



---

---

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

**EL IMPACTO SOCIAL DEL DESGASTE LABORAL Y  
LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE**

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTAN:**

**HÉRNANDEZ GÓMEZ MARTHA ISABEL**

**VÁZQUEZ RODRÍGUEZ SILVIA FACUNDA**

**DIRECTOR: LIC. RUBÉN MIRANDA SALCEDA**

**REVISORA: LIC. ERIKA SOUZA COLIN**

**ASESOR ESTADÍSTICO: MTRO. RICARDO TRUJILLO CORREA**



MÉXICO D.F., CIUDAD UNIVERSITARIA, 2011



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## *AGRADECEMOS...*

*A la **Universidad Nacional Autónoma de México** por darnos el privilegio de formar parte de la Máxima casa de estudios, por los valores y pilares que sustentan esta magnífica institución. Especialmente a la **Facultad de Psicología**, por todo el conocