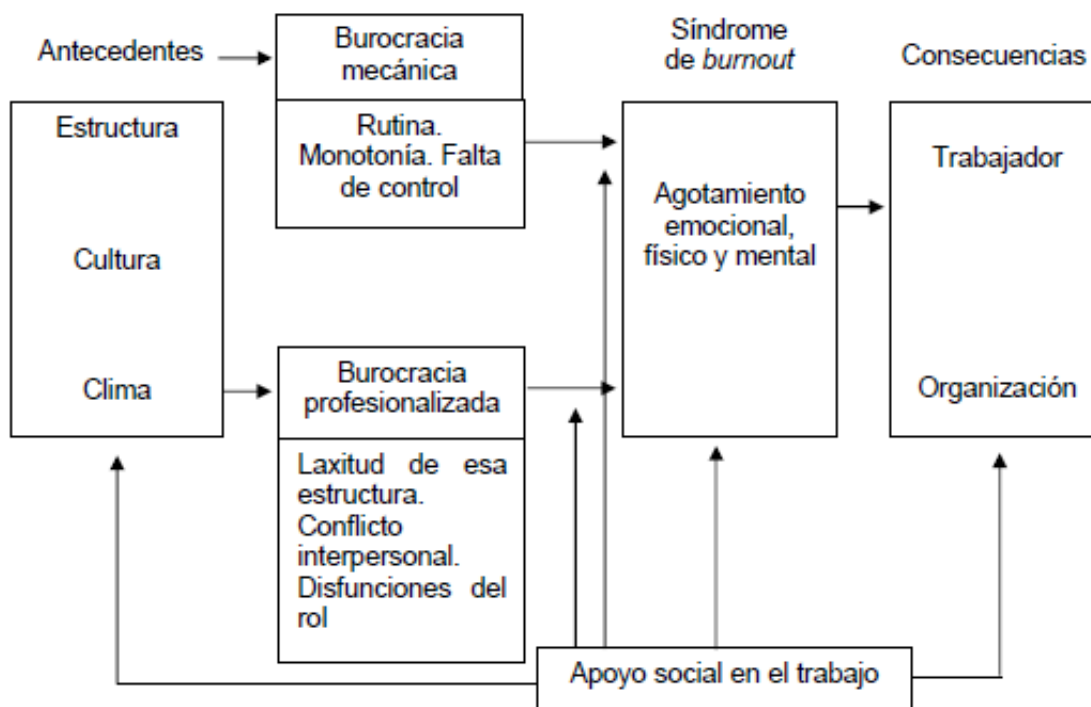
Para estos autores el burnout es una respuesta al estrés laboral que se genera cuando no funcionan las estrategias para afrontarlo. Este modelo se conforma de

dos variables: sentirse gastada y sentirse presionado y tenso, mismas que son parte de la respuesta al estrés laboral.

Señalan que la dimensión principal del burnout es el agotamiento emocional, ya que esta sumamente relacionada con sentirse gastado, la despersonalización se ve como una estrategia de afrontamiento que se desarrolla por los sentimientos de agotamiento emocional, y la baja realización personal es el resultado de las expectativas profesionales que tiene el trabajador.

Describen también que la relación estrés-burnout es una variable moduladora de la salud de la organización.

Figura 2.6 Modelo de Winnubst (1993)



Fuente: Winnubst, 1993 citado en Mansillas, 2010.

Winnubst menciona que el burnout se produce en cualquier tipo de profesión, no solo en las profesiones de ayuda.

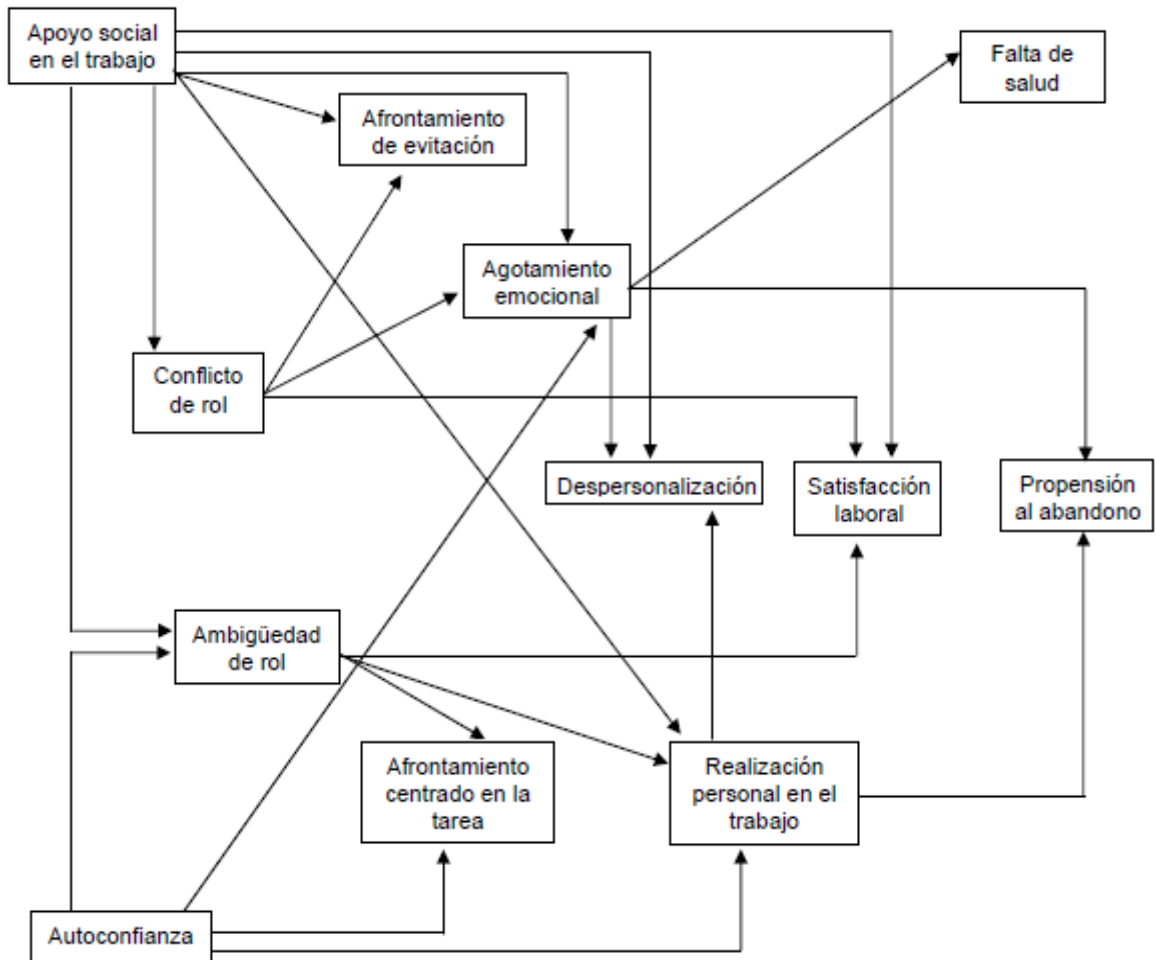
Este modelo explica que las variables que anteceden al burnout son las relaciones entre la cultura, la estructura organizacional, el apoyo social y el clima organizacional.

El autor elabora su modelo sobre cuatro supuestos:

1. Los sistemas de apoyo social existen en todas las estructuras organizacionales.
2. Los sistemas de apoyo social se crean en interdependencia con el clima laboral.
3. Los criterios éticos que se generan de los valores sociales y culturales de la organización, rigen la estructura organizacional.
4. Dichos criterios éticos pueden predecir en que nivel las organizaciones influirán en sus trabajadores el síndrome de burnout.

En este modelo la variable considerada como central es el apoyo social, ya que es posible influir sobre las diversas disfunciones que se desarrollan en cualquier estructura organizacional.

Figura 2.7 Modelo de Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1997)



Fuente: Gil-Monte, Peiró y Valcarcel, 1995, citado en Mansillas, 2010.

Los autores Gil-Monte, Peiró y Valcarcel crearon un modelo estructural sobre el origen, proceso y consecuencias del síndrome de burnout. Este síndrome se caracteriza como una respuesta al estrés laboral, que se genera cuando las estrategias para afrontarlo no son efectivas para reducirlo.

En la siguiente tabla se presentan los conceptos de los modelos teóricos.

Tabla 2.3 Conceptos de los modelos teóricos del Burnout.

Teorías sociocognitivas del yo	Consideran que el conocimiento de las personas influye en los que estos hacen y perciben, y tal conocimiento puede modificarse por las consecuencias que observan en los demás como efecto de sus acciones. El grado de seguridad que una persona posea establecerá el empeño para alcanzar objetivos, así como la facilidad o dificultad para alcanzarlos, como también determinara algunos síntomas emocionales como la depresión y el estrés (Rodríguez, et al., 2011).
Teorías del intercambio social	En los modelos del intercambio social el burnout tiene su origen en la falta de equidad que perciben las personas al desarrollar un proceso de comparación en sus relaciones interpersonales. La falta de apoyo social es crítico para el desarrollo del burnout cuando dichas personas perciben que dan más de los que reciben (Gil-Monte, 2001).
Teorías organizacionales	Algunas de las variables que se caracterizan por destacar la importancia de los estresores dentro de la organización y de las estrategias de afrontamiento que se utilizan ante el síndrome del burnout son: la falta de salud organizacional, la cultura, las disfunciones del rol, y el clima organizacional, entre otras (Rodríguez, et al., 2011).
Teoría Estructural	En estos modelos para explicar el origen del síndrome del burnout toman en cuenta los antecedentes personales, interpersonales y de la organización de una forma más completa. Su característica principal es que están basados en los modelos transaccionales, estos modelos describen que el estrés es el resultado de la falta de equilibrio de la percepción entre la capacidad de respuesta de la persona y las demandas de esta (Mansillas, 2010).

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla anterior se describen los conceptos de las cuatro teorías, según algunos estudiosos del tema.

2.4 Estudios relacionados

El llamado Síndrome de Burnout en médicos de la atención primaria ha sido objeto de numerosos estudios en los últimos años. (Esparza, Guerra y Martínez 1995; Figueroa, Gutiérrez, Hernández y Setien 1997; Esparza y cols. 1995; Arellano y Navarrete 1999 y Rozas 2000, citado en Sandoval, González, Sanhueza, Borjas y Odgers, 2005).

La tabla 6, nos muestra algunos estudios realizados sobre el Burnout en diferentes países, así como algunos estudios realizados en el país.

Tabla 2.4 Estudios sobre Burnout

Autor/Año	Estudios	Muestra (N)	Lugar
Ordenes, 2004	Estudio sobre burnout en profesionales del hospital Roberto del Rio. Se encontró que el 69% de los profesionales tenían o estaban en riesgo de desarrollar el síndrome, donde el 80% de la muestra era del sexo femenino.	250	Chile
Soares et al., 2007	Estudio sobre el burnout asociado con factores demográficos, socioeconómicos, laborales, de estilo de vida y salud en mujeres.	3,591	Noruega
Hernández, Juárez, Hernández y Ramírez, 2005	Estudio sobre el nivel de burnout en el personal de enfermería del IMSS en el D.F. Se reportó que el 67% de las enfermeras reportaban burnout en nivel medio, en el nivel bajo el 17% y en el nivel alto se reportaron 14%.	109	México, D.F.

<p>Martínez y López, 2005</p>	<p>Estudio de una muestra de enfermeras y enfermeros de la CD. de México que asistieron a eventos científicos. Se reportó que los hombres mostraban mayor propensión a presentar manifestaciones de burnout que las mujeres.</p>	<p>551 mujeres 71 hombres</p>	<p>C.D. de México</p>
<p>Cabrera, López, Salinas, Ochoa, Marín y Haro, 2005</p>	<p>Estudio sobre el burnout en enfermeras de un hospital de especialidades. Se observó que el 39% mostraban datos compatibles con el síndrome de burnout, utilizando un cuestionario de 35 reactivos propuesto por Cyberia Shink.</p>	<p>236</p>	<p>Guanajuato, México</p>
<p>Barraza, Carrasco y Arreola, 2007</p>	<p>Estudio sobre burnout en médicos y profesores de la Cd. de Durango. En el agotamiento emocional los profesores reportaron un 22% y los médicos un 31%, ambos porcentajes se ubican en el nivel leve de burnout. En la despersonalización ambos profesionales reportan una presencia de 25% ubicada en el nivel leve de burnout. Y en la baja realización personal los profesores reportaron un 19% y los médicos un 16%, ambos ubicados en un nivel leve de burnout.</p>	<p>85 Médicos 108 Profesores</p>	<p>Durango, México</p>
<p>Arias y Fernández, 2008</p>	<p>Estudio sobre el agotamiento profesional asociado a factores organizacionales en personal de enfermería. Se encontraron diferencias significativas entre el personal de base y eventual en cuanto a las variables como desgaste emocional, salud, compromiso, satisfacción con la vida y satisfacción con los compañeros. Se encontró que el personal con mayor antigüedad de 6 a 10</p>	<p>176</p>	<p>Edo. De México</p>

	años reporta mayor desgaste emocional y carencia de logro.		
Arias y González, 2008	Estudio sobre el agotamiento emocional en personal de educación. No se identificaron diferencias significativas entre el nivel educativo y las tres subescalas del desgaste emocional.	374	Edo. De Morelos
Mendoza y López, 2008	Estudio sobre el desgaste profesional de trabajadores de una institución pública de salud en México, D.F. El cansancio emocional fue impactado de forma inversa significativa por las variables género, estado civil, nivel de estudios y antigüedad en el puesto, mientras que la edad impacto de forma discreta significativa. La despersonalización fue impactada de forma inversa significativa por las variables de número de hijos, antigüedad, categoría y código presupuestal, mientras que le género y la antigüedad impactaron de forma directa significativa.	199	México, D.F.
González y Arias, 2009	Estudio para desarrollar un modelo estructural sobre el agotamiento profesional y la salud física percibida en personal de educación. Los resultados demostraron que la presencia del agotamiento emocional y el sentimiento de carencia de logros reducen la salud física. La falta de apoyo por parte de la organización y sentirse desgastado emocionalmente afectan la satisfacción laboral. El apoyo de los compañeros reduce los problemas de salud física.	374	Edo. de Morelos
Mendoza, García, Avelar-García, 2010	Estudio sobre el síndrome del quemado por el trabajo en	107	Ensenada, B.C., México

	<p>trabajadores de un hospital militar en B.C. El 14% del personal mostro altos niveles de burnout, en primer término se encontró a la culpa, en segundo lugar a la ilusión por el trabajo, en tercer lugar a la indolencia y el cuarto lugar el desgaste psíquico.</p>		
--	--	--	--

Fuente: Elaboración Propia, a partir de Mendoza et al., 2010 y Mendoza, Escobar y García, 2011.

La tabla anterior nos muestra algunos estudios que se han realizado en los últimos años relacionados con el Burnout así como los resultados más importantes.

2.5 Liderazgo

En la actualidad los autores Bass y Avolio son los creadores de un modelo de liderazgo que reconoce las exigencias de este siglo, sus investigaciones teóricas con evidencias empíricas generaron una teoría sólida alrededor del mundo.

Dicho modelo de liderazgo transformacional y transaccional responde a los enfoques administrativos más nuevos como: el cambio, la planeación estratégica, la innovación organizacional, la calidad, entre otros (Mendoza, 2006).

La teoría de liderazgo transformacional es la más importante de las teorías contemporáneas según Burns (1978), quien planteo los conceptos del liderazgo transaccional y transformacional. El liderazgo transaccional implica un intercambio en la relación líder y seguidor, mientras que el liderazgo transformacional incluye la motivación del seguidor (Mendoza, et al., 2011).

El modelo completo de (Bass y Avolio, 1997), se compone de trece sub escalas que pertenecen a conductas que presentan los lideres: seis pertenecen al Liderazgo transformacional: 1. Influencia idealizada (atributos), 2. Influencia

idealizada (conducta), 3. Inspiración motivacional, 4. Estimulación intelectual, 5. Consideración individual y 6. Tolerancia psicológica, tres sub escalas pertenecen al Liderazgo transaccional: 7. Premio contingente, 8. Administración por excepción activo y 9. Administración por excepción pasivo, una sub escala pertenece al No liderazgo: 10. Laissez faire, y para la evaluación de las sub escalas transformacionales y transaccionales de los líderes y seguidores de agregaron tres variables de resultado: 11. Satisfacción, 12. Esfuerzo extra y 13. Efectividad (Mendoza, et al., 2011).

2.6 Definiciones de Liderazgo

No existe hasta el momento una definición específica y ampliamente aceptada respecto del liderazgo, la mayor parte de las corrientes de investigación acuerdan que éste puede ser definido como un proceso natural de influencia que ocurre entre una persona el líder y sus seguidores (Castro y Lupano, 2007, p.7).

A continuación se muestran algunas definiciones de liderazgo en la tabla 7:

Tabla 2.5 Definiciones de Liderazgo

Autor y año	Concepto
Hersey y Blanchard, 1982	El liderazgo eficaz depende de la madurez o el desarrollo de los colaboradores, la conducta del líder se centra en la relación o en la tarea, dando lugar a cuatro estilos: ordenar, persuadir, participar y delegar.
Bass, 1990	El liderazgo es un proceso de interacción entre dos o mas personas que normalmente implica estructurar o reestructurar la situación, percepciones y expectativas, siendo el líder un agente de cambio, dándose el liderazgo cuando un miembro del grupo modifica la motivación o

	competencias de los otros miembros del grupo.
Lord y Maher, 1991	Sostienen que el liderazgo es fundamentalmente un proceso atributivo resultado de un proceso de percepción social, siendo la esencia del mismo el ser percibido como líder por los otros.
Yulk, 2002	El liderazgo es el proceso de influir en otros para que entiendan y estén de acuerdo acerca de las necesidades que se deben atender y como hacerlo de forma efectiva, y el proceso de facilitar esfuerzos individuales y colectivos para alcanzar objetivos compartidos.
Gil y Alcover, 2003	El líder es un gestor de significados, definiendo la realidad organizacional e identificando lo que es importante para los miembros. Así, el arte de liderar consistirá en influir en la interpretación que los demás hagan de la situación.

Fuente: Elaboración propia, a partir de Aguilar, Rodríguez, Salanova, 2005.

2.6.1 Liderazgo Transaccional

El liderazgo transaccional se basa en un acuerdo líder-seguidor en el cual las dos partes cubren sus necesidades. Este liderazgo se basa en recompensa contingente y dirección por excepción (Bass y Avolio, 1994 citado en Vega y Zavala, 2004).

2.6.2 Liderazgo Transformacional

Según la teoría del Liderazgo Transformacional, éste consiste en un “Rango Total de Comportamiento”. Esto significa que incluye conductas clasificadas como transformacionales, transaccionales, y laissez-faire, así, el líder transformacional puede desarrollar cualquiera de ellas, según lo requiera el contexto (Vega y Zavala, 2004).

Este liderazgo es un proceso que se da entre la relación líder-seguidor, siendo su característica principal ser carismático, con el fin de que los seguidores lo imiten. Este es un líder que motiva, inspira su desarrollo, y les ofrece una guía y soporte (Bass y Avolio, 1994 citado en Vega y Zavala, 2004).

2.6.3 No Liderazgo o laissez-faire y Variables de Resultado

En el liderazgo Laissez-Faire el líder evita influenciar a sus seguidores, evade responsabilidades, ya que no confía en sus habilidades de líder, deja la responsabilidad a sus subordinados sin poner objetivos claros, ni apoya a sus seguidores en la toma de decisiones (Bradford y Lippitt, 1945, en Bass, 1990). En general, evita realizar funciones de supervisión, realizando trabajo de producción, es decir, no diferencia su rol del rol del empleado (Katz, Maccoby, Gurin, y Floor, 1951, en Bass, 1990 citado en Vega y Zavala, 2004).

Las variables de resultado son: la satisfacción, los líderes con sus acciones motivan el grupo de trabajo, los subordinados se sienten seguros con las decisiones que toma el líder y se brinda un buen clima organizacional; el esfuerzo extra, las acciones del líder estimulan una mayor participación en el día a día; y la efectividad, el líder ayuda a que se cumplan las metas participando de forma conjunta para alcanzar lo programado (Mendoza, 2005).

2.7 Teorías y modelos sobre el Liderazgo

Existen muchas teorías que se han desarrollado a través de los años que abordan el análisis del liderazgo, sin embargo en el presente estudio se describen 6 de las teorías más destacadas.

Teoría de las características.

Las teorías de las características se basan en, atributos de la personalidad, sociales, físicos e intelectuales que describen a los líderes y los diferencian de quienes no lo son.

En 20 investigaciones realizadas a fines de los '70 se identificaron 80 rasgos del liderazgo, de los cuales cinco eran comunes en cuatro o más investigaciones. Después de la década de los '90 los investigadores empezaron a organizar las características más comunes en el marco de los cinco grandes, dejando en claro que la mayoría de las características o rasgos de las investigaciones anteriores se podían clasificar en alguno de las cinco grandes áreas, brindando como resultado un índice de predicción de liderazgo (Robbins y Judge, 2009).

El modelo de los cinco grandes se divide en:

Tabla 2.6 Modelo de los cinco grandes.

Extroversión	Describe la personalidad de alguien sociable, gregario y asertivo.
Adaptabilidad	Describe la personalidad de alguien de buen talante, cooperativo y confiado.
Meticulosidad	Describe la personalidad de alguien que es responsable, confiable, persistente y organizado.
Estabilidad Emocional	Describe la personalidad de alguien como tranquilo, con confianza en sí mismo, seguro.
Apertura a las experiencias	Describe la personalidad de alguien en términos de su capacidad de imaginación,

	sensibilidad y curiosidad.
--	----------------------------

Fuente: Elaboración propia, basado en Robbins y Judge, 2009.

Las características ayudan a predecir el liderazgo, ya que son los mejores indicadores para el nacimiento de un líder, pero el hecho de que una persona cuente con las características no significa necesariamente que tenga éxito (Robbins y Judge, 2009).

Teorías basadas en el comportamiento.

Los investigadores a finales de los años '60 empezaron a observar los comportamientos de algunos líderes específicos.

La diferencia básica entre las teorías de las características y las teorías conductistas era que la primera daba por sentado que los líderes nacen no se hacen, y la segunda dice que si existieran comportamientos concretos que identificara a los líderes, entonces el liderazgo podría enseñarse.

- Estudios de la Ohio State University

En Ohio se inició con la más profunda y comprobada de las teorías conductistas en la década de los '40. Los estudiosos buscaban conocer e identificar dimensiones independientes del comportamiento de los líderes, lo que los llevó a identificar más de mil menciones que con el tiempo se redujeron a solo dos dimensiones que agrupaban los principales comportamientos de liderazgo descritos por los empleados, dándoles el nombre de: Estructura de iniciación y Consideración.

La estructura de iniciación es el grado en que es probable que un líder defina y estructure su rol y el de sus subordinados en busca del logro de las metas, y la consideración es el grado en que es probable que un líder tenga relaciones de trabajo caracterizadas por la confianza mutua, respeto por las ideas de los subordinados y tome en cuenta sus sentimientos.

Posteriormente una revisión de 160 estudios mostro que la estructura de iniciación como la consideración estaba ligada con el liderazgo eficaz, específicamente la consideración, ya que tenía una mejor relación con el individuo.

En conclusión, los seguidores de líderes con calificación alta en consideración estaban más satisfechos y motivados en sus trabajos, en cambio la estructura de iniciación tiene más relación con la productividad.

- Estudios de la University of Michigan

Estos estudios se realizaron casi a la par de los de Ohio en la University of Michigan's Survey Research Center, teniendo objetivos similares, llegando también a identificar dos dimensiones del comportamiento del liderazgo, las cuales denominaron: Orientado al empleado y Orientado a la tarea.

Orientado al empleado hace énfasis en las relaciones interpersonales; adopta un interés personal en las necesidades de los empleados y acepta las diferencias individuales entre los miembros y orientado a la tarea hace énfasis en los aspectos técnicos o tareas del proyecto.

El liderazgo orientado al empleado es similar a la consideración (Ohio) y el orientado a la tarea es similar a la estructura de iniciación (Ohio). En realidad, la mayor parte de los investigadores del liderazgo utilizan estos términos como sinónimos.

Las conclusiones acerca de este estudio fueron que los líderes orientados a los empleados tenían una productividad más alta y mayor satisfacción del trabajo, mientras que los líderes orientados a la tarea tenían una productividad más baja y menor satisfacción en el trabajo (Robbins y Judge, 2009).

Teorías situacionales

Las teorías basadas en este enfoque describen que diferentes patrones de conducta pueden ser buenos en diferentes situaciones, pero que una misma conducta no es la mejor para todas las situaciones.

Algunas teorías situacionales:

Tabla 2.7 Teoría situacionales.

Teoría de la contingencia	Su creador es Fiedler (1967, 1978). La teoría sostiene que existen tres variables situacionales que influyen en el hecho de poder lograr un liderazgo efectivo. Dichas variables son: las relaciones entre el líder y los seguidores, la estructura de tareas, el poder ejercido por el líder.
Teoría de las metas	Su creador Evans y House (1971). Sostiene que los líderes son capaces de motivar a sus seguidores convenciéndolos de que mediante la realización de un considerable esfuerzo se pueden lograr resultados valiosos. Los líderes por lo tanto, tendrían la capacidad de guiar a sus subordinados hacia la consecución de estas metas.
Teoría de los sustitutos del liderazgo	Kerry y Jermier (1978). Postulan que existen determinados factores contextuales que hacen que, en algunas situaciones, el liderazgo resulte innecesario. Algunos de estos factores son: experiencia y capacidad de los subordinados, claridad de las tareas o estructuración de la organización. Estos factores funcionan como neutralizadores del liderazgo, convirtiéndolo en prescindible.
Teoría de la decisión normativa	Vroom y Yetton (1973). Proponen diferentes procedimientos para tomar decisiones que pueden derivar en instrucciones efectivas según el contexto en el que se desarrollen. Algunos de esos procedimientos son: decisiones autocráticas del líder, decisiones autocráticas posteriores a recolectar información adicional, consultas individuales, consultas con el grupo, decisiones grupales.
Teoría de los recursos cognitivos	Fiedler y Garcia (1987). Examinan la posibilidad de que determinadas variables situacionales como el estrés interpersonal, el apoyo grupal y la complejidad de las tareas, influyen en el hecho de que algunos recursos cognitivos (inteligencia,

	experiencia, pericia técnica) afecten el desempeño del grupo.
Teoría del intercambio: líder-ambiente-seguidor	Wofford (1982). Los efectos de la conducta del líder sobre el desempeño de los subordinados están mediatizados por cuatro variables: habilidad para realizar las tareas, motivación hacia las tareas, roles claros y apropiados, y presencia o ausencia de limitaciones ambientales.

Fuente: Elaboración propia, basado en Aguirre y Villarreal, 2012.

Estas teorías situacionales tienen algunas restricciones, ya que son muy generales, lo que resulta difícil probarlas empíricamente (Castro y Lupano, 2007).

Teoría de los roles.

Henry Mintzberg es el principal investigador de este enfoque, él proporciono las bases para desarrollar dicha teoría.

Esta teoría describe que los líderes deben conducirse de determinada forma, desempeñando ciertos roles en cada situación para poder ser considerados efectivos.

Según Losilla, 2010, los lideres deben mantener un enlace con el entorno exterior y mantener también la obligación de desempeñar un rol de representación, dentro de la organización deben desempeñar roles para motivar a los empleados, y coordinar y resolver conflictos.

Los roles se clasifican en dos dimensiones: roles de tarea y roles socio-afectivos. Se puede describir como un método que combina los métodos de la personalidad y los del comportamiento, sin olvidar la teoría situacional.

Esta teoría dice que los líderes de los altos niveles son los que representan a la organización y son los que los enlazan con el mercado y la sociedad.

En cambio en los niveles mas bajos la relación es más directa, y se encuentran roles más socio afectivos, es decir es mucho más cercana entre líder y equipo, aplicando la motivación, la coordinación y resolución de problemas para que sea efectivo el liderazgo (Losilla, 2010).

Teorías emergentes.

Los autores relacionados con estas teorías son: Robert House; Warren Bennis; Conger y Kanungo; Burns; Bennis y Nanus; Tickhy y Devanna; Bass y Avolio.

Dichas teorías se describen a continuación:

Tabla 2.8 Teorías emergentes.

Teoría	Descripción
De los atributos o cualitativas	Actitudes de los líderes de cada situación en particular, esta basada en el comportamiento de sus seguidores.
Liderazgo carismático	Se cree que los líderes nacen con ciertas características que los identifican.
Transaccional	Esta basada en la transacción de que el seguidor haga algo a cambio de recibir algo, defiende que algunos líderes pueden desarrollar la capacidad de inspirar a sus seguidores.
Transformacional	Le da mucha importancia a la conducta humana y a las relaciones sociales tanto del líder como del seguidor, considerando que la motivación logra resultados de alto desempeño.

Fuente: Elaboración propia, basada en Losilla, 2010.

Teoría del modelo de liderazgo de rango total.

Bass y Avolio, (1994), citado en Vega y Zavala, (2004), describen que el liderazgo transformacional se define por ser carismático, es decir por la relación líder-seguidor, ya que los seguidores desean imitar al líder, de tal forma que el líder los inspira, los motiva a través de desafíos dándoles significado y entendimiento, considerándolos a cada uno individualmente y brindándoles una guía y entrenamiento.

En cambio describen a liderazgo transaccional como aquel en donde el seguidor realiza sus tareas a cambio de la recompensa que ofrezca el líder, es decir por medio de una transacción, mismo que esta constituido por Recompensa contingente y Dirección por excepción.

En base a estos conceptos, dichos autores desarrollaron el Modelo de Liderazgo de Rango Total, apoyados en que si bien estos son dos conceptos separados del liderazgo, el liderazgo transformacional es una expansión del liderazgo transaccional.

Es decir el liderazgo transformacional integra el liderazgo transaccional, incluyendo el liderazgo Laissez- Faire y esta conformado por tres dimensiones: La dimensión de Actividad (activo-pasivo), apoyando para aclarar el estilo de liderazgo; la dimensión de Efectividad (efectivo-inefectivo), representando la huella del estilo de liderazgo en el desempeño; y la dimensión de Frecuencia, representando que tan frecuentemente una persona desarrolla un estilo de liderazgo (Vega y Zavala, 2004).

2.8 Estudios relacionados

Existen más de 7500 investigaciones sobre el Liderazgo que iniciaron a principios del siglo XX, mismos que fueron realizados en su mayoría en Estados Unidos.

Además de un gran número de estudios realizados en otros lugares pero influenciados por modelos y métodos que se utilizan en Estados Unidos (Zander, 1997 citado en Mendoza, et al., 2011).

A principios del siglo XX, la mayoría de los estudios sobre liderazgo se basaban en la “Teoría del gran hombre”, dicha teoría estudiaba los grandes hombres de la historia y el resultado fue una larga lista de características, como inteligencia, carisma, determinación, entre muchos otros, asegurando que los grandes líderes nacían, no se hacían.

En los años 40’s diversas investigaciones describieron que no existía un grupo de características que definieran universalmente al liderazgo, concluyendo que las habilidades y características de cada líder es determinada por una situación específica.

En los años 50’s diferentes estudios realizados en Estados Unidos demostraron que ciertos roles de comportamiento eran más eficaces que otros.

Todo esto dio inicio a investigaciones que dieron paso a todas las teorías y modelos que se conocen hasta el día de hoy y que se describieron anteriormente como: Teorías de las características, del comportamiento, situacionales, de contingencia, emergentes, entre otras.

2.9 Liderazgo y Burnout

Existen pruebas de que el liderazgo esta relacionado con el agotamiento emocional de los subordinados, como se muestra en algunos estudios en la siguiente tabla:

Tabla 2.9 Estudios sobre la relación del liderazgo y el burnout

Autor y año	Estudio
-------------	---------

Seltzer y Numerof, 1988	Encontraron que la consideración del supervisor se relacionaba inversamente a los niveles de burnout de los subalternos y que el grado en que entregaban estructura en la tarea tenía una relación curvilínea, siendo necesarios niveles moderados de dirección.
Kanste y Cols, 2007	Trabajando con enfermeras, han encontrado que comportamientos asociados a liderazgo transformacional y transaccional son factores protectores, siendo el liderazgo de tipo laissez-faire un factor de riesgo.
Gates, 2009	Trabajando con terapeutas dedicados a la atención domiciliaría, encontró que la observación de que el tipo de liderazgo puede afectar la satisfacción e intención de retirarse del trabajo y que existirían diversos niveles de influencia en función de tipos de jornada, antigüedad, edad y percepción sobre los ingresos.
Nielsen y Munir, 2009	Señalan que factores como la autoeficacia de los seguidores puede ser un factor interviniente que modera los efectos del tipo de liderazgo recibido por los subalternos.
Hoogh y Den Hartog, 2009	Encontraron evidencia del rol de un bajo nivel de neuroticismo y la percepción de locus de control interno como factores que potencian la influencia de liderazgo carismático.

Fuente: Elaboración propia basado en Pucheu, 2010.

Capítulo III

Metodología

3.1 Objetivos, preguntas de investigación e hipótesis

Objetivo General.

Correlacionar el liderazgo transformacional de los directivos de la Jurisdicción de Servicios de Salud de Ensenada, B. C. (desde el modelo de Bass y Avolio), con el burnout de su personal médico y de enfermería (desde el modelo de Maslach).

Objetivo 1: Correlacionar las sub escalas de burnout (agotamiento emocional, despersonalización, y baja realización personal) que perciben los empleados de la Jurisdicción de Servicios de Salud de Ensenada.

Objetivo 2: Correlacionar las sub escalas de liderazgo (transformacional, transaccional, no liderazgo) que perciben los empleados de la Jurisdicción de Servicios de Salud de Ensenada.

Objetivo 3: Conocer si existe correlación entre las sub escalas de liderazgo y las sub escalas de burnout.

Objetivo 4: Caracterizar el perfil socio demográfico y organizacional de los empleados de la Jurisdicción de Servicios de Salud de Ensenada.

Preguntas de investigación.

¿Existe una correlación inversa significativa entre las sub escalas de burnout en los empleados de la Jurisdicción de Servicios de Salud de Ensenada?

¿Existe una correlación inversa significativa entre las sub escalas de liderazgo en la percepción de los empleados de la Jurisdicción de Servicios de Salud de Ensenada?

¿Existe una correlación inversa significativa entre las sub escalas del liderazgo y las sub escalas de burnout en los empleados de la Jurisdicción de Servicios de Salud de Ensenada?

Hipótesis

El liderazgo de los directivos de la Jurisdicción de Servicios de Salud de Ensenada tiene correlación inversa y estadísticamente significativa con el burnout.

Ho. 1: Existen correlaciones inversas no significativas entre las sub escalas de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

Ho. 2: Existen correlaciones inversas no significativas entre las sub escalas de liderazgo transformacional, liderazgo transaccional y variables de resultado, mientras que las correlaciones de todas ellas, con el laissez faire son positivas no significativas.

Ho. 3: No existe una correlación directa significativa entre las sub escalas del liderazgo transformacional, transaccional y variables de resultado, con las sub escalas de burnout como son el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal, mientras que las correlaciones entre el laissez faire con todas las sub escalas de burnout son negativas.

3.1.1 Matriz de congruencia

Para explicar de forma clara la relación que tienen los elementos del planteamiento del problema, objetivos, preguntas de investigación e hipótesis se presenta a continuación la Tabla 3.1

Tabla 3.1 Relación entre objetivos, preguntas de investigación e hipótesis

Objetivo General	Objetivos Particulares	Preguntas de Investigación	Hipótesis General	Hipótesis
Correlacionar el liderazgo transformacional de los directivos de la Jurisdicción de Servicios de Salud de Ensenada, B. C. (desde el modelo de Bass y Avolio), con el burnout de su personal médico y de enfermería (desde el modelo de Maslach).	<p>Objetivo 1: Correlacionar las sub escalas de burnout (agotamiento emocional, despersonalización, y baja realización personal) que perciben los empleados de la Jurisdicción de Servicios de Salud de Ensenada.</p> <p>Objetivo 2: Correlacionar las sub escalas de liderazgo (transformacional, transaccional, no liderazgo) que perciben los empleados de la Jurisdicción de Servicios de Salud de Ensenada.</p> <p>Objetivo 3: Conocer si existe correlación entre las sub escalas</p>	<p>¿Existe una correlación inversa significativa entre las sub escalas de burnout en los empleados de la Jurisdicción de Servicios de Salud de Ensenada?</p> <p>¿Existe una correlación inversa significativa entre las sub escalas de liderazgo en la percepción de los empleados de la Jurisdicción de Servicios de Salud de Ensenada?</p> <p>¿Existe una correlación inversa significativa entre las sub escalas del liderazgo y las sub escalas de burnout en los empleados de la Jurisdicción</p>	El liderazgo de los directivos de la Jurisdicción de Servicios de Salud de Ensenada tiene correlación inversa y estadísticamente significativa con el burnout.	<p>Ho. 1: Existen correlaciones inversas no significativas entre las sub escalas de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.</p> <p>Ho. 2: Existen correlaciones inversas no significativas entre las sub escalas de liderazgo transformacional, liderazgo transaccional y variables de resultado, mientras que las correlaciones de todas ellas, con el laissez faire son positivas no significativas.</p> <p>Ho. 3: No existe una correlación directa significativa entre las sub escalas del liderazgo transformacional, transaccional y variables de resultado, con las sub escalas de burnout como son el agotamiento</p>

	de liderazgo y las sub escalas de burnout. Objetivo 4: Caracterizar el perfil socio demográfico y organizacional de los empleados de la Jurisdicción de Servicios de Salud de Ensenada.	de Servicios de Salud de Ensenada?		emocional, la despersonalización y la baja realización personal, mientras que las correlaciones entre el laissez faire con todas las sub escalas de burnout son negativas.
--	---	------------------------------------	--	--

Fuente: Elaboración propia.

3.1.2 Tipo de estudio

El diseño de investigación del presente estudio es de tipo no experimental, ya que solo se observa el fenómeno sin intervenir, manipular, o controlar las variables de estudio, es transversal ya que se mide una sola vez en un periodo determinado y es correlacional, ya que se busca encontrar si existe relación entre las variables involucradas.

3.2 Variables

3.2.1 Variable independiente

La variable independiente es el liderazgo, sus dimensiones son el liderazgo transformacional, transaccional, laissez faire y las variables de resultados, divididas en trece indicadores.

3.2.2 Variable dependiente

La variable dependiente es el burnout, sus dimensiones son el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal, divididas en nueve indicadores.

3.2.3 Operacionalización de las variables

Tabla 3.2 Operacionalización de las variables.

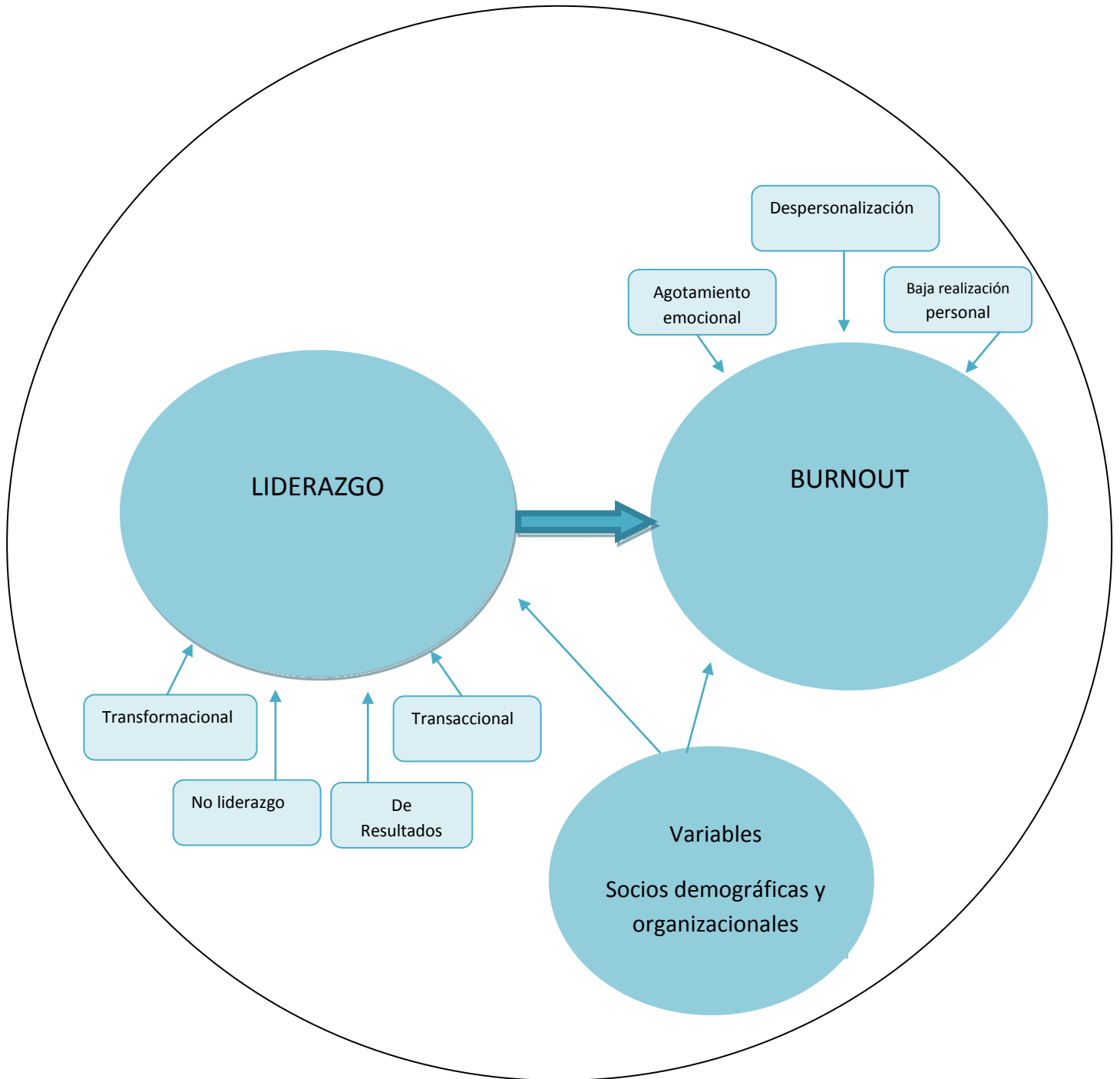
Variables	Dimensiones	Indicadores	Ítem	Escala
	Agotamiento emocional	Sobrecarga de trabajo Cansancio Desanimio	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	Likert 0)Nunca 1)Algunas veces 2)Frecuentemente 3)Muy frecuentemente 4)Siempre
BURNOUT	Despersonalización	Insensibilidad Falta de empatía Culpabilidad	5, 10, 11, 15, 22	Likert 0)Nunca 1)Algunas veces 2)Frecuentemente 3)Muy frecuentemente 4)Siempre
	Baja realización Personal	Motivación Sentido de logro Eficiencia	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	Likert 0)Nunca 1)Algunas veces 2)Frecuentemente 3)Muy frecuentemente 4)Siempre
		Carisma Atributo Carisma Conducta	23,24,25,26, 27,28,29,30,	Likert 0)Nunca

	Transformacional	Inspiración motivacional Estimulación intelectual Consideración individualizada Tolerancia Psicológica	31,32,33,34 35,36,37,38, 39,40,41,42, 43,44,45,46,	1)Algunas veces 2)Frecuentemente 3)Muy frecuentemente 4)Siempre
LIDERAZGO	Transaccional	Premio contingente Administración por excepción activo Administración por excepción pasivo	47,48,49,50, 51,52,53,54, 55,56,57,58,	Likert 0)Nunca 1)Algunas veces 2)Frecuentemente 3)Muy frecuentemente 4)Siempre
	No liderazgo	Laissez-Faire	59,60,61,62,	Likert 0)Nunca 1)Algunas veces 2)Frecuentemente 3)Muy frecuentemente 4)Siempre
	De resultado	Satisfacción Esfuerzo extra Eficacia y efectividad	63,64,65,66, 67,68,69,70 71,72,73,74	Likert 0)Nunca 1)Algunas veces 2)Frecuentemente 3)Muy

				frecuentemente 4)Siempre
--	--	--	--	-----------------------------

Fuente: Elaboración propia, basado en Mendoza, 2005.

3.3 Modelo Ex Ante



Fuente: Elaboración propia.

3.4 Población

La población del área médica o de salud de la Jurisdicción de Servicios de Salud de Ensenada es de 245 empleados, se aplicaron 120 cuestionarios de los cuales se descartaron los que no se contestaron por completo quedando una muestra de 102 médicos y enfermeras.

3.5 Instrumentos

Todos los datos fueron recogidos mediante la aplicación de dos instrumentos de medición: el Maslach Burnout Inventory, para medir el Burnout y el Multifactor Leadership Questionnaire Versión 5 “Visto por otros” adaptación de Mendoza, 2005, para medir el liderazgo, además se agregaron 19 preguntas sobre el perfil socio demográfico y organizacional.

3.5.1 Instrumento (MBI) Maslach Burnout Inventory

Maslach y Jackson (1981-1986) dividieron sus estudios en dos etapas, en la primera elaboraron el concepto de burnout al aplicarlo a un grupo de profesionales del área de servicios humanos, utilizando un sistema de medición, al cual llamaron Maslach Burnout Inventory (MBI). Gil-Monte (2002), valido este instrumento realizando la traducción al castellano.

Los creadores de este instrumento consideran al burnout un constructo tridimensional y por ello lo dividieron en tres sub escalas: agotamiento emocional, despersonalización y la baja realización, el MBI es un cuestionario autoadministrado de 22 ítems del cual se obtienen respuestas sobre sus sentimientos, emociones, conductas y pensamientos relacionadas a su trabajo.

Este instrumento ha sido aplicado a varias profesiones alcanzando alta fiabilidad y alta validez sobre las tres sub escalas, alcanzando valores de fiabilidad de Cronbach aceptables con una consistencia interna de 0.80 y la validez convergente y la discriminante han sido adecuadas. Respecto a la fiabilidad por factores se obtuvieron valores de 0.90 para el agotamiento personal, 0.79 para la despersonalización y 0.71 para la baja realización personal (Martínez, 2010).

El MBI ha sido aplicado en Chile en la gran mayoría de los estudios sobre burnout, Buzetti (2005), reporta un coeficiente Alpha de Cronbach de 0.89 para el instrumento en sus tres sub escalas, en una escala de Likert (Pucheu, 2010).

3.5.2 Instrumento (MLQ Versión 5 “Visto por otros”) Multifactor Leadership Questionnaire, de Bass y Avolio

La traducción literal al español de este instrumento es Cuestionario Multifactorial de Liderazgo y fue elaborado por Bernard Bass y Bruce Avolio, el MLQ ha sido aplicado en organizaciones públicas y privadas, en varios países y en diferentes idiomas. Este instrumento fue adaptado para México por Alejandro Mendoza Martínez (2005), el MLQ en la versión 5 esta compuesta por 45 ítems para evaluar los estilos de liderazgo transformacional, transaccional, no liderazgo y las variables de resultado: satisfacción, esfuerzo extra y efectividad.

Este instrumento cuenta con dos versiones, el primero es “Visto por uno mismo” el cual esta elaborado para jefes o lideres, es un auto reporte donde se cada líder se identifica con una afirmación; y el segundo “Visto por otros” esta dirigido a los subordinados o seguidores, donde estos identifican las conductas de sus jefes en cada pregunta. Las dos versiones están redactadas en escala de Likert (Mendoza, 2005).

A continuación se muestra el modelo elaborado por Bass y Avolio con sus trece sub escalas:

Figura 3.1 Modelo de Liderazgo Transformacional y Transaccional de Bass y Avolio

Modelo de Liderazgo Transformacional y Transaccional de Bass y Avolio												
Líder Transformacional						Líder Transaccional			No Liderazgo	Variables de Resultado		
Carisma		Inspirador Motivacional	Estimulación Intelectual	Consideración Individual	Tolerancia psicológica	Premio Contingente	Admon. X Excepción Activo	Admon. X Excepción Pasivo	Laissez - Faire	Satisfacción	Esfuerzo Extra	Efectividad
Atributos	Conducta											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Fuente: Mendoza, 2005.

Vega y Zavala (2004) obtuvieron un coeficiente Alpha de Cronbach de 0.97, de la versión 5, la cual fue adaptada en Chile por los autores, elaborando también evaluaciones de validez del instrumento (Pucheu, 2010).

3.5.3 Aplicación del instrumento

Todos los cuestionarios se aplicaron con la autorización del Jefe de la Jurisdicción de Servicios de Salud de Ensenada, Dr. Víctor Manuel King García, en los Centros de Salud, los cuales fueron aplicados en su mayoría uno a uno y en dos cursos realizados en dicha institución a los médicos y enfermeras. Se les entregó el cuestionario dando explicación personalizada de la forma de llenado y contestando a sus preguntas.

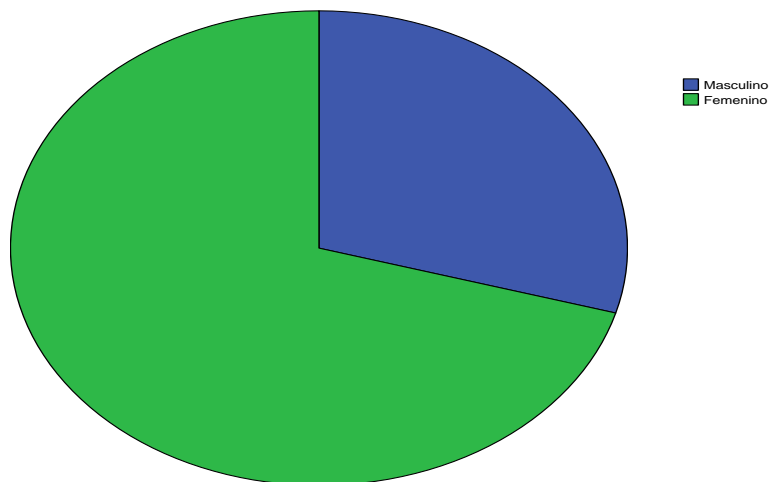
Capítulo IV

Resultados

4.1 Descripción de la muestra

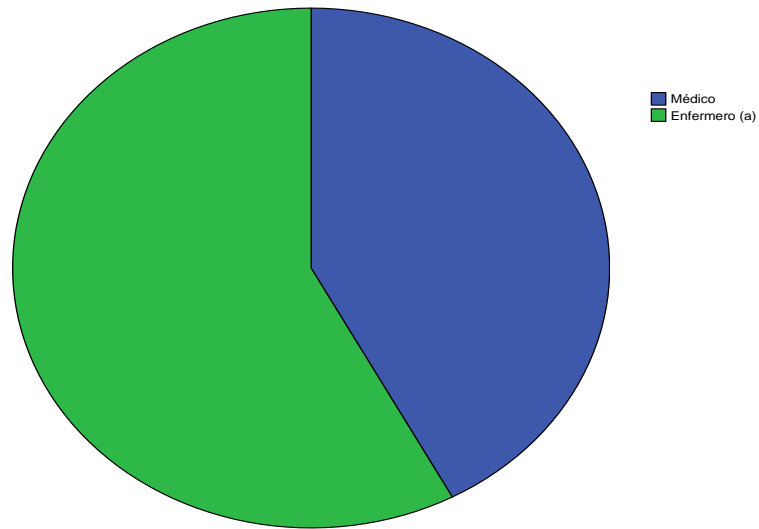
La presente investigación se llevó a cabo en la Jurisdicción de Servicios de Salud de Ensenada, B.C., México, organismo descentralizado del Gobierno del Estado dedicado a la administración y protección de la salud de los ciudadanos a través del monitoreo y contención de riesgos sanitarios, la prevención de enfermedades y la atención médica correspondiente a través de una red de servicios de salud extendida en el territorio estatal, el número de la muestra fue de 102 (médicos y enfermeras) de la cual se realizó la descripción que a continuación se presenta para conocer como están distribuidas en las principales características como, género, edad, profesión, estado civil, # de hijos, entre otros.

Gráfica 4.1 Género



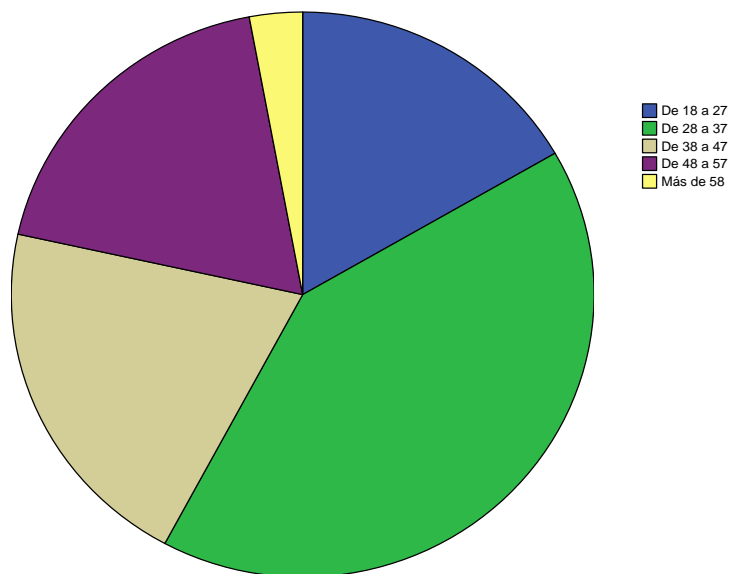
En esta gráfica se puede observar que el 70% de la población es del sexo femenino y el 30% del sexo masculino.

Gráfica 4.2 Profesión



En esta gráfica se observa que la muestra se compone por 59 enfermeros (as) y el 43 médicos.

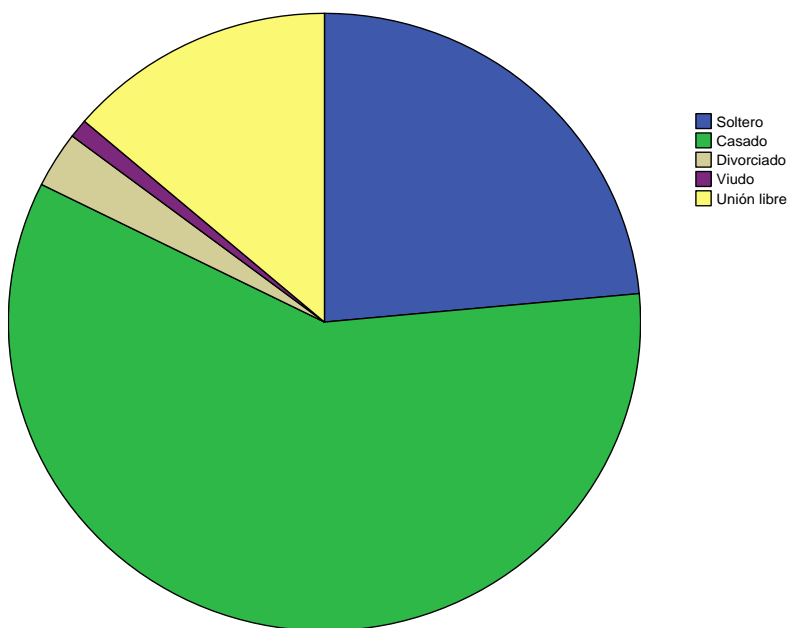
Gráfica 4.3 Edad.



La gráfica 4.3, describe los rangos de edad de la población: de 18 a 27 hay 17 personas, de 28 a 37 hay 42 personas, de 38 a 47 hay 21 personas, de 48 a 57 hay 19 personas y con más de 58 hay 3 personas.

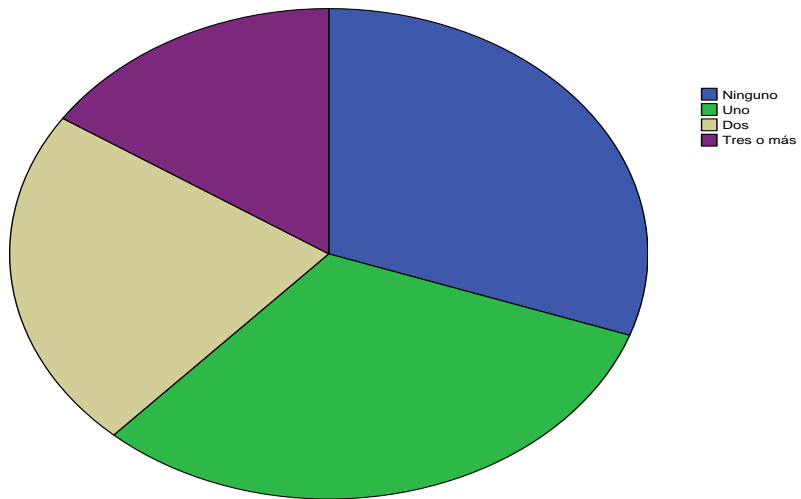
La edad con mayor porcentaje de población es de 28 a 37 con 42 personas, lo cual nos dice que es una población joven.

Gráfica 4.4 Estado civil.



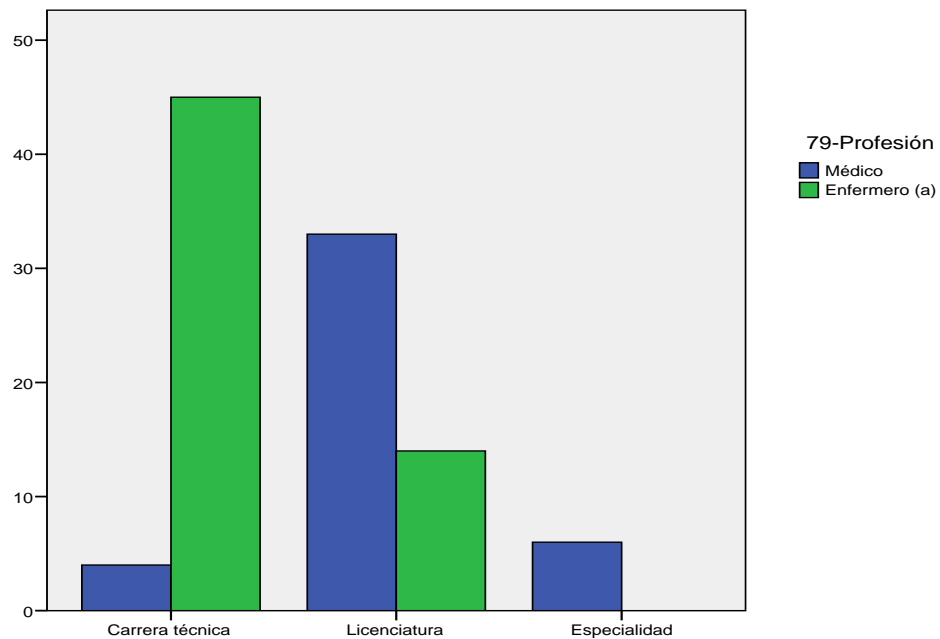
En la gráfica anterior se puede observar que el estado civil con mayor población es el casado con 60 personas, le sigue soltero con 24, unión libre con 14, divorciado con 3 y por ultimo viudo con una persona.

Gráfica 4.5 Número de hijos.



En la gráfica 4.5 se muestra el número de hijos de la muestra en general, con ningún hijo estas 31 personas, con un hijo están 32, con dos hijos están 23 personas, y con tres o más están 16 personas.

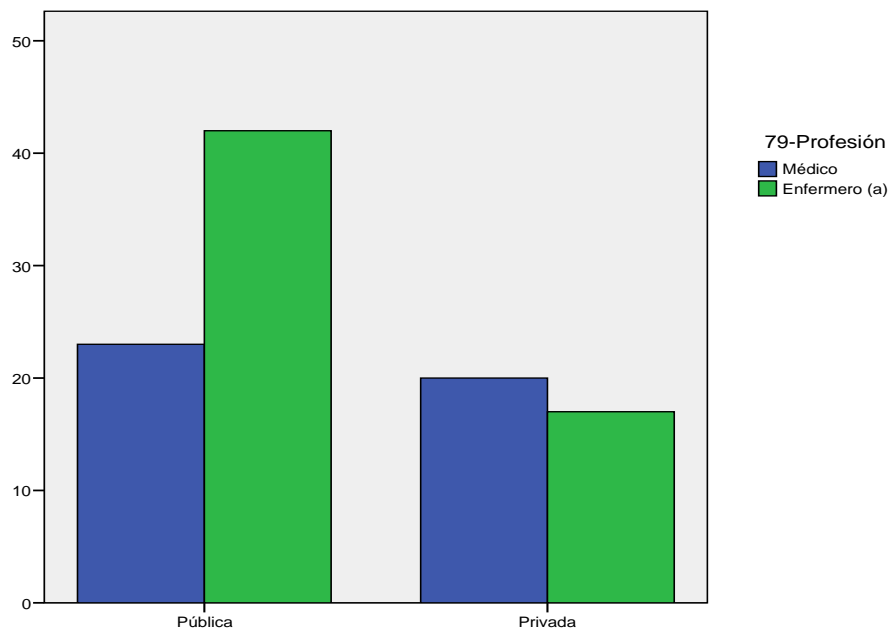
Gráfica 4.6 Último grado de estudios por profesión.



		Profesión		Total
		Médico	Enfermero (a)	
Último grado de estudios	Carrera técnica	4	45	49
	Licenciatura	33	14	47
	Especialidad	6	0	6
Total		43	59	102

Esta gráfica muestra la relación que existe entre el último grado de estudios y la profesión, el dato más sobresaliente es que existen 33 médicos con licenciatura, mientras que existen 45 enfermeros (as) con carrera técnica.

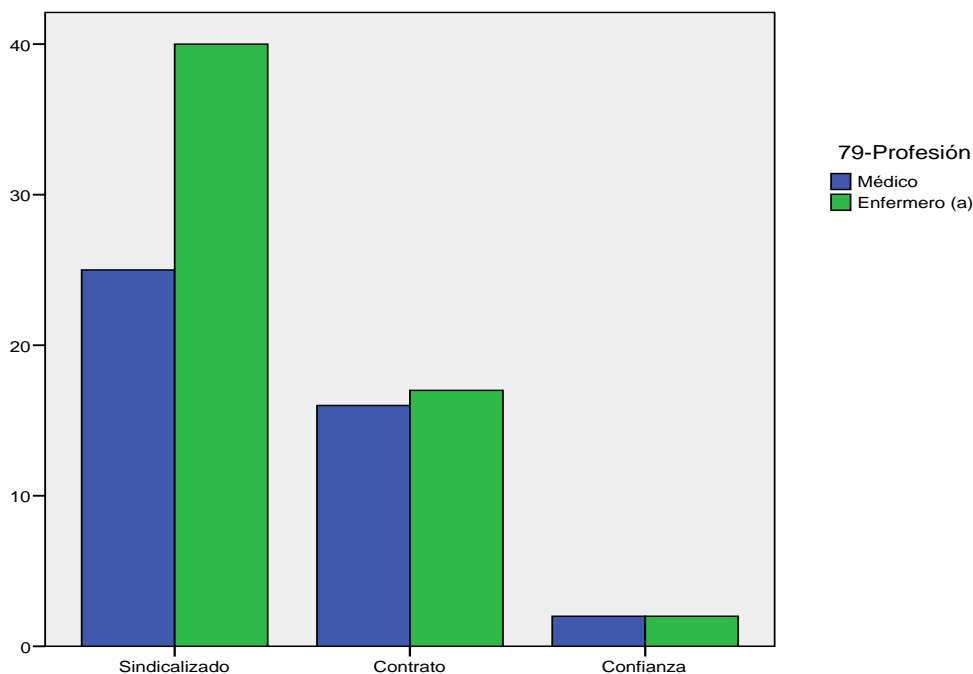
Gráfica 4.7 Tipo de escuela por profesión



		Profesión		Total
		Médico	Enfermero (a)	
En qué tipo de escuela estudio	Pública	23	42	65
	Privada	20	17	37
Total		43	59	102

En la gráfica 4.7 se describe que existen más enfermeros (as) con estudios en escuela pública.

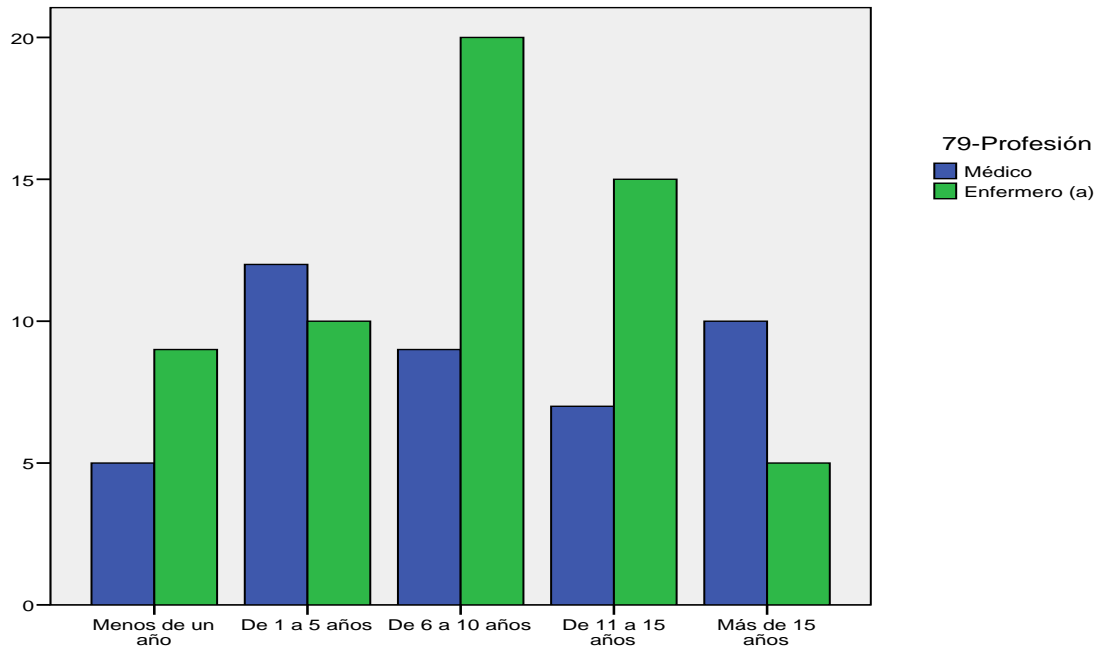
Gráfica 4.8 Tipo de trabajador por profesión.



		Profesión		Total
		Médico	Enfermero (a)	
Tipo de trabajador	Sindicalizado	25	40	65
	Contrato	16	17	33
	Confianza	2	2	4
Total		43	59	102

Aquí se muestra que tipo de trabajador es en relación a la profesión, en los médicos la mayoría son sindicalizados (25), al igual que los enfermeros (as) la mayoría también son sindicalizados (40).

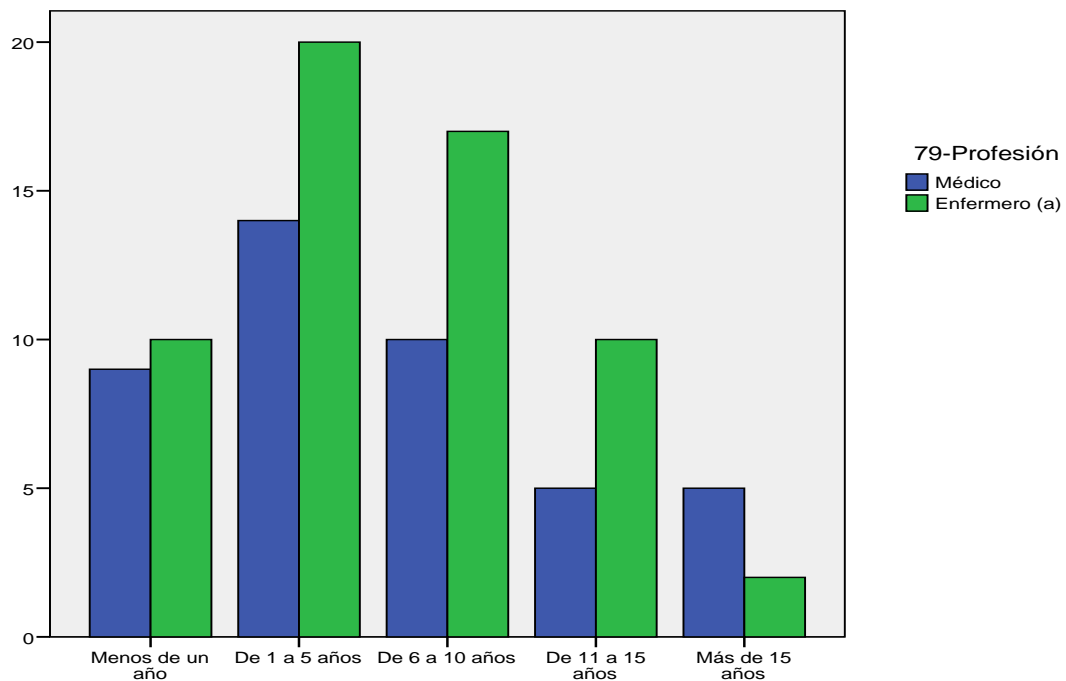
Gráfica 4.9 Antigüedad en la institución por profesión.



En la gráfica anterior se muestra la antigüedad de la muestra en la institución, donde: médicos con menos de un año son 5, de 1 a 5 años son 12, de 6 a 10 años son 9, de 11 a 15 años son 7 y con más de 15 años son 10.

En cuanto a los enfermeros (as) con menos de un año son 9, de 1 a 5 años son 10, de 6 a 10 años son 20, de 11 a 15 años son 15 y con más de 15 años son 5.

Gráfica 4.10 Antigüedad en el puesto por profesión.



En la gráfica 10 se describe la antigüedad en el puesto según la profesión, donde los médicos con menos de un año son 9, de 1 a 5 años son 14, de 6 a 10 años son 10, de 11 a 15 años son 5 y con más de 15 años son 5.

En cuanto a los enfermeros (as) con menos de un año son 10, de 1 a 5 años son 20, de 6 a 10 años son 17, de 11 a 15 años son 10 y con más de 15 años son solo 2.

4.1.1 Resumen de la Unidad de análisis

El total de la muestra se constituyó de 102 profesionales de la salud de la Jurisdicción de Servicios de Salud de Ensenada, B. C. Sus datos **sociodemográficos y organizacionales** son: **Género:** el 70.6 % (72) fueron mujeres, mientras que el 29.4 % (30) hombres. **Profesión:** un 57.8 % (59) enfermero (a), un 42.2 % (43) Médico. **Edad:** el 41.2 % (42) de 28 a 37; el 20.6 % (21) de 38 a 47 años; el 18.6 % (19) de 48 a 57 años; el 16.7 % (17) de 18 a 27 años, y un 2.9 % (3) más de 58 años. **Estado civil:** el 58.8 % (60) casados; el 23.5 % (24) solteros, el 13.8 % (14) unión libre, el 2.9 % (3) Divorciados, un 1 % (1) Viudo. **Número de hijos:** un 30.4% (31) con ningún hijo, un 31.4% (32) con un hijo, un 22.5% (23) con dos hijos y un 15.7% (16) con tres o más hijos. **Tipo de trabajador:** el 63.7 % (65) sindicalizado, un 32.4 % (33) contrato, 3.9 % (4) confianza. **Antigüedad en la institución:** 28.4 % (29) de 6 a 10 años, el 21.6 % (22) de 1 a 5 años, un 21.6 % (22) de 11 a 15 años, un 14.7 % (15) más de 15 años, un 13.7 % (14) menos de un año.

4.2 Estadística Descriptiva

4.2.1 Análisis de resultados

Tabla 4.1 Porcentajes de ocurrencia de las preguntas 1 - 74.

Donde:

EE=Agotamiento Emocional, D=Despersonalización, PA=Baja realización personal

TNSF=Liderazgo transformacional, TNSA=Liderazgo transaccional,

NL=No Liderazgo, DR=De resultados

Item #	Variable	Item	Porcentaje de ocurrencia: siempre o	Media	Desviación Estándar	Rango
--------	----------	------	-------------------------------------	-------	---------------------	-------

			muy frecuente			
1	EE	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	3.92%	0.88	0.787	4
2	EE	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	6.86%	1.19	0.793	4
3	EE	Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar	3.92%	0.74	0.808	4
4	PA	Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes	67.64%	2.91	1.195	4
5	D	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	2.94%	0.28	0.666	4
6	EE	Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo	6.86%	0.82	0.948	4
7	PA	Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes	56.86%	2.60	1.123	4
8	EE	Me siento quemado por mi trabajo	3.92%	0.49	0.820	4
9	PA	Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas	55.88%	2.54	1.347	4
10	D	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	6.86%	0.59	0.937	4
11	D	Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente	0.98%	0.57	0.711	4
12	PA	Me siento muy activo	57.84%	2.77	1.202	4
13	EE	Me siento frustrado en mi trabajo	6.86%	0.62	0.936	4
14	EE	Creo que estoy trabajando demasiado	8.82%	0.91	0.966	4
15	D	Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes	18.62%	0.89	1.441	4

16	EE	Trabajar directamente con personas me produce estrés	0.0%	0.50	0.593	4
17	PA	Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes	63.72%	2.75	1.181	4
18	PA	Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes	54.90%	2.71	1.219	4
19	PA	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	64.70%	2.85	1.147	4
20	EE	Me siento acabado	4.90%	0.43	0.928	4
21	PA	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma	54.90%	2.52	1.384	4
22	D	Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas	1.96%	0.34	0.724	4
23	TNSF	Muestra capacidad para transmitir una visión del futuro	43.13%	2.27	1.394	4
24	TNSF	Orienta las acciones del personal hacia la misión organizacional	48.03%	2.49	1.280	4
25	TNSF	Motiva al trabajador para que alcance las metas programadas	52.94%	2.49	1.398	4
26	TNSF	Propicia que el personal tenga iniciativa para resolver problemas	50%	2.42	1.301	4
27	TNSF	Considera las distintas necesidades laborales del personal	49.01%	2.35	1.362	4
28	TNSF	Premia a los empleados por alcanzar las metas acordadas	27.45%	1.57	1.375	4
29	TNSF	Está al pendiente supervisando el trabajo del personal para que no se comentan irregularidades	53.92%	2.54	1.347	4
30	TNSF	Está al margen, hasta que los	31.37%	1.67	1.451	4

		problemas se toman críticos, entonces actúa				
31	TNSF	Es probable que él/ella esté ausente cuando se le/la necesite(a)	15.68%	1.28	1.222	4
32	TNSF	Su liderazgo como jefe logra satisfacción en el equipo de trabajo	51.96%	2.45	1.419	4
33	TNSF	Anima al personal a esforzarse para trabajar más y mejor	48.03%	2.30	1.488	4
34	TNSF	Es efectivo en la definición de tareas, tiempos y recursos para alcanzar los objetivos de trabajo	50%	2.43	1.270	4
35	TNSF	Utiliza adecuadamente su sentido del humor para manejar situaciones difíciles entre el personal	49.01%	2.33	1.430	4
36	TNSF	Integra una visión clara del futuro de la organización	53.92%	2.42	1.360	4
37	TNSF	Guía las acciones del personal bajo su cargo hacia la misión de la organización	56.86%	2.61	1.299	4
38	TNSF	Motiva a los trabajadores para que alcancen las metas programadas	50%	2.36	1.447	4
39	TNSF	Estimula el uso del razonamiento y la lógica en la resolución de problemas	54.90%	2.58	1.323	4
40	TNSF	Toma en cuenta que el personal tiene necesidades laborales distintas que deben ser atendidas	50%	2.43	1.382	4
41	TNSF	Ve que el personal sea recompensado por alcanzar las metas acordadas	44.11%	2.10	1.538	4
42	TNSF	Supervisa activamente las labores cotidianas	50.98%	2.52	1.346	4

		del personal a su cargo				
43	TNSF	Actúa solamente cuando los problemas se tornan críticos	13.72%	1.13	1.200	4
44	TNSF	Está ausente cuando más se le necesita	5.88%	0.69	0.954	4
45	TNSF	El equipo de trabajo a su cargo está satisfecho con los métodos de dirección que emplea	50.98%	2.36	1.249	4
46	TNSF	Estimula al personal a esforzarse para ser mejor	50.98%	2.31	1.442	4
47	TNSA	Se nota la efectividad del jefe en las decisiones sobre la aplicación de recursos en el logro de objetivos	54.90%	2.51	1.340	4
48	TNSA	Mejora el clima de trabajo empleando responsablemente su sentido del humor	47.05%	2.33	1.417	4
49	TNSA	Sabe transmitir una visión integrada del futuro deseado de la organización	53.92%	2.52	1.348	4
50	TNSA	Promueve las acciones del personal hacia los lineamientos de la misión y la visión de la organización	56.86%	2.61	1.291	4
51	TNSA	Sus colaboradores están motivados en alcanzar las metas del plan de trabajo	52.94%	2.41	1.308	4
52	TNSA	Estimula la capacidad de análisis de sus colaboradores	52.94%	2.39	1.314	4
53	TNSA	Reconoce en los trabajadores sus distintas necesidades y cualidades personales	52.94%	2.39	1.365	4
54	TNSA	Premia a los trabajadores por el logro de las metas alcanzadas	33.33%	1.74	1.462	4

55	TNSA	Está pendiente de las posibles discrepancias a los planes acordados previamente	47.05%	2.30	1.370	4
56	TNSA	Está al margen del trabajo de su personal, sólo actúa cuando se cometen errores	26.47%	1.45	1.453	4
57	TNSA	En momentos de crisis es difícil encontrarle	12.74%	0.89	1.202	4
58	TNSA	El equipo de trabajo está satisfecho con los logros obtenidos en la actualidad	53.92%	2.58	1.198	4
59	NL	Incrementa en el trabajador el sentido de participación activa en el trabajo	49%	2.41	1.300	4
60	NL	Es efectivo en la administración de las actividades del personal a su cargo	54.90%	2.61	1.228	4
61	NL	Su sentido responsable del humor favorece la integración del equipo de trabajo	48.03%	2.38	1.393	4
62	NL	Comunica la visión del futuro deseado de la organización	52.94%	2.50	1.377	4
63	DR	Busca promover la iniciativa de sus colaboradores hacia la misión y la visión de la organización	53.92%	2.56	1.368	4
64	DR	Logra motivar al personal en cuanto al logro de los estándares de trabajo esperados	46.07%	2.29	1.390	4
65	DR	Propicia la resolución de problemas en equipo usando estrategias racionales	53.92%	2.54	1.295	4
66	DR	Concede atención personal a sus colaboradores cuando están agobiados	48.03%	2.38	1.442	4

67	DR	Busca premiar las iniciativas de sus colaboradores que tratan de resolver las problemáticas del trabajo	37.25%	2.01	1.432	4
68	DR	Está comprometido con las normas de mejora continua en el área de trabajo con su personal	50%	2.52	1.348	4
69	DR	Interviene sólo en el conflicto cuando éste se ha agravado hasta las últimas consecuencias	15.68%	1.09	1.252	4
70	DR	En situaciones problemáticas del área de trabajo, es difícil encontrarle	7.84%	0.85	1.038	4
71	DR	El personal se siente satisfecho con las decisiones que se han tomado en su área de trabajo	44.11%	2.37	1.226	4
72	DR	Estimula a que se esfuercen más los trabajadores en sus actividades laborales	43.13%	2.28	1.345	4
73	DR	Es efectivo en las decisiones sobre la asignación de tareas de grupo para alcanzar los objetivos del área	51.96%	2.50	1.254	4
74	DR	El clima de trabajo permite una adecuada participación de todos los miembros del equipo	43.13%	2.26	1.297	4

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4.2 Hallazgos sobresalientes del análisis de frecuencias

#	Pregunta	Observación
4	Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes	Más del 30% de la muestra dice no comprender el sentir de los pacientes, lo que es muy delicado.

7	Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes	El 40% de los encuestados dicen no tratar eficazmente los problemas de sus pacientes, lo cual nos dice que el personal no se siente realizado en su trabajo.
9	Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas	Más del 44% de la muestra considera que no influye de manera positiva con su trabajo en la vida de los pacientes que atiende, lo cual indica un desgaste en estos profesionales de la salud.
12	Me siento muy activo	El 40% de los profesionales de la salud mencionan no sentirse muy activos, demostrando con esto que no se sienten realizados en su trabajo.
17	Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes	El 36.28% mencionan que no crean una atmósfera relajada con sus pacientes, lo cual es muy negativo para los pacientes.
18	Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes	Más del 45% dice no sentirse estimulado después de trabajar con sus pacientes lo cual demuestra que no se siente realizado en su trabajo.
19	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	El 64.70% de la muestra considera que ha conseguido muchas cosas útiles en su profesión, lo cual los lleva a sentirse realizados profesionalmente.
21	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma	El 45% de la muestra mencionan no tratar los problemas emocionales con calma, lo cual es alarmante ya que indican un desgaste.
25	Motiva al trabajador para que alcance las metas programadas	Más del 47% de los encuestados dicen que sus jefes no los motivan para alcanzar metas programadas, mientras que el 53% restante considera que sus líderes los apoyan.
26	Propicia que el personal tenga iniciativa para resolver problemas	La mitad de la muestra 50% consideran que sus líderes propician su iniciativa para que resuelvan problemas, mientras que la otra mitad siente lo contrario.
29	Está al pendiente supervisando el trabajo del personal para que no se comentan irregularidades	El 46% de la población dice sentirse observados por sus jefes, ya que estos están al pendiente supervisando su trabajo para que no se cometan irregularidades.
32	Su liderazgo como jefe logra satisfacción en el equipo de trabajo	Solo la mitad de la muestra 50% considera que su jefe logra la satisfacción en el equipo de trabajo con su liderazgo, lo cual es alarmante.
34	Es efectivo en la definición de tareas, tiempos y recursos para alcanzar los objetivos de trabajo	El 50% de la muestra menciona que sus jefes son efectivos en la definición de tareas, tiempos y recursos para que ellos puedan alcanzar sus objetivos de trabajo, mientras que la otra mitad no lo ve así.
36	Integra una visión clara del futuro de la organización	El 53.92% del personal dicen que sus líderes integran una visión clara del futuro de la organización, mientras que el 46.08% no tienen

		una visión clara.
37	Guía las acciones del personal bajo su cargo hacia la misión de la organización	Solo el 56.86% mencionan que sus jefes guían las acciones del personal bajo su cargo hacia la misión de la organización, mientras que el resto no siente esa guía hacia la misión.
38	Motiva a los trabajadores para que alcancen las metas programadas	El 50% de la muestra nos dice que sus líderes motivan a los trabajadores para que alcancen sus metas programadas pero el otro 50% no se sienten motivados por sus líderes, lo cual es señal de alarma para los líderes.
39	Estimula el uso del razonamiento y la lógica en la resolución de problemas	Más del 45% del personal consideran que sus líderes no estimulan el uso del razonamiento y la lógica en la resolución de problemas, esto nos muestra que se les tiene que dar mayor libertad en la toma de decisiones.
40	Toma en cuenta que el personal tiene necesidades laborales distintas que deben ser atendidas	El 50% de la muestra dice que sus jefes toman en cuenta que el personal tiene necesidades laborales distintas que deben ser atendidas, y por el contrario el otro 50% no siente que su líder tome en cuenta las necesidades laborales distintas.
45	El equipo de trabajo a su cargo está satisfecho con los métodos de dirección que emplea	Más del 49% de la muestra menciona no estar satisfecha con los métodos de dirección que emplean sus líderes, lo cual es señal de alarma para los líderes.
46	Estimula al personal a esforzarse para ser mejor	El 49% del personal dicen que sus líderes no los estimulan a esforzarse para ser mejores.
47	Se nota la efectividad del jefe en las decisiones sobre la aplicación de recursos en el logro de objetivos	Más del 45% de la muestra opina que sus líderes no son efectivos en las decisiones sobre la aplicación de recursos en el logro de objetivos.
50	Promueve las acciones del personal hacia los lineamientos de la misión y la visión de la organización	El 43% opina que sus líderes no promueven acciones hacia los lineamientos de la misión y visión de la organización, esto es preocupante ya que no saben hacia donde va la organización.
52	Estimula la capacidad de análisis de sus colaboradores	El 47% mencionan que sus jefes no estimulan la capacidad de análisis de sus colaboradores.
58	El equipo de trabajo está satisfecho con los logros obtenidos en la actualidad	Más del 46% de la muestra menciona estar insatisfecho con los logros obtenidos en la actualidad.
60	Es efectivo en la administración de las actividades del personal a su cargo	El 45% del personal dicen que sus jefes no son efectivos en la administración de las actividades del personal a su cargo.
65	Propicia la resolución de problemas en equipo usando estrategias racionales	El 46% del personal opina que sus jefes no propician la resolución de problemas en equipo usando estrategias racionales.
68	Está comprometido con las normas de mejora continua en el	El 50% de la muestra dicen que sus líderes están comprometidos con las normas de

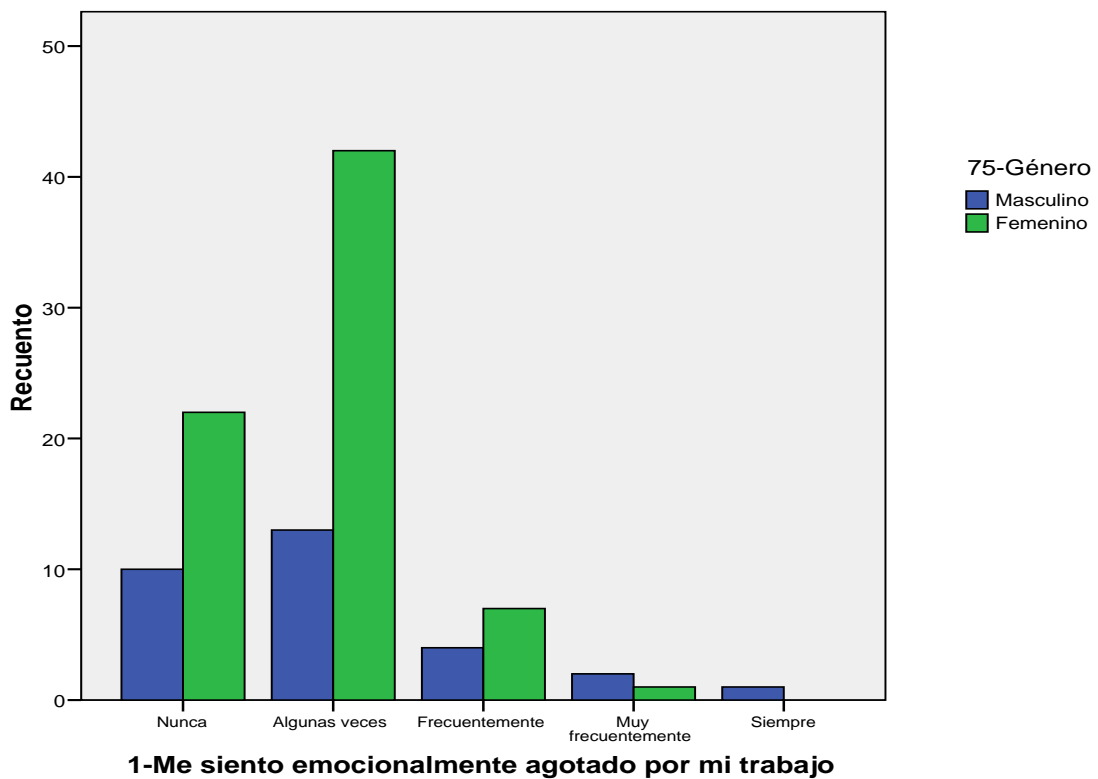
	área de trabajo con su personal	mejora continua en el área de trabajo con su personal, mientras que la otra mitad no sienten el compromiso de sus líderes por la mejora continúa.
73	Es efectivo en las decisiones sobre la asignación de tareas de grupo para alcanzar los objetivos del área	Más 48% de los trabajadores mencionan que sus jefes no son efectivos en las decisiones sobre la asignación de tareas de grupo para alcanzar los objetivos del área.

Fuente: Elaboración Propia.

4.2.2 Análisis de Tablas de Contingencia.

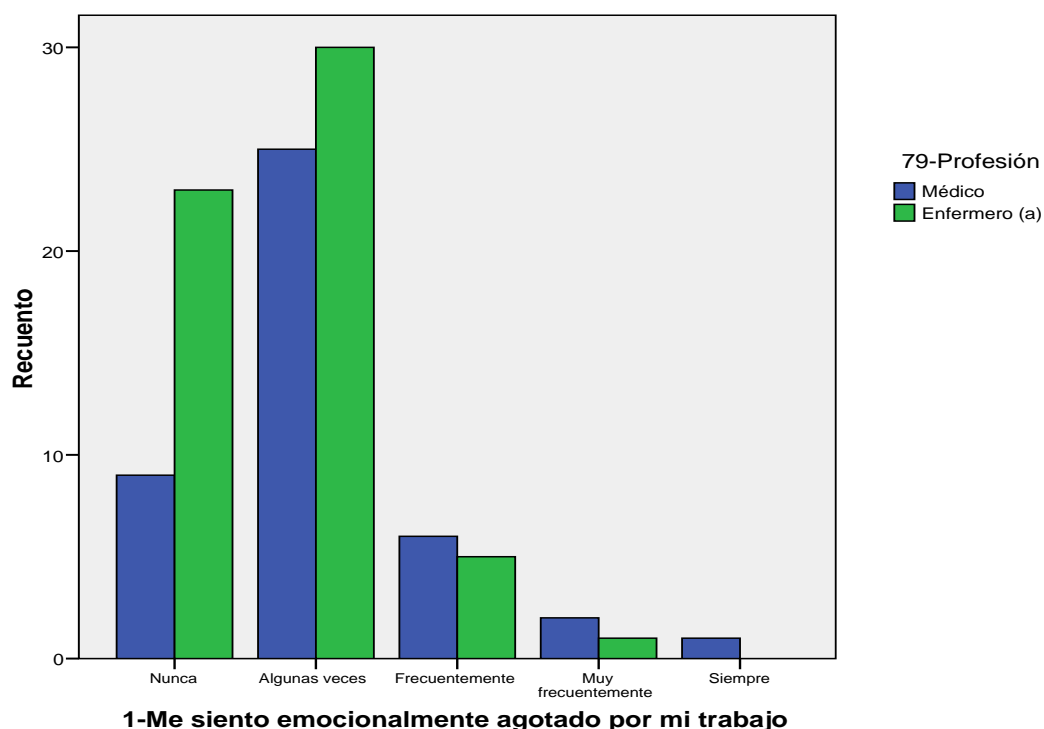
En base a los resultados obtenidos en el cuestionario aplicado a 102 médicos y enfermeras de la Jurisdicción de Servicios de Salud de Ensenada, se llevó a cabo un análisis estadístico para conocer como perciben el burnout y el liderazgo.

Gráfica 4.11. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo/ género.



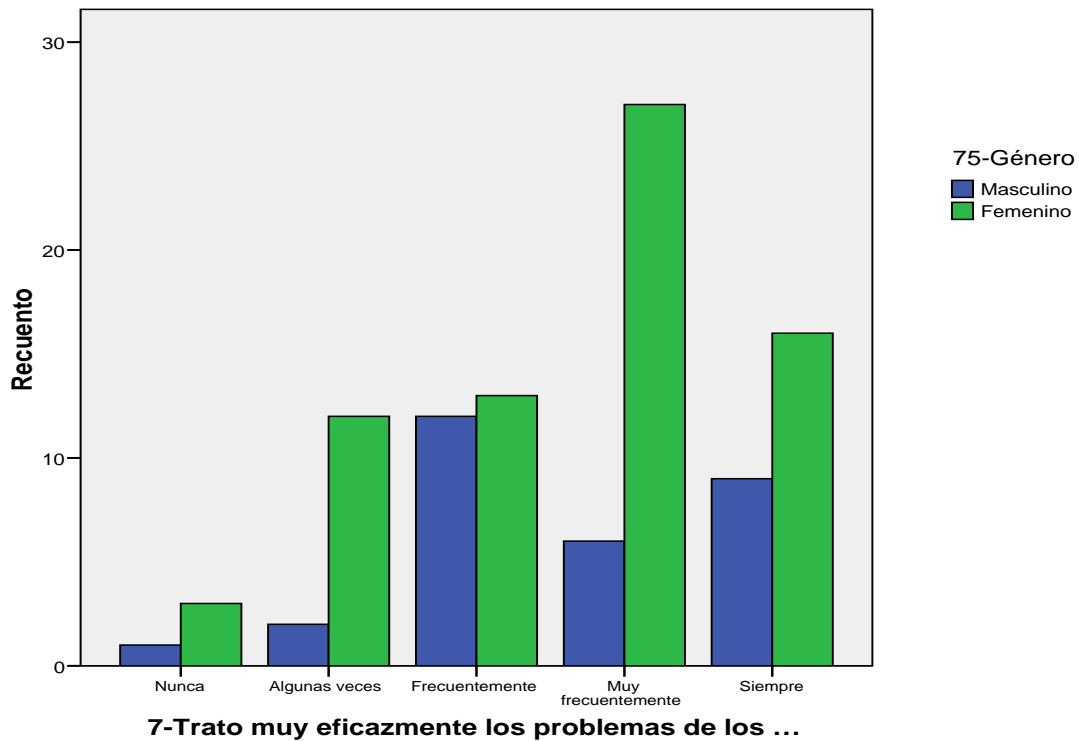
El resultado para esta pregunta muestra que el 70% es del género femenino y 30% masculino, del cual se observa que 42 mujeres muestran sentirse “Algunas veces” agotados, mientras que 13 hombres muestran sentirse “Algunas veces agotados”, cabe considerar que la muestra es mayormente femenina (70%).

Gráfica 4.12. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo/ profesión.



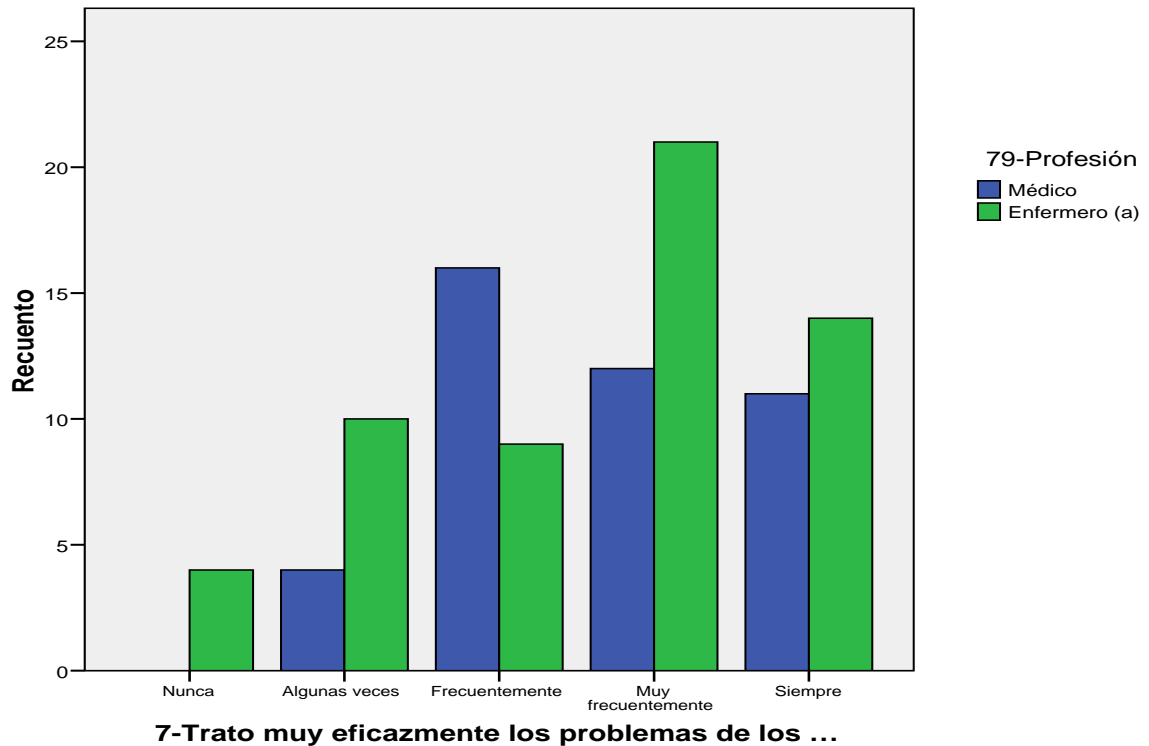
Con respecto a la misma pregunta pero en relación a la profesión, la gráfica nos muestra que el 60% de la población son enfermeros(as) y el 40% son médicos, de los cuales el 54.5% de los enfermeros(as) dicen sentirse “Algunas veces” agotados y 45.5% de los médicos dicen sentirse “Algunas veces” agotados, lo que es un poco alarmante ya que la muestra de médicos es menor a la de los enfermeros(as), sin embargo son más los médicos que dicen sentirse agotados por su trabajo.

Gráfica 4.13. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes/ género.



En esta gráfica se observa que del total de la muestra (71) femenina el 82% dicen “Muy frecuentemente” tratar muy eficazmente los problemas de sus pacientes, en cuanto a la muestra (30) masculina el 48% dicen que “Frecuentemente” tratan eficazmente los problemas de sus pacientes, lo que significa que 44 mujeres están por debajo del nivel muy frecuentemente, y con respecto a los hombre 18 están por debajo de frecuentemente, lo cual es muy preocupante, ya que no se sienten realizados en su trabajo.

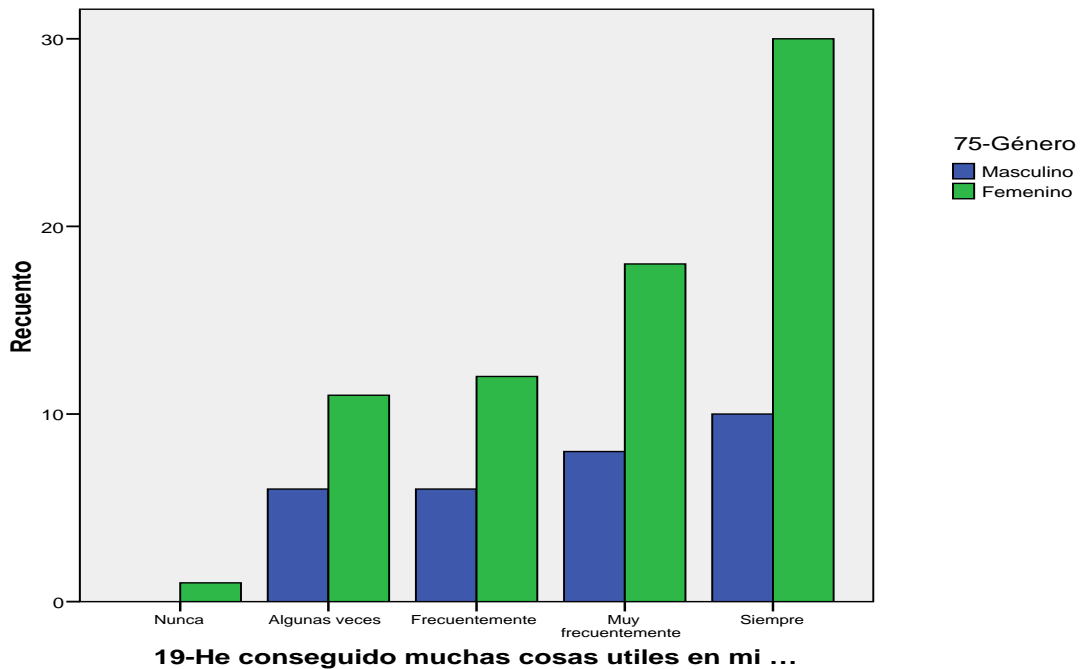
Gráfica 4.14. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes/ profesión.



Con respecto a la misma pregunta pero en cuanto a la profesión, del 40% de los médicos el 64% mencionan “Frecuentemente” tratar muy eficazmente los problemas de sus pacientes.

Del 60% de los enfermeros(as) el 63% mencionan “Muy frecuentemente” tratar muy eficazmente los problemas de sus pacientes.

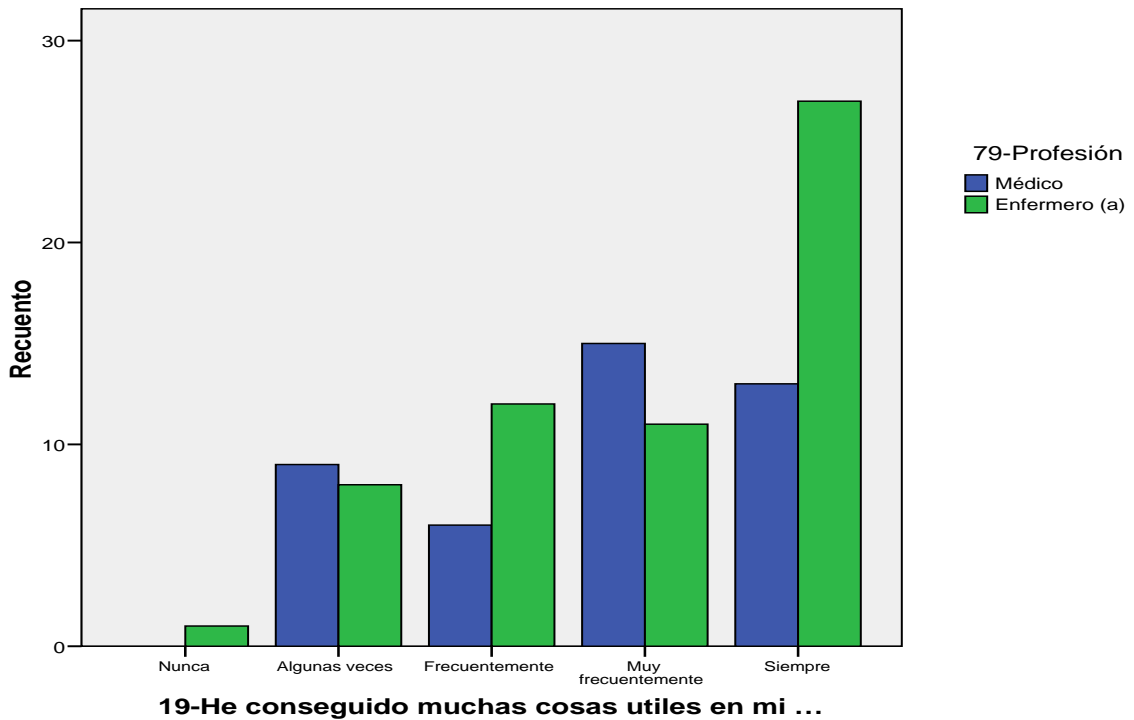
Gráfica 4.15. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión/ género.



En la pregunta “He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión”, solo el 25% de los hombres dicen “Siempre” pero el resto de la población masculina (20) están por debajo de ese nivel, con respecto a las mujeres el 75% mencionan que “Siempre”, pero (42) están por debajo de ese nivel.

Se puede observar que más del 60% de la población en general no ha conseguido muchas cosas útiles en su profesión.

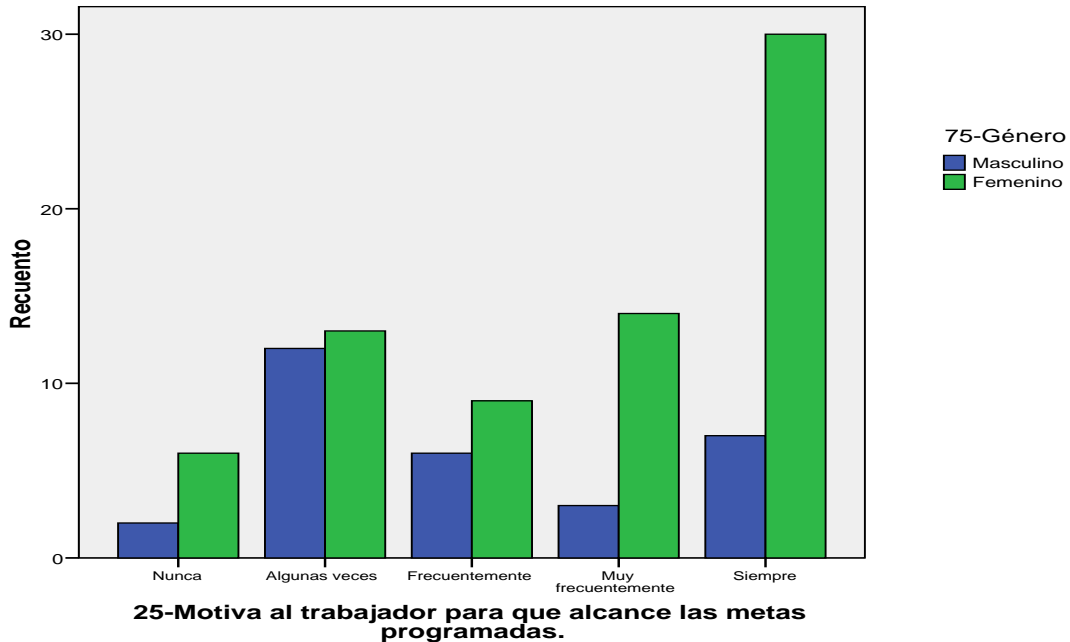
Gráfica 4.16. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión/ profesión.



Con respecto a la profesión en la misma pregunta “He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión”, solo el 58% de los médicos dicen “Muy frecuentemente” pero el resto de la muestra (28) esta por debajo de ese rango, en cuanto a los enfermeros(as) el 67.5% dicen “Siempre” pero el resto de la muestra (32) están por debajo de ese rango.

Se puede observar que al igual que en el género también en la profesión más del 60% de la población en general no ha conseguido muchas cosas útiles en su profesión.

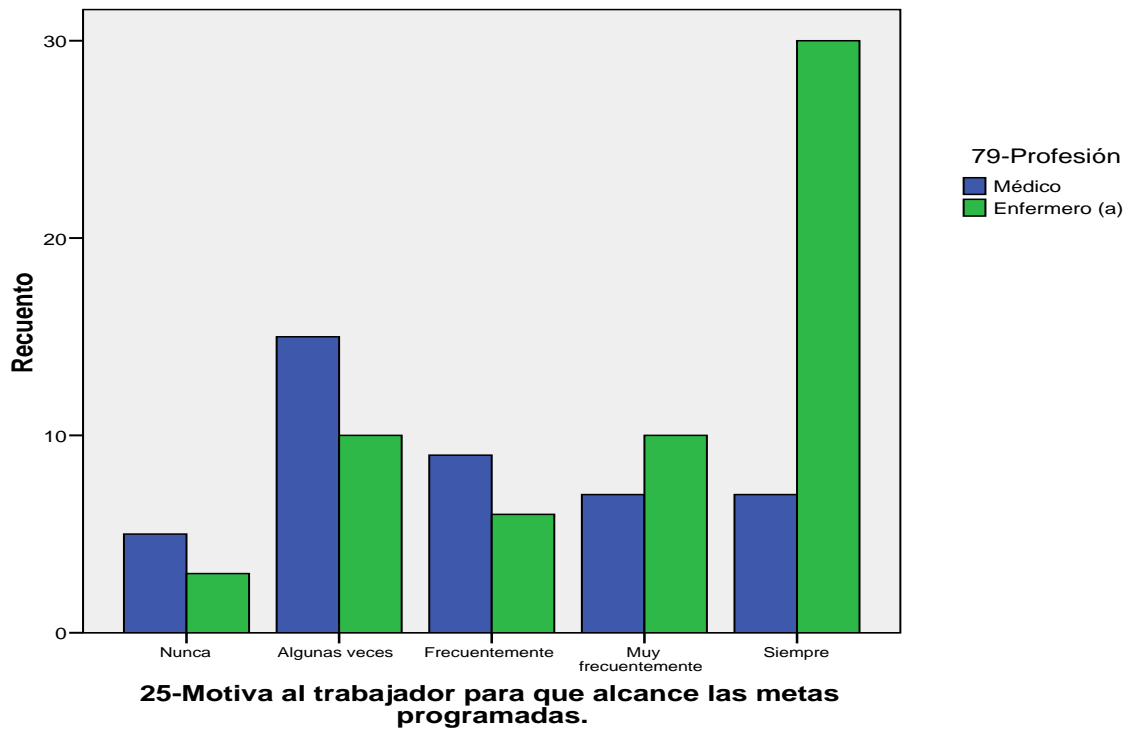
Gráfica 4.17. Motiva al trabajador para que alcance las metas programadas/
género.



Esta gráfica muestra que más del 50% de la muestra masculina siente que su líder no motiva al trabajador para que alcance las metas programadas, ya que solo el 48% de los hombres sienten que su líder “Algunas veces” los motiva.

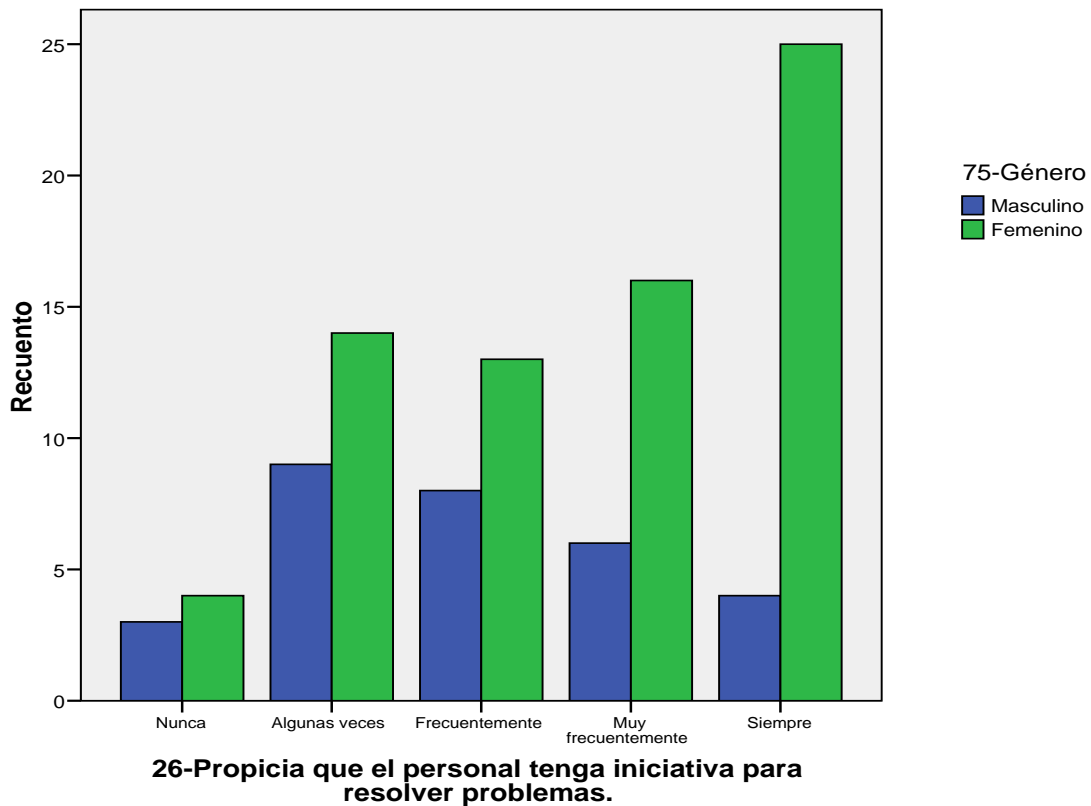
Con respecto a la muestra femenina también más del 50% siente que su líder no motiva al trabajador para que alcance las metas programadas y solo el 81% de las mujeres sienten que su líder “Siempre” los motiva.

Gráfica 4.18. Motiva al trabajador para que alcance las metas programadas/ profesión.



La gráfica anterior muestra que del 40% de los médicos solo el 60% mencionan que “Algunas veces” sus líderes motivan al trabajador para que alcance las metas programadas, en cuanto a los enfermeros(as) del 60% de la muestra solo el 81% mencionan que “Siempre” sus líderes los motivan.

Gráfica 4.19. Propicia que el personal tenga iniciativa para resolver problemas/ género.

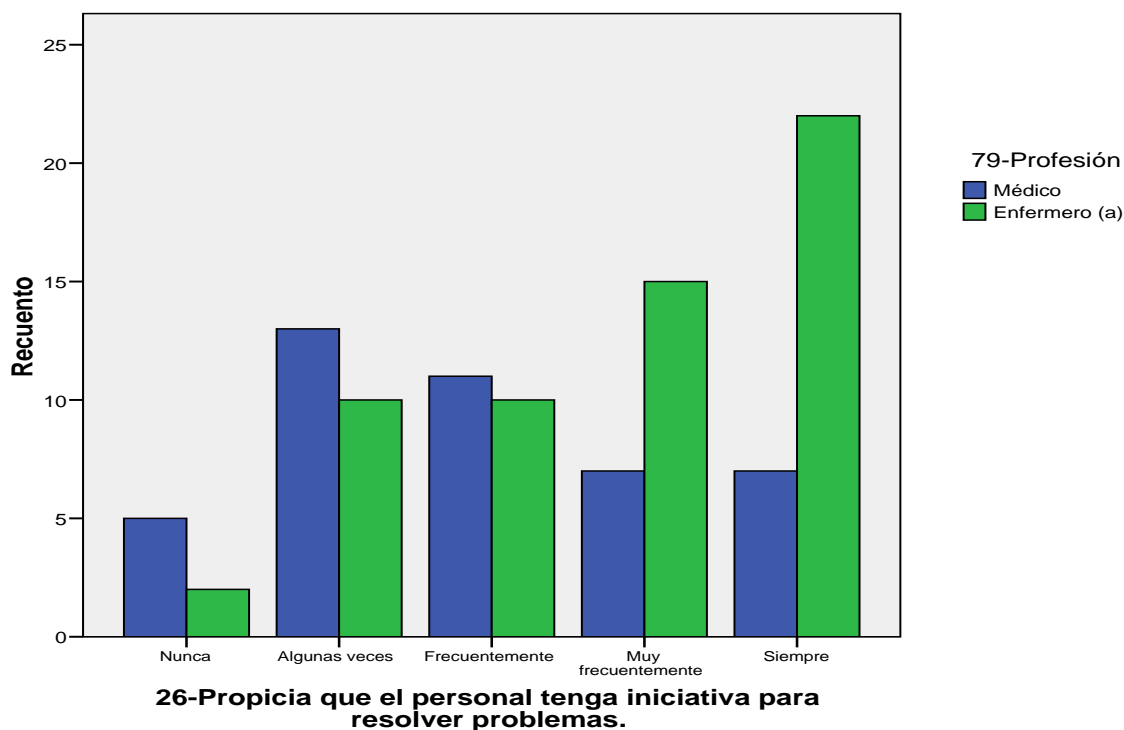


En esta pregunta podemos observar que la muestra masculina es de 30 de los cuales solo el 39% dicen que “Algunas veces” sus líderes propician que el personal tenga iniciativa para la resolución de problemas.

La muestra femenina es de 72 de las cuales solo el 86% dicen que “Siempre” sus líderes propician que el personal tenga iniciativa para la resolución de problemas.

Estos datos son sumamente importantes ya que se observa claramente que más de la mitad de la muestra considera que sus líderes propician que el personal tenga iniciativa para resolver problemas.

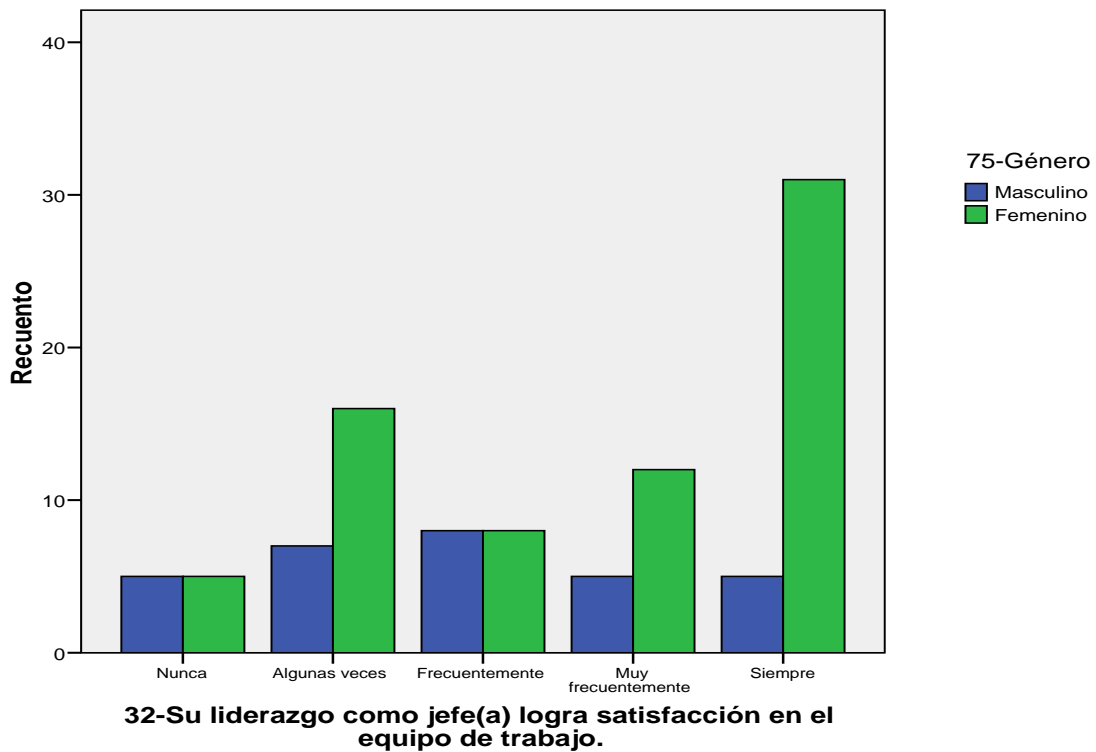
Gráfica 4.20. Propicia que el personal tenga iniciativa para resolver problemas/ profesión.



En cuanto a la profesión para la misma pregunta de 30 médicos, solo el 56% dicen que “Algunas veces” sus líderes propician que tengan iniciativa para la resolución de problemas, mientras que de los 37 enfermeros(as), solo el 76% dicen que “Siempre” sus líderes propician que tengan iniciativa para la resolución de problemas.

En esta pregunta con respecto a la profesión más de la mitad de los médicos consideran que sus líderes propician su iniciativa para resolver problemas.

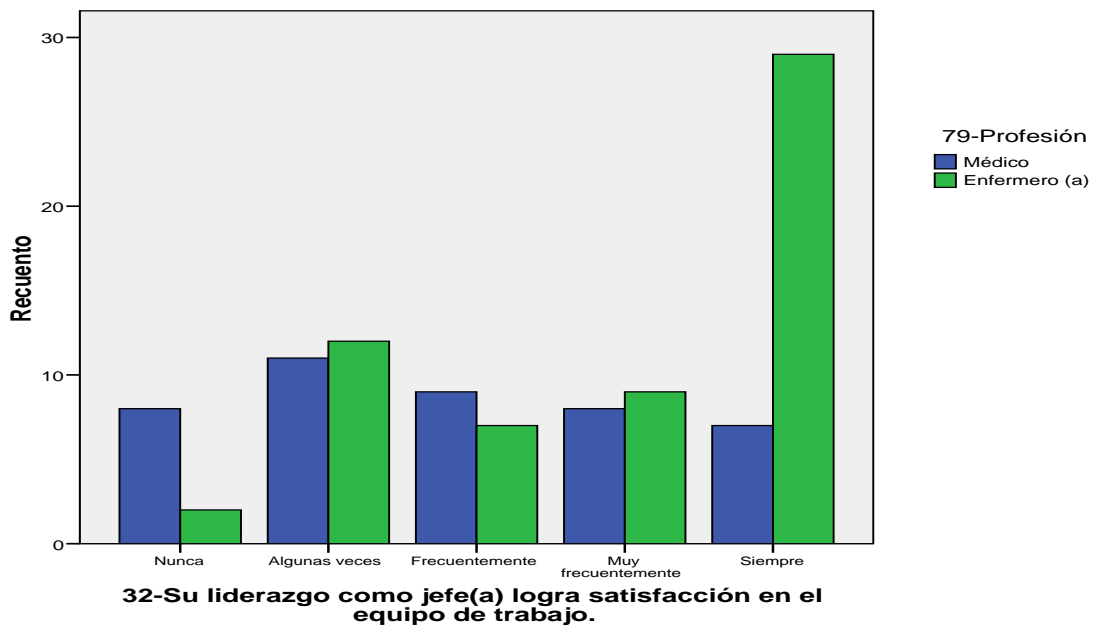
Gráfica 4.21. Su liderazgo como jefe logra satisfacción en el equipo de trabajo/ género.



En la gráfica 21 podemos se observa que el género masculino siente que su liderazgo no logra satisfacer al equipo de trabajo ya que del total de la muestra (30) solo el 50% mencionan “Frecuentemente” sentirse satisfechos.

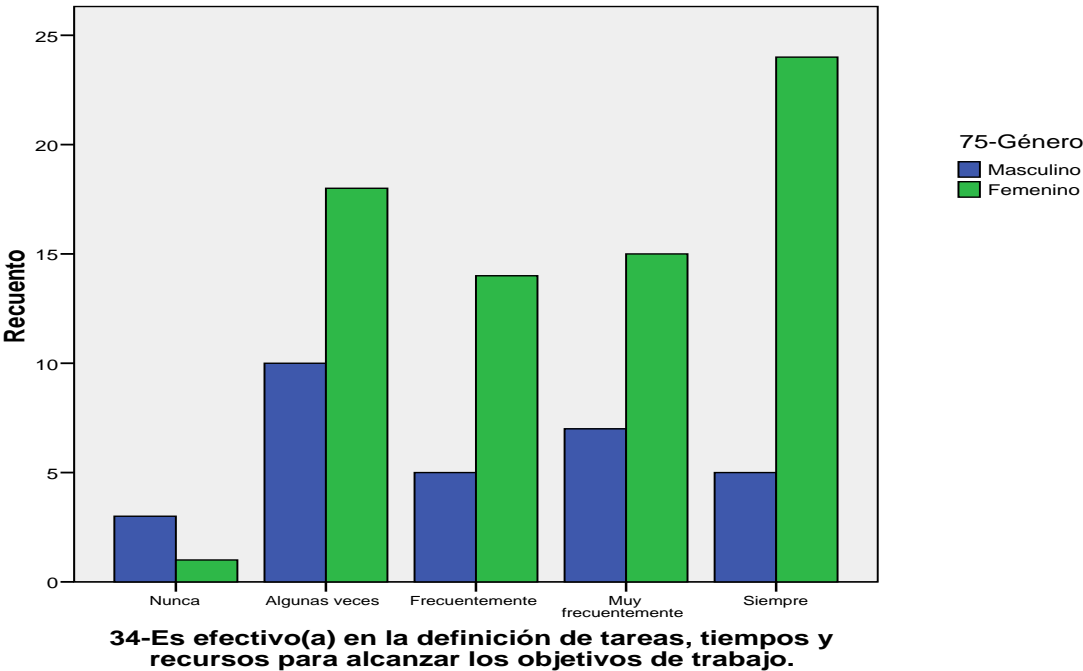
Al igual que el género masculino, el femenino también siente que su liderazgo no logra satisfacer al equipo de trabajo ya que del total de la muestra (72) solo el 86% mencionan “Siempre” sentirse satisfechos.

Gráfica 4.22. Su liderazgo como jefe logra satisfacción en el equipo de trabajo/ profesión.



En esta gráfica podemos observar los datos en cuanto a la profesión, los cuales indican que de 43 médicos de la muestra solo el 48% mencionan que “Algunas veces” el liderazgo de sus jefes logra la satisfacción en el equipo de trabajo, mientras que de la muestra de 59 enfermeros(as) solo el 81% mencionan que “Siempre” el liderazgo de sus jefes logra la satisfacción en el equipo.

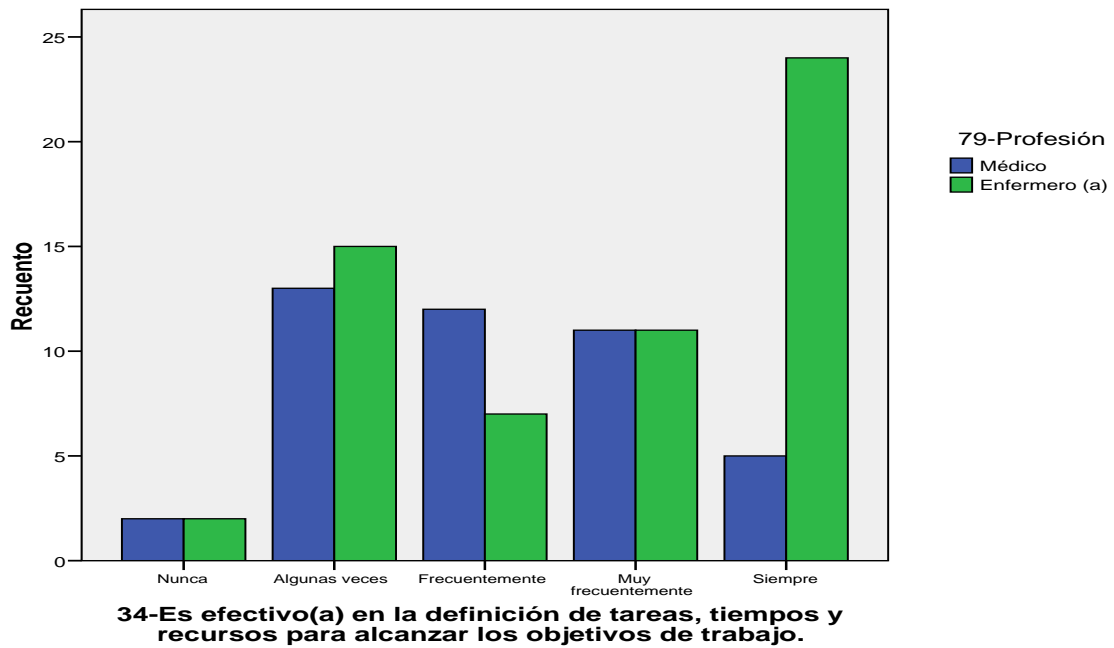
Gráfica 4.23. Es efectivo en la definición de tareas, tiempos y recursos para alcanzar los objetivos de trabajo/ género.



La gráfica anterior indica que solo el 36% de los hombres dicen que “Algunas veces” su líder es efectivo en la definición de tareas, tiempos y recursos para alcanzar los objetivos mientras que el resto de la muestra esta por arriba de dicho rango.

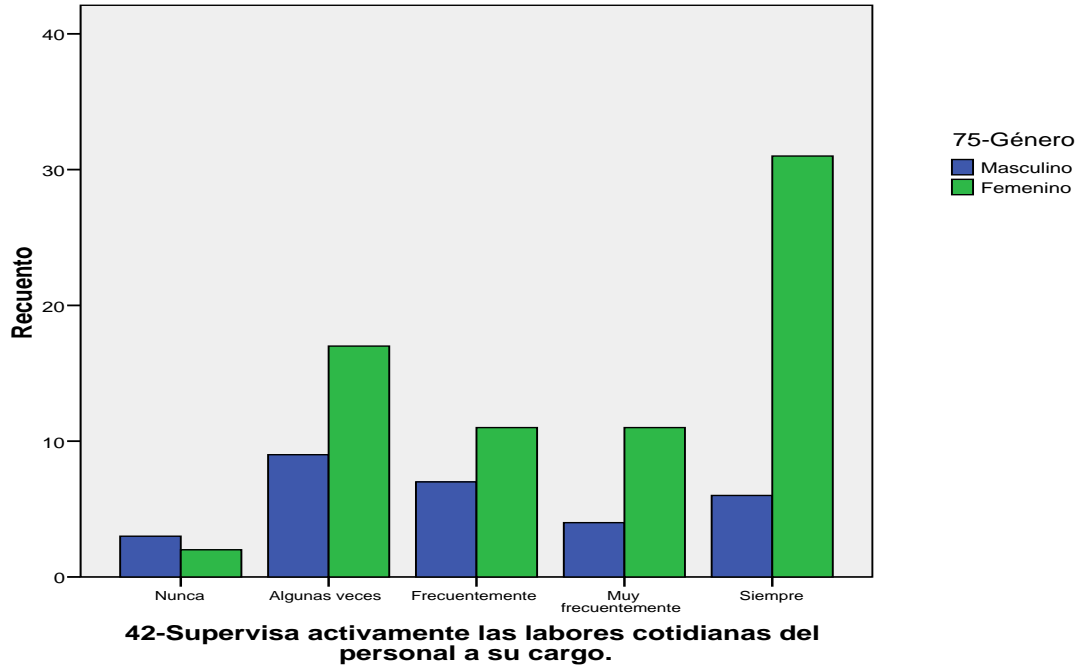
Con respecto a las mujeres el 83% de ellas dicen que “Siempre” su líder es efectivo en la definición de tareas, tiempos y recursos para alcanzar los objetivos, pero el resto de la muestra el 17% esta por debajo de dicho rango.

Gráfica 4.24. Es efectivo en la definición de tareas, tiempos y recursos para alcanzar los objetivos de trabajo/ profesión.



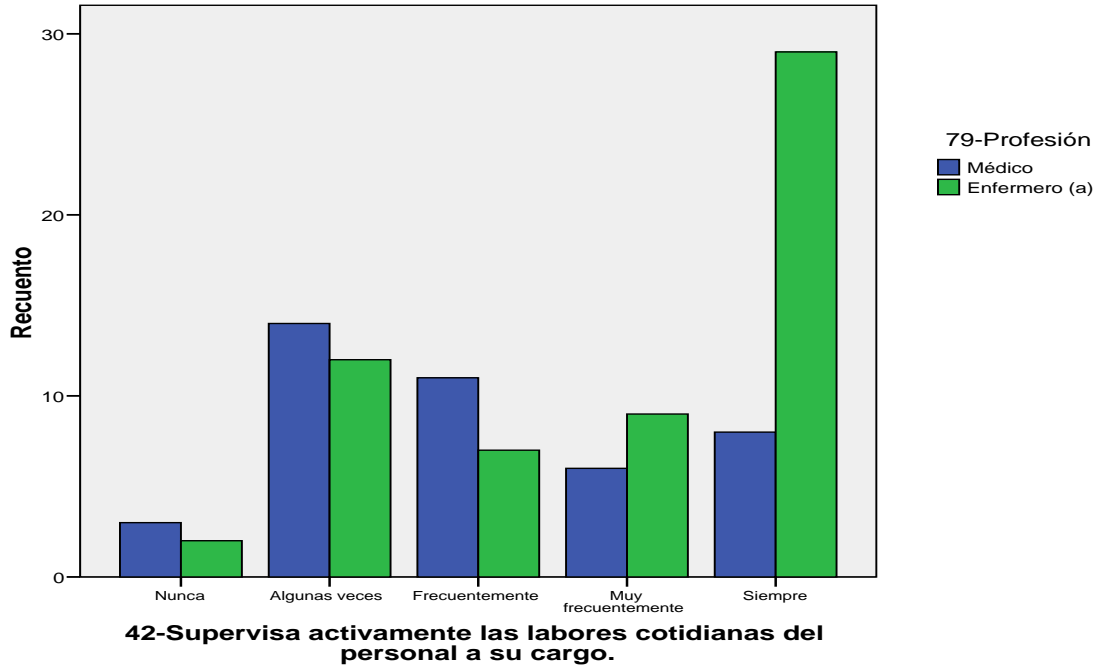
En relación a la profesión esta gráfica nos muestra que del 40% de la población médica solo el 46% están en el rango de “Algunas veces”, mientras que del 60% de los enfermeros(as) solo el 83% se encuentran en el rango de “Siempre”.

Gráfica 4.25. Supervisa activamente las labores cotidianas del personal a su cargo/ género.



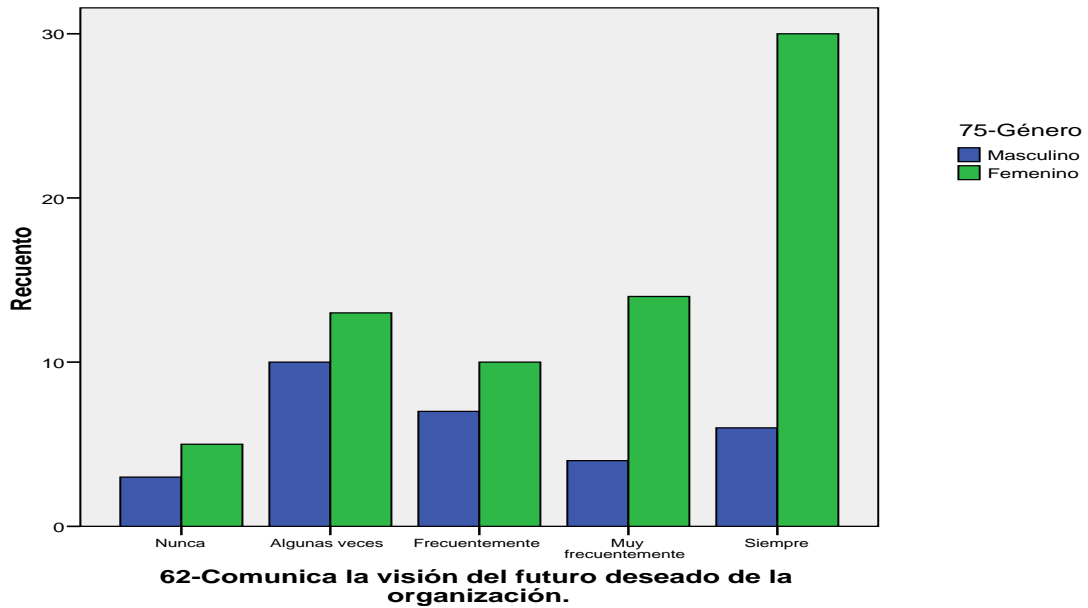
La gráfica nos muestra que del 30% de la muestra masculina, solo el 35% de los médicos se encuentran en el rango “Algunas veces”, y del 70% de la muestra femenina, solo el 84% están en el rango de “Siempre”.

Gráfica 4.26. Supervisa activamente las labores cotidianas del personal a su cargo/ profesión.



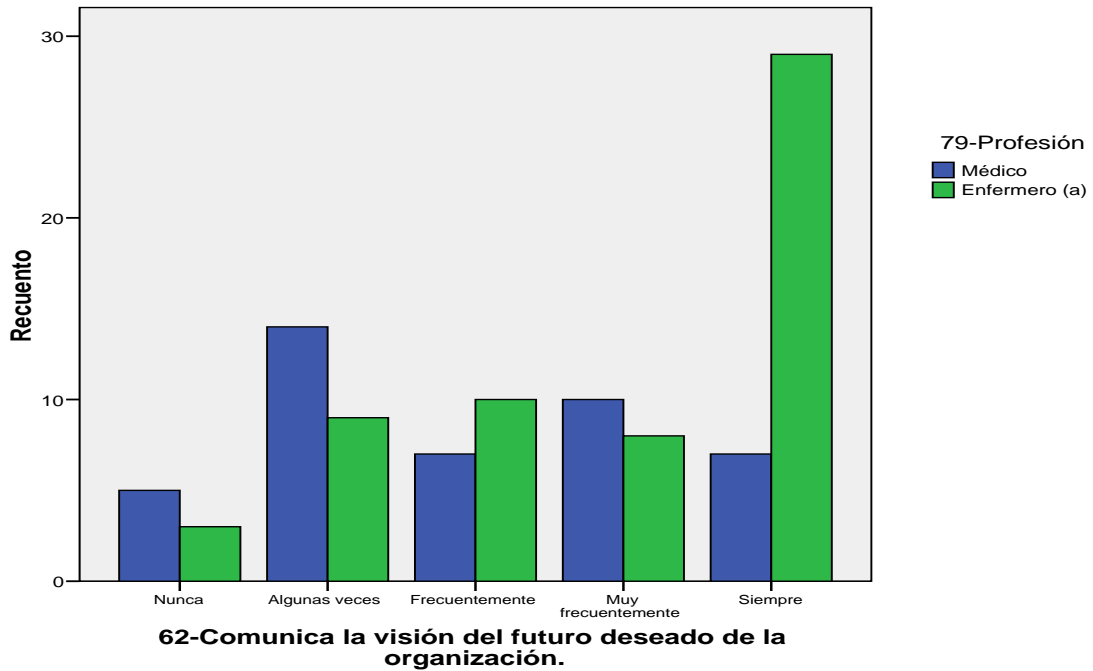
Con respecto a la misma pregunta pero en cuanto a la profesión, en los médicos el rango de mayor respuesta es el de “Algunas veces” con 14 respuestas, mientras que en los enfermeros(as) el rango con mayor respuesta es el de “Siempre” con 29.

Gráfica 4.27. Comunica la visión del futuro deseado de la organización/ género.



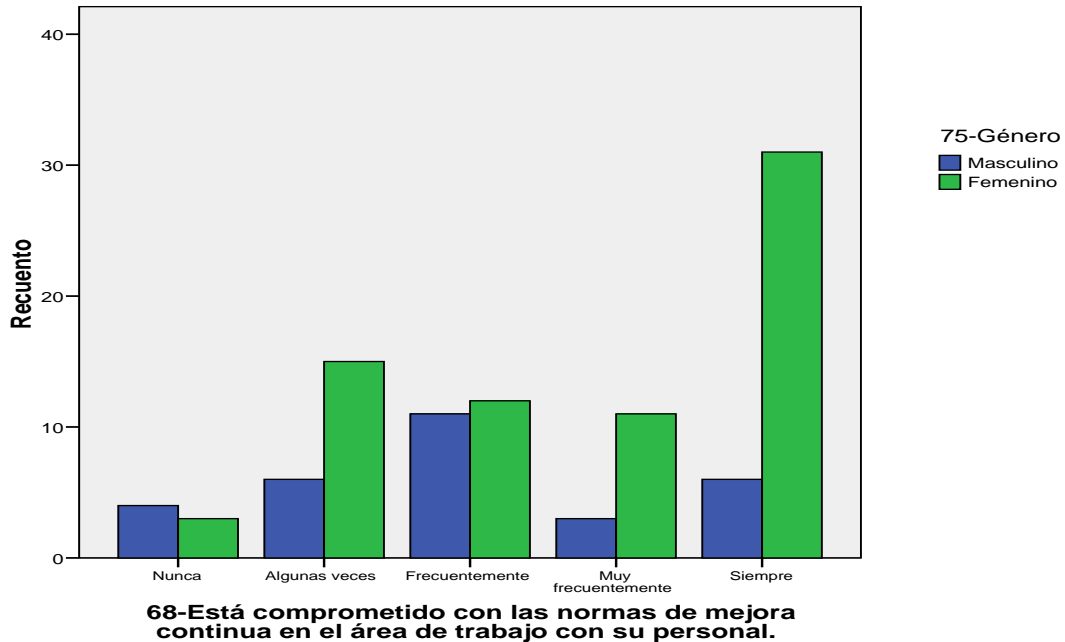
En esta gráfica el rango con mayor respuesta del género masculino fue el de “Algunas veces” con el 43%, mientras que el rango con mayor respuesta del género femenino es el de “Siempre” con el 83%.

Gráfica 4.28. Comunica la visión del futuro deseado de la organización/ profesión.



En esta gráfica el rango con mayor respuesta en cuanto a la profesión de médico fue el de “Algunas veces” con el 61%, mientras que el rango con mayor respuesta en los enfermeros(as) es el de “Siempre” con el 81%.

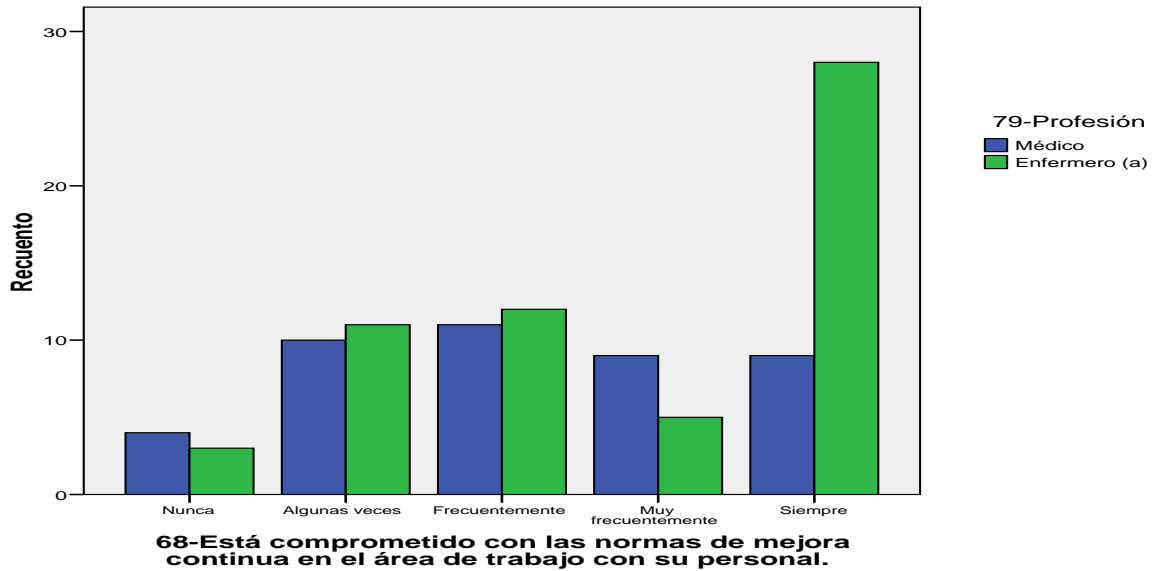
Gráfica 4.29. Esta comprometido con las normas de mejora continua en el área de trabajo con su personal/ género.



Esta gráfica indica que del 30% de la población masculina el 48% de los hombres dicen que “Frecuentemente” sus líderes están comprometidos con las normas de mejora continua, y del 70% de la población femenina el 84% de las mujeres dicen que “Siempre” sus líderes están comprometidos con las normas de mejora continua.

Lo que nos dice que más de la mitad de la población total siente que sus líderes están comprometidos con las normas de mejora continua.

Gráfica 4.30. Esta comprometido con las normas de mejora continua en el área de trabajo con su personal/ profesión.



Esta gráfica indica que del 40% de la población médica el 48% dicen que “Frecuentemente” sus líderes están comprometidos con las normas de mejora continua, y del 60% de la población de enfermeros(as) el 76% dicen que “Siempre” sus líderes están comprometidos con las normas de mejora continua.

Lo que nos dice que más de la mitad de la población total siente que sus líderes están comprometidos con las normas de mejora continua.

4.3 Modelos de ecuaciones estructurales

4.3.1 Ecuaciones estructurales y contrastación de hipótesis

Comprendiendo la naturaleza multivariada de las preguntas y las hipótesis de investigación, fue necesario emplear Modelos de Ecuaciones Estructurales que permitieran de manera gráfica y estadística el analizar la correlación de distintas variables o sub escalas de Liderazgo transformacional desde el Modelo de Bass y Avolio, y en sub escalas de Burnout desde el Modelo de Maslach en el personal investigado.

Se generaron paralelamente, diversas corridas de Regresión Múltiple, sus respectivos Coeficientes Beta Estandarizados y los Índices Estadísticos de Ajuste para evaluar cada modelo. La confiabilidad de cada una de las variables o sub escalas implicadas en los análisis estadísticos se pudo evaluar mediante el Coeficiente Alfa de Cronbach.

El Modelo de Ecuaciones Estructurales desarrollado permitió visualizar las variables exógenas o independientes (Liderazgo transformacional, Liderazgo transaccional, Laissez Faire, y Variables de resultado) y las variables endógenas o dependientes (Agotamiento emocional, Despersonalización y Baja realización personal), con sus correspondientes preguntas o reactivos que integran cada una de ellas, evaluando dichas hipótesis en forma conjunta, y confirmar los hallazgos empíricos del modelo teórico de Bass y Avolio, por un lado, y el de Maslach por el otro.

Resultados de la contrastación de hipótesis No.1:

Hipótesis Nula:

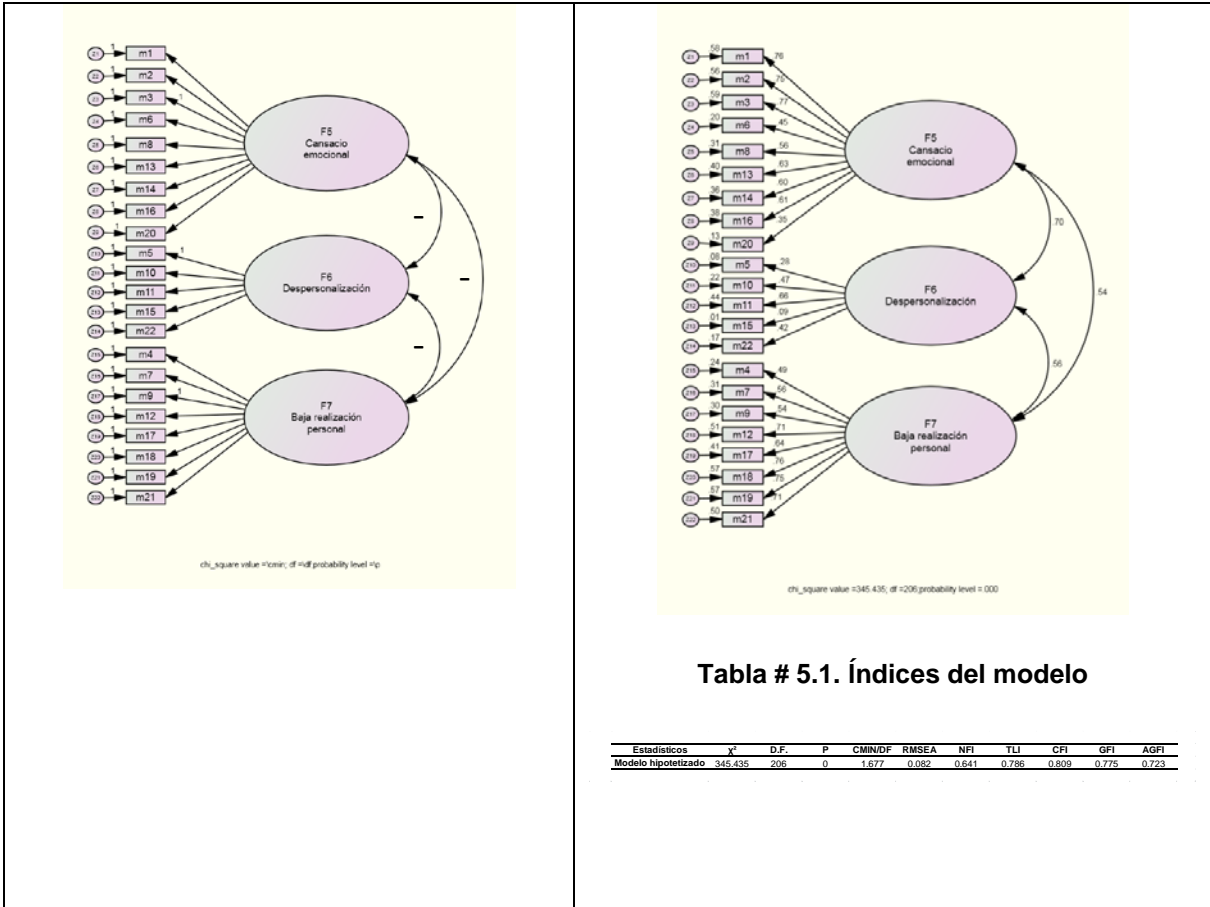
Ho. 1: “No existe una correlación inversa significativa entre las sub escalas del burnout en el agotamiento emocional, baja realización personal y la despersonalización desde la percepción de los empleados de la Jurisdicción de Servicios de Salud de Ensenada”.

Análisis:

Fue necesario representar un modelo hipotetizado bajo la postura nula (Ho:), para posteriormente contrastarlo empleando la base de datos y el uso de los Modelos de Ecuaciones Estructurales.

Se presenta en la Figura 5.1 el modelo hipotetizado y en la Figura # 5.2, la corrida del modelo hipotetizado.

<p>Figura 5.1. Modelo de Ecuaciones Estructurales hipotetizado desde la postura nula Ho:</p> <p>Agotamiento emocional, Despersonalización y Baja realización personal de médicos y enfermeras de la Jurisdicción de Servicios de Salud de Ensenada, Baja California,</p> <p>n = 102</p>	<p>Figura # 5.2. Corrida del Modelo de Ecuaciones Estructurales hipotetizado desde la postura nula Ho:</p> <p>Agotamiento emocional, Despersonalización y Baja realización personal de médicos y enfermeras de la Jurisdicción de Servicios de Salud de Ensenada, Baja California,</p> <p>n = 102</p>
--	--



Cabe señalar que dicho modelo inicial, se corrió siguiendo la estadística multivariada de Modelos de Ecuaciones Estructurales, por lo que se obtuvieron los resultados preliminares, para evaluar las variables significativas que deben prevalecer y no significativas que se deben eliminar.

Se ajustó el modelo inicial hipotetizado y se integró el modelo re – especificado. En la Figura 5.3, se presenta la corrida del Modelo de Ecuaciones Estructurales Re – especificado.

Figura 5.3. Modelo de Ecuaciones Estructurales Re – especificado. Agotamiento emocional, Despersonalización y Baja realización personal de médicos y enfermeras de la Jurisdicción de Servicios de Salud de Ensenada, Baja California, n = 102

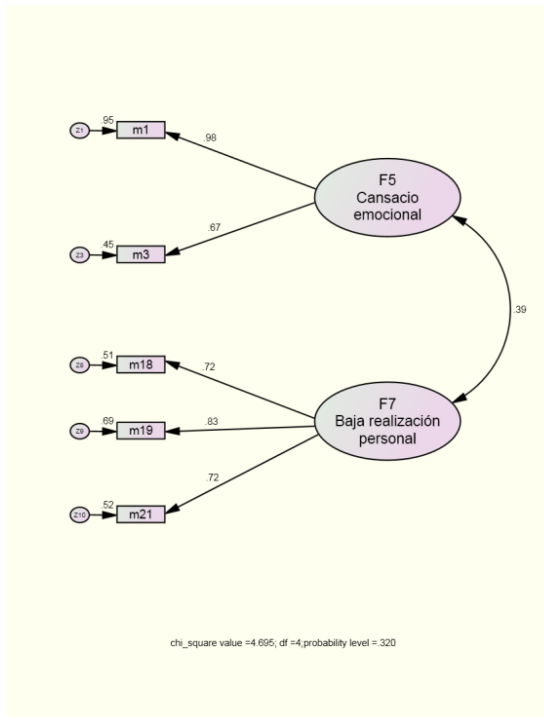


Tabla 5.2. Índices del Modelo

Estadísticos	χ^2	D.F.	P	CMIN/DF	RMSEA	NFI	TLI	CFI	GFI	AGFI
Modelo hipotetizado	4.695	4	0.32	1.174	0.041	0.972	0.989	0.996	0.982	0.933

Tabla 5.3. Pesos de regresión estandarizados del modelo de hipótesis (Standardized Regression Weights)

Variables	Estimate	Error S.E.	Critical (C.R.)	P
m1 <--- F5_Cansacio_emocional	1.42	0.46	3.12	0.002
m18 <--- F7_Baja realización_personal	0.92	0.14	6.37	***
m21 <--- F7_Baja realización_personal	1.05	0.17	6.40	***

***p<.001

Variables	Pesos
m1 <--- F5_Cansacio_emocional	0.98
m3 <--- F5_Cansacio_emocional	0.67
m18 <--- F7_Baja realización_personal	0.72
m19 <--- F7_Baja realización_personal	0.83
m21 <--- F7_Baja realización_personal	0.72

Tabla 5.4. Matriz de correlaciones de las variables involucradas en el modelo

Correlación	Estimación
F5_Cansacio_emocional <---> F7_Baja realización_personal	0.39

La Tabla 5.2, permite observar un decremento de la Chi cuadrada en el modelo inicial de 345.435 a 4.695, en el modelo re – especificado. La P. obtenida permite rechazar la hipótesis nula al obtener un puntaje mayor de 0.05. El CMIN/DF siendo 1.174, nos confirma un modelo excelente, un RMSEA de 0.041 confirma un buen

ajuste a un intervalo de confianza del .95 %, los índices NFI, TLI, DFI, GF1 y el AGFI cercanos a 1 siendo sustentables, apoyan y confirman la bondad del ajuste.

En la Tabla 5.3, se observan coeficientes betas estandarizados significativos, iguales o mayores a .70 en todos los factores que quedaron en el modelo.

Cabe comentar que la sub escala Despersonalización no fue significativa y fue necesario eliminarla del modelo en el proceso de re – especificación y ajuste.

En Tabla 5.4, permite señalar una correlación directa significativa de 0.39 entre el Agotamiento emocional con la Baja realización personal.

Cabe señalar que los Coeficientes Alfa de Cronbach de confiabilidad para las sub escalas de Desgaste Profesional que quedaron en el Modelo de Ecuaciones Estructurales final, fueron los siguientes: para el Agotamiento emocional fue de 0.79 y para la Baja realización personal de 0.79.

Lo anterior permite Rechazar las Ho de la hipótesis No. 1, con una P. de .05.

Resultados de la contrastación de hipótesis No.2

Hipótesis Nula:

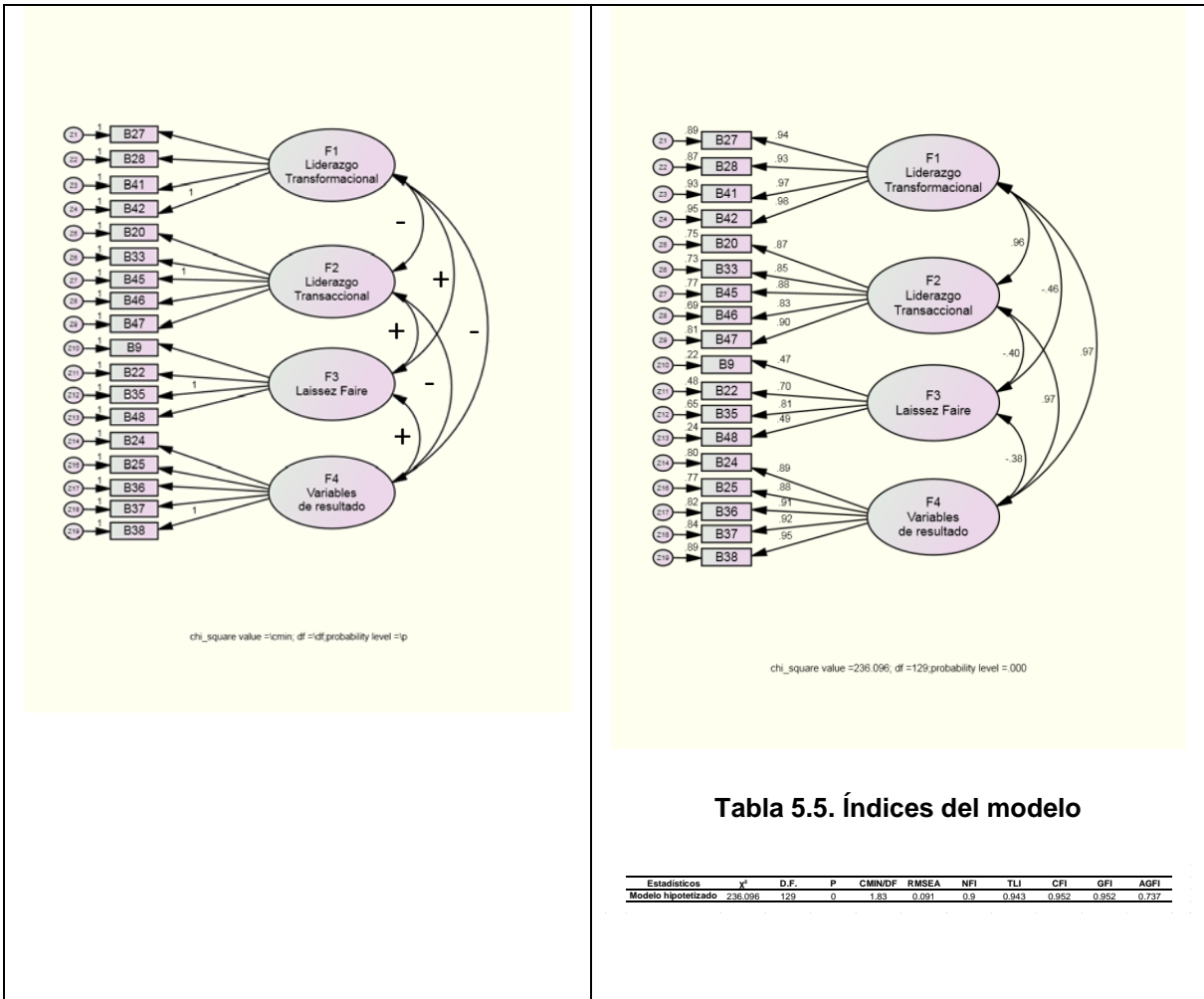
Ho. 2: “No existe una correlación inversa significativa entre las sub escalas del liderazgo transformacional, transaccional, laissez faire y variables de resultado en la percepción de los empleados de la Jurisdicción de Servicios de Salud de Ensenada.”

Análisis:

Fue necesario representar un modelo hipotetizado bajo la postura nula (Ho:), para posteriormente contrastarlo empleado la base de datos y el uso de los Modelos de Ecuaciones Estructurales.

Se presenta en la Figura 5.4, el modelo hipotetizado y en la Figura 5.5, la corrida del modelo hipotetizado.

<p>Figura 5.4. Modelo de Ecuaciones Estructurales hipotetizado desde la postura nula Ho:</p> <p>Liderazgo transformacional, transaccional, Laissez Faire y Variables de resultado de médicos y enfermeras de la Jurisdicción de Servicios de Salud de Ensenada, Baja California,</p> <p>n = 102</p>	<p>Figura 5.5. Corrida del Modelo de Ecuaciones Estructurales hipotetizado desde la postura nula Ho:</p> <p>Liderazgo transformacional, transaccional, Laissez Faire y Variables de resultado de médicos y enfermeras de la Jurisdicción de Servicios de Salud de Ensenada, Baja California,</p> <p>n = 102</p>
--	--



Se ajustó el modelo inicial hipotetizado y se integró el modelo re – especificado. En la Figura 5.6, se presenta la corrida del Modelo de Ecuaciones Estructurales Re – especificado.

Figura 5.6. Modelo de Ecuaciones Estructurales Re – especificado. Liderazgo transformacional, transaccional, Laissez Faire y Variables de resultado de médicos y enfermeras de la Jurisdicción de Servicios de Salud de Ensenada, Baja California, n = 102

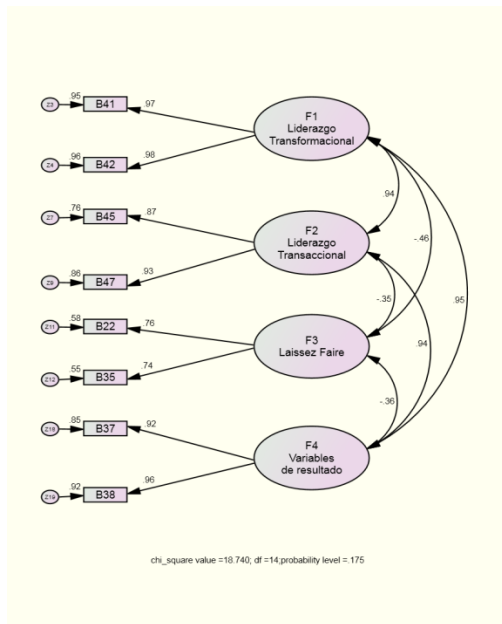


Tabla 5.6. Índices del Modelo

Estadísticos	χ^2	D.F.	P	CMIN/DF	RMSEA	NFI	TLI	CFI	IFI	AGFI
Modelo hipotetizado	18.74	14	0.175	1.339	0.058	0.98	0.989	0.995	0.959	0.895

Tabla 5.7. Pesos de regresión estandarizados del modelo de hipótesis (Standardized Regression Weights)

Variables	Estimate	Error estándar S.E.	Critical ratio (C.R.)	P
B41 <--- F1_Liderazgo_Transformacional	1.00	0.03	30.49	***
B47 <--- F2_Liderazgo_Transaccional	1.00	0.07	13.73	***
B22 <--- F3_Laissez Faire	0.81	0.20	4.00	***
B37 <--- F4_Variables_de_resultado	1.00	0.06	18.50	***

Variables	Pesos
B42 <--- F1_Liderazgo_Transformacional	0.98
B41 <--- F1_Liderazgo_Transformacional	0.97
B47 <--- F2_Liderazgo_Transaccional	0.93
B45 <--- F2_Liderazgo_Transaccional	0.87
B22 <--- F3_Laissez Faire	0.76
B35 <--- F3_Laissez Faire	0.74
B37 <--- F4_Variables_de_resultado	0.92
B38 <--- F4_Variables_de_resultado	0.96

Tabla 5.8. Matriz de correlaciones de las variables involucradas en el modelo

Subescalas de liderazgo	F4	F3	F2	F1
F4_Variables_de_resultado	1			
F3_Laissez Faire	-0.36	1		
F2_Liderazgo_Transaccional	0.942	-0.349	1	
F1_Liderazgo_Transformacional	0.946	-0.462	0.94	1

La Tabla 5.6, permite observar un decremento de la Chi cuadrada en el modelo inicial de 236.096 a 18.74, en el modelo re – especificado. La P. obtenida permite rechazar la hipótesis nula al obtener un puntaje mayor de 0.05. El CMIN/DF siendo 1.339, nos confirma un modelo excelente, un RMSEA de 0.058 confirma un buen ajuste a un intervalo de confianza del .90 %, los índices NFI, TLI, DFI, GF1 y el AGFI cercanos a 1 siendo sustentables, apoyan y confirman la bondad del ajuste.

En la Tabla 5.7, se observan coeficientes beta estandarizados significativos, mayores a .70 en todos los factores que quedaron en el modelo.

En Tabla 5.8, se observan correlaciones altamente significativas entre los factores de Liderazgo transformacional, transaccional y Variables de resultado mayores a .90. Se encontraron correlaciones inversas significativas entre el Laissez Faire con todas las demás sub escalas, siendo: con las Variables de resultado fue de -0.36 , con el Liderazgo transaccional de -0.349 , y con el Liderazgo transformacional de -0.462 .

Cabe señalar que los Coeficientes Alfa de Cronbach de confiabilidad para las sub escalas de Liderazgo transformacional que quedaron en el Modelo de Ecuaciones Estructurales final, fueron los siguientes: para el Liderazgo transformacional fue de 0.98, para el Liderazgo transaccional de 0.89, para el Laissez Faire de 0.71 y para las Variables de resultado fue de 0.94.

Lo anterior permite Rechazar las H_0 de la hipótesis No. 2, con una P. de .10

Resultados de la contrastación de hipótesis No.3

Hipótesis Nula:

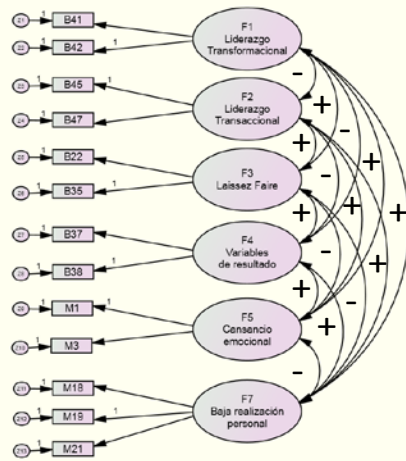
Ho. 3: “No existe una correlación inversa significativa entre las sub escalas del liderazgo transformacional, transaccional, laissez faire y variables de resultado y el burnout en sus sub escalas de agotamiento emocional, baja realización personal y la despersonalización”.

Análisis:

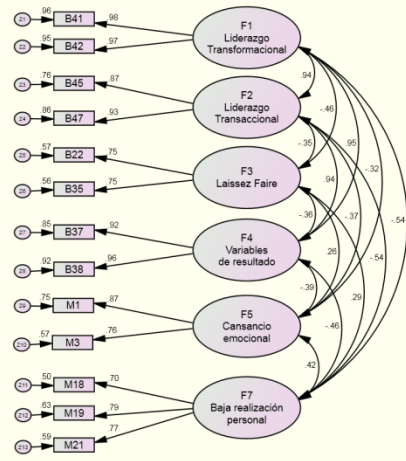
Fue necesario representar un modelo hipotetizado bajo la postura nula (Ho:), para posteriormente contrastarlo empleado la base de datos y el uso de los Modelos de Ecuaciones Estructurales.

Se presenta en la Figura 5.7, el modelo hipotetizado y en la Figura 5.8, la corrida del modelo hipotetizado.

<p>Figura 5.7. Modelo de Ecuaciones Estructurales hipotetizado bajo la postura nula Ho.</p> <p>Correlaciones entre el Liderazgo transformacional, transaccional, Laissez Faire, Variables de resultado, con Agotamiento emocional y Baja realización personal de médicos y enfermeras de la Jurisdicción de Servicios de Salud de Ensenada, Baja California,</p> <p>n = 102</p>	<p>Figura 5.8. Modelo de Ecuaciones Estructurales Re-especificado</p> <p>Correlaciones entre el Liderazgo transformacional, transaccional, Laissez Faire, Variables de resultado, con Agotamiento emocional y Baja realización personal de médicos y enfermeras de la Jurisdicción de Servicios de Salud de Ensenada, Baja California,</p> <p>n = 102</p>
--	--



chi_square value = 58.184, df = 50, probability level = .199



chi_square value = 58.184, df = 50, probability level = .199

Tabla 5.9. Índices del Modelo

Estadísticos	χ^2	D.F.	P	CMIN/DF	RMSEA	NFI	TLI	CFI	GFI	AGFI
Modelo hipotetizado	58.184	50	0.199	1.164	0.04	0.95	0.988	0.992	0.927	0.867

Tabla 5.10. Pesos de regresión estandarizados del modelo de hipótesis (Standardized Regression Weights)

Variables	Estimate	Error estándar S.E.	Critical ratio (C.R.)	P
B41 <--- F1_Liderazgo_Transformacional	1.01	0.03	30.65	***
B47 <--- F2_Liderazgo_Transaccional	1.00	0.07	13.77	***
B22 <--- F3_Laissez Faire	0.80	0.19	4.17	***
B37 <--- F4_Variables_de resultado	1.02	0.06	18.59	***
M3 <--- F5_Cansancio_emocional	0.89	0.19	4.82	***
M18 <--- F7_Baja realización_personal	0.94	0.15	6.51	***
M21 <--- F7_Baja realización_personal	1.17	0.17	6.94	***

Variables	Pesos
B42 <--- F1_Liderazgo_Transformacional	0.98
B41 <--- F1_Liderazgo_Transformacional	0.98
B47 <--- F2_Liderazgo_Transaccional	0.93
B45 <--- F2_Liderazgo_Transaccional	0.87
B22 <--- F3_Laissez Faire	0.75
B35 <--- F3_Laissez Faire	0.75
B37 <--- F4_Variables_de resultado	0.92
B38 <--- F4_Variables_de resultado	0.96
M1 <--- F5_Cansancio_emocional	0.87
M3 <--- F5_Cansancio_emocional	0.76
M18 <--- F7_Baja realización_personal	0.71
M19 <--- F7_Baja realización_personal	0.79
M21 <--- F7_Baja realización_personal	0.77

Tabla 5.11. Correlaciones entre los factores involucrados en el Modelo de Ecuaciones Estructurales

Subescalas	Correlación
F1_Liderazgo_Transformacional <-> F2_Liderazgo_Transaccional	0.94
F1_Liderazgo_Transformacional <-> F3_Laissez Faire	-0.46
F1_Liderazgo_Transformacional <-> F4_Variables_de resultado	0.95
F1_Liderazgo_Transformacional <-> F5_Cansancio_emocional	-0.32
F1_Liderazgo_Transformacional <-> F7_Baja realización_personal	-0.54
F2_Liderazgo_Transaccional <-> F3_Laissez Faire	-0.35
F2_Liderazgo_Transaccional <-> F4_Variables_de resultado	0.94
F2_Liderazgo_Transaccional <-> F5_Cansancio_emocional	-0.37
F2_Liderazgo_Transaccional <-> F7_Baja realización_personal	-0.54
F3_Laissez Faire <-> F4_Variables_de resultado	-0.36
F3_Laissez Faire <-> F5_Cansancio_emocional	0.26
F3_Laissez Faire <-> F7_Baja realización_personal	0.29
F4_Variables_de resultado <-> F5_Cansancio_emocional	-0.39
F4_Variables_de resultado <-> F7_Baja realización_personal	-0.46
F5_Cansancio_emocional <-> F7_Baja realización_personal	0.42

La Tabla 5.9, permite observar un decremento de la Chi cuadrada en el modelo inicial a 58.184, en el modelo re – especificado. La P. obtenida permite rechazar la hipótesis nula al obtener un puntaje mayor de 0.05. El CMIN/DF siendo 1.164, nos confirma un modelo excelente, un RMSEA de 0.04 confirma un buen ajuste a un intervalo de confianza del .95 %, los índices NFI, TLI, DFI, GF1 y el AGFI cercanos a 1 siendo sustentables, apoyan y confirman la bondad del ajuste.

En el modelo de la Figura 5.8 y la Tabla 5.9, se observan coeficientes beta estandarizados significativos con una P. de < 0.05, iguales o mayores .70 en todos los factores involucrados; tanto de sub escalas de Liderazgo Transformacional como de burnout.

En el modelo de la Figura 5.8 y en la Tabla 5.11, se observan correlaciones altamente significativas entre los factores de liderazgo transformacional,

transaccional y variables de resultado mayores a .90; mientras que se encontraron moderadas correlaciones inversas significativas entre el Laissez Faire con todas las demás sub escalas que van desde - .35 a -.46. Por lo que concierne a las correlaciones entre sub escalas de liderazgo transformacional con sub escalas de burnout se observó lo siguiente: el Laissez Faire se correlaciona en forma directa significativa con el agotamiento emocional con un 0.26, y con la Baja realización personal con un 0.29. La correlación entre el Agotamiento emocional con el Liderazgo transformacional fue de - 0.32, con el Liderazgo transaccional fue de - 0.37, y con las Variables de resultado fue de - 0.39. Mientras que la correlación entre la Baja realización personal y el Liderazgo transformacional fue de - 0.54, con el Liderazgo transaccional de - 0.54, y con las Variables de resultado fue de - 0.46.

Lo anterior permite Rechazar las Ho de la hipótesis No. 3, con una P. de .05

Capítulo V

Discusión, conclusiones y recomendaciones

5.1 Discusión

El objetivo de este estudio fue correlacionar el Liderazgo Transformacional del personal médico y de enfermería de la Jurisdicción de Servicios de Salud de Ensenada, Baja California, con el Burnout.

Los resultados de este estudio demostraron que existe una correlación inversa significativa entre las sub escalas del liderazgo transformacional, transaccional, variables de resultado y el burnout en sus sub escalas de agotamiento emocional, baja realización personal y la despersonalización. Las correlaciones entre el No Liderazgo y las escalas del burnout fueron positivas.

El liderazgo transformacional como se pudo demostrar explica un porcentaje de la varianza del agotamiento emocional al igual que en los estudio de Stordeur, D'hoore y Vandenberghe, (2000); Gordick, (2002), quienes encontraron que el liderazgo transformacional explica el 2% de la varianza del estrés laboral percibido, al igual que en otros estudios donde se encontró una relación moderada entre los estilos de liderazgo y el burnout en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización. En este sentido, los resultados confirman dicha relación inversa, con respecto al liderazgo Laissez Faire, el cual se correlaciona en forma directa significativa con el Agotamiento emocional con un 0.26, y con la Baja realización personal con un 0.29. La correlación entre el Agotamiento emocional con el Liderazgo transformacional fue de - 0.32, con el Liderazgo transaccional fue de - 0.37, y con las Variables de resultado fue de - 0.39. Mientras que la correlación entre la Baja realización personal y el Liderazgo transformacional fue de - 0.54, con el Liderazgo transaccional de - 0.54, y con las Variables de resultado fue de - 0.46.

Estos resultados son coincidentes, también, con lo expresado en otros estudios, donde se señala que existe un importante impacto del liderazgo en los componentes del agotamiento profesional y del estrés laboral (McVicar, 2003; Jonsson, Johansson, Rosengren, Lappas y Wilhelmsen 2003, citados en Mendoza, et al. 2011). Mientras que otras investigaciones han encontrado asociación entre el estilo de liderazgo y el burnout en la dimensión de agotamiento emocional entre subordinados (Sheridan y Wredenburgh, 1979; Melchior, Van den Berg, Halfens y Abu-Saad, 1997; McCain, 1995, citados en Mendoza et al., 2011).

Los hallazgos de esta investigación demuestran que el liderazgo transformacional tiene una asociación positiva significativa con la realización personal y una asociación negativa con el agotamiento emocional y la despersonalización. Al igual que en el estudio de Jennings, Disch, and Senn (2008), quienes demostraron que los estilos de liderazgo impactan en el burnout de los doctores y enfermeras de un grupo de hospitales.

Esto concuerda también con el hecho de que el líder transformacional puede favorecer cambios en sus seguidores con respecto a los factores de riesgo psicosocial (García, Rubio y Bravo, 2007), lo que pone de manifiesto que el líder transformacional puede reducir el impacto de estos factores. Un líder ejerce un efecto de contención de diferentes tipos de problemas (Medina, 2004).

Se observa que factores presentes en el personal de enfermería pueden provocar insatisfacción laboral, como lo es el no reconocimiento de las labores dentro del área hospitalaria por parte de la institución y por las políticas de la misma, lo cual manifiesta la gran importancia para esta población, el reconocimiento, ya que esto es un factor protector que previene el burnout y mejora el cumplimiento de los roles y funciones (Albaladejo, Villanueva, Ortega, Astasio, Calle y Domínguez, 2004).

Si bien es cierto, no existen claras diferencias entre las especialidades, éstas afectan diferentes dimensiones. De este modo, se ha descrito una mayor

prevalencia de despersonalización en las especialidades quirúrgicas y de intensivos a diferencia de especialidades con mayor contacto familiar o ambulatorio.

Algunos de los hallazgos más sobresalientes son los siguientes: el 40% de los encuestados mencionan no tratar eficazmente los problemas de sus pacientes, el 40% de los profesionales de la salud de la muestra dicen no sentirse muy activos, lo cual refleja que el personal se encuentra agotado emocionalmente. El 45% de la muestra considera no tratar los problemas emocionales con calma lo que indican un desgaste.

Estos porcentajes son preocupantes ya que nos muestran el sentir de los profesionales de la salud encuestados con respecto al burnout, y reflejan un desgaste profesional y una baja realización en su trabajo, lo anterior coincide con hallazgos encontrados por Aranda et al. 2005 en su investigación hecha, por tanto es sumamente recomendable la implementación de programas de intervención que mejoren las condiciones psicosociales en sus áreas de trabajo, así como apoyo que el personal percibe de sus directivos y que le permitan desarrollar mejores estrategias de afrontamiento ante situaciones de estrés.

Con respecto al liderazgo, más del 47% de la muestra menciona que sus jefes no los motivan para alcanzar las metas programadas, y solo la mitad de la población 50% considera que sus líderes promueven la satisfacción en el equipo de trabajo con su liderazgo, esta es sin duda alguna un reflejo de lo que perciben los empleados con respecto a sus líderes y con estos porcentajes tan altos se observa que están descuidando dos aspectos básicos para la eficiencia de sus empleados como son la motivación y la satisfacción.

Otro hallazgo importante es que el 43% opina que sus jefes no promueven acciones hacia los lineamientos de la misión y la visión de la organización. Lo anterior demuestra que los objetivos, misión y visión de la organización no están alineados con los de sus empleados, por lo que la organización debe promover el

crecimiento de sus empleados a través de éstos y que incidan tanto en la competitividad organizacional como personal de los profesionales de la salud.

El hecho de que no se cuente con los materiales suficientes o adecuados para la realización de su trabajo que les permitan ser eficientes en tiempos y recursos también impacta en agotamiento emocional de los empleados según una investigación de Camacho-Ávila et al., (2010), hecha en el hospital General Regional, lo cual coincide con esta investigación, pues en este estudio, el 50% de los empleados manifiesta no contar con los recursos y tiempos adecuados para alcanzar los objetivos de su trabajo.

Para la solución de problemas en equipo, el líder o directivo de la institución debe fomentar la cohesión de los grupos y la comunicación, pues se observa en esta investigación que más del 46% de los encuestados manifiesta que los jefes no propician la resolución de los problemas del grupo. Esto coincide con las investigaciones de Gil-Monte (2001) donde se demostró que la presencia de una actitud negativa impacta en el agotamiento profesional de los empleados al producir mayores niveles de desgaste psíquico, indolencia y sentimientos de culpa.

Entre las variables psicosociales relacionadas al burnout encontramos la falta de control y/o autonomía en el propio trabajo, que incide con el liderazgo, lo cual en esta investigación refleja una clara correlación entre el tipo de apoyo social y organizacional que percibe el empleado y sus relaciones interpersonales las cuales pueden ser tensas si existe ambigüedad del rol, o si el clima organizacional y los estilos de liderazgo son inadecuados, dado que el apoyo organizacional resulta ser insuficiente, y las relaciones entre los grupos de trabajo son pobres, generando rigidez organizacional, poca autonomía en el trabajo, poca comunicación e inadecuación profesional.

5.2 Limitaciones de esta investigación.

Debido a que solo se aplicaron 102 cuestionarios, los resultados no pueden generalizarse al entorno de los hospitales públicos, así como también el hecho de que solo se aplicó el instrumento “visto por otros”.

5.3 Oportunidades de Investigaciones futuras:

Sería importante correlacionar las diferentes especialidades médicas contra las sub escalas de burnout, así como contra las sub escalas del liderazgo transformacional, la aplicación del instrumento de 360° es decir, el “visto por uno mismo” (líder) y el “visto por otros” (seguidor), para tener un panorama general de los dos puntos de vista.

5.4 Conclusiones

Se valida el Modelo de Maslach en cuanto al Burnout de los médicos y las enfermeras, porque se encontraron correlaciones directas significativas entre las sub escalas de Agotamiento emocional, Despersonalización y Baja realización personal en los trabajadores investigados.

Es importante señalar que el Modelo de Ecuaciones Estructurales eliminó la sub escala de Despersonalización.

Se valida el Modelo de Bass y Avolio en cuanto al Liderazgo transformacional de los líderes, porque se encontraron correlaciones directas significativas entre las sub escalas de Liderazgo transformacional, Liderazgo transaccional y Variables de resultado, mientras que las correlaciones de todas ellas, con el Laissez Faire son inversas significativas, en los trabajadores investigados.

Los Coeficientes de Confiabilidad Alfa de Cronbach para cada una de las sub escalas de Liderazgo transformacional del Modelo de Bass y Avolio, alcanzaron niveles superiores a 0.70 en todas ellas; así como en las dos sub escalas que quedaron en el Modelo de Maslach.

Existe una correlación inversa significativa entre sub escalas del Liderazgo transformacional, Transaccional, y Variables de resultado, con las sub escalas de Burnout como son el Agotamiento emocional y la Baja realización personal. Mientras que las correlaciones entre el Laissez Faire con las sub escalas de Burnout que quedaron en el modelo, son positivas.

5.5 Recomendaciones.

Para lograr ser una organización efectiva y saludable los líderes deben fomentar la confianza, la apertura, la comunicación y un clima de apoyo, no resaltar la autoridad y el control jerárquico, confrontar los problemas abiertamente y ofrecer más participación en las decisiones para que sus empleados tengan mayor compromiso, mostrándoles una visión integral de lo que desea la organización.

Por lo que se recomienda capacitación y entrenamiento para los líderes, con esto podrán detectar necesidades, tendrán capacidad de diagnóstico, empatía, mejorar su capacidad para solucionar problemas, evitar conflictos y por ende podrán ser agentes de cambio para la organización, mejorando así el clima de trabajo, eliminando el sentimiento de agotamiento y baja realización en el trabajo de sus empleados. Se pueden establecer también programas de intervención en el manejo de estrés en los trabajadores para evitar llegar a generar burnout.

La retroalimentación es sin duda una técnica que también se recomienda ya que se puede conocer mediante una evaluación las necesidades de los empleados, es directa, personal y confidencial.

Desarrollar un plan de vida y carrera puede lograr reducir la baja realización personal, ya que se tiene una visión de lo que se quiere lograr durante la vida profesional.

El hecho de ser una institución pública no debe minar los esfuerzos de los líderes ni de los empleados por mejorar la calidad de vida laboral, el camino no es fácil pero se puede lograr.

Referencias

Aguilar, A., Rodríguez, A. y Salanova, M. (2005). Liderazgo y riesgos psicosociales en los empleados. Jornadas de fomento de la investigación. Consultado el 28 de mayo de 2011 en: <http://www.uji.es/bin/publ/edicions/ifi8/psi/36.pdf>

Aguirre, H. y Villarreal, M. (2012). El liderazgo estratégico. Revisión de las teorías más relevantes acerca de la dirección y propuestas del liderazgo estratégico: Buscando la excelencia en la administración de empresas. Consultado el 26 de febrero de 2012 en: <http://www.eumed.net/ce/2012/amva.html>

Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, ME. y Domínguez, V. (2004). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. Revista española. Salud Pública vol.78 no.4. Madrid, España.

Aranda, C., Pando, M., Torres, T., Salazar, J. y Franco, S. (2005). Factores psicosociales laborales y síndrome de burnout en médicos de familia. México. Anales de la Facultad de Medicina. 66 (3):235-331.

Ayuso, J. (2006). Profesión docente y estrés laboral: una aproximación a los conceptos de Estrés Laboral y Burnout. Consultado el 13 de septiembre de 2011 en: <http://www.rieoei.org/deloslectores/1341Ayuso.pdf>

Camacho-Ávila, A., Juárez-García, A. y Arias, F. (2010). Síndrome de burnout y factores asociados en médicos estudiantes. Ciencia y trabajo, 12, (35), p. 252. Consultado el 24 de marzo del 2011 en: <http://www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/35/pagina251.pdf>

Castro, A. y Lupano, M. L. (2007). Teorías implícitas del liderazgo y calidad de la relación entre líder y seguidor. Boletín de Psicología (89). Consultado el 12 de julio de 2011 en: <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N89-1.pdf>

Dávila, M., (2011). Clima Organizacional y síndrome de burnout en una empresa mediana de manufactura. Revista de divulgación institucional TESCOATL, 13, (32), p.2. Consultado el 15 de febrero de 2011 en: http://www.tesco.edu.mx/gem/DOC/PDF/publicaciones/tescoatl/tesco_pdf_tescoatl_32_4_climaOrganizacionalSindromeBurnot.pdf

García, M., Rubio, P. & Bravo, L. (2007). Relación entre los factores de riesgo psicosocial y la resistencia al cambio organizacional en personal de seguridad de una empresa del sector económico terciario. En: *Diversitas Perspectivas en Psicología*, 3: 301-315.

Gil-Monte, P., (2001). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome del burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. Consultado el 10 de abril del 2011 en: [http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-78-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-\(sindrome-de-burnout\)-aproximaciones-teor.pdf](http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-78-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-(sindrome-de-burnout)-aproximaciones-teor.pdf)

Jennings, B., Disch, J., and Senn, L., (2008). Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. AHRQ Publication No. 08-0043. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Consultado el 22 de noviembre de 2011 en: <http://www.ahrq.gov/qual/nursesfdbk/>

Lima, C. y Juárez, A., (2008). Un Estudio Exploratorio Sobre Estresores Laborales en Conductores de Transporte Público Colectivo en el Estado de Morelos, México. *Ciencia y Trabajo*, 10 (30), p. 126. Consultado el 20 de mayo de 2011 en: <http://www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/30/pagina126.pdf>

Losilla, J., (2010). Liderazgo y su influencia en la salud laboral. Consultado el 21 de octubre de 2011 en: <http://www.mailxmail.com/curso-lider-influencia-salud-laboral/liderazgo-teorias-existent-mas-conocidas>

Lupano, M. y Castro, A. (2005). Estudios sobre el liderazgo. Teorías y evaluación. *Psicodebate. Psicología, cultura y sociedad*. (6), pp. 107-121. Consultado el 27 de diciembre de 2010 en: <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico6/6Psico%2008.pdf>

Madrigal, M. (2006). "Burnout" en médicos: aproximaciones teóricas y algunos diagnósticos diferenciales. *Medicina legal de Costa Rica*, 23 (2), pp. 137-153. Consultado el 24 de marzo del 2011 en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140900152006000200008&lng=es&nrm=iso

Mansilla, F. (2010). Riesgos Psicosociales en el trabajo: Teoría y práctica. Consultado el 11 de julio de 2011 en: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/3030/1/LIBRO%20FM.pdf>

Martínez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Revista Vivat Academia*, (112), pp.14-19. Consultado el 23 de febrero de 2011 en: <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm>

Mc Donald, A. (2009). El estrés laboral en los países europeos y en América Latina. Consultado el 07 de febrero del 2011 en: <http://www.mercosurabc.com.ar/nota.asp?IdNota=2069&IdSeccion=14>

Medina, G. (2004). El síndrome de burnout en ejecutivos de recursos humanos. Tesis de Maestría, Universidad de las Américas Puebla.

Medina, P. (2004). El líder y su competencia en la contención de la ansiedad grupal. En: *Intangible Capital*, 3: 1-8.

Mendoza, I. (2005). Estudio diagnóstico del perfil de liderazgo transformacional y transaccional de gerentes de ventas de una empresa farmacéutica a nivel nacional. Universidad Autónoma de Tlaxcala. Tesis doctoral.

Mendoza, I. (2006). Perfil de liderazgo transformacional y transaccional de directivos del hospital general de México. Universidad La Salle. Dirección de posgrado e investigación.

Mendoza, I., Blanco, G., García, B. (2010). Desgaste profesional en trabajadores de un hospital privado y su relación con factores sociodemográficos y organizacionales. XV Congreso Internacional de contaduría, administración e informática.

Mendoza, I., Escobar, G., García, B. (2011). Influencia del liderazgo transformacional en el desgaste profesional en personal docente y administrativo de una institución pública de educación media superior. XVI Congreso Internacional de contaduría, administración e informática.

Moreno-Jiménez, B., González, J., y Garrosa, E. (2001). Desgaste profesional (Burnout), personalidad y salud percibida. Empleo, estrés y salud. Madrid: pirámide, pp.59-83. Consultado el 12 de marzo del 2011 en: <http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/Desgaste%20profesional-personalidad-y-salud-percibida.pdf>

Ortega, C. y López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. International Journal of Clinical and Health Psychology, 4 (1), pp.137-160. Consultado el 06 de mayo del 2011 en: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-100.pdf

Pucheu, A. (2010). ¿Cómo el liderazgo transformacional de supervisoras de enfermería afecta el burnout de enfermeras clínicas? Ciencia y trabajo, 12 (38), pp. 405-406. Consultado el 04 de agosto de 2011 en: <http://www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/38/pagina403.pdf>

Robbins, S. & Judge, T. (2009). Comportamiento organizacional (13ª Ed.). México: Pearson educación.

Rodríguez, R. (2002). Estrés laboral, consideraciones sobre sus características y formas de afrontamiento. Revista PsicologíaCientífica.com, 4(7). Consultado el 07 de febrero del 2011 en:

<http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-83-1-estres-laboral-consideraciones-sobre-sus-caracteristicas-yf.html>

Rodríguez, M., Rodríguez, R., Riveros, A., Rodríguez, M., y Pinzón, J. (2011). Síndrome de burnout y factores asociados en personal de salud en tres instituciones de Bogotá en diciembre de 2010. Consultado el 10 de febrero del 2011 en: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/10336/2389/1/52931143-1.pdf>

Sandoval, C., González, P., Sanhueza, L., Borjas, R. y Odgers, C. (2005). Síndrome de burnout en el personal profesional del hospital de Yumbel. XII Congreso Nacional, VII Congreso científico gremial agrupación de médicos en etapa de destinación y formación. Colegio médico de Chile.

Secretaria de Salud del Estado de Baja California, (s.f.). Consultado el 23 de marzo del 2011 en: <http://www.saludbc.gob.mx/>

Stordeur, S., Vandenberghe, C., D'hoore, W. (2000) Leadership styles across hierarchical levels in nursing departments. Nursing Research (2000) Volume: 49, Issue: 1, Pages: 37-43.

Vega, C. y Zavala, G. (2004). Adaptación del cuestionario multifactorial del liderazgo (MLQ Forma 5X Corta) de B. Bass y B. Avolio al contexto organizacional chileno. Consultado el 15 de agosto de 2011 en: http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2004/vega_c/sources/vega_c.pdf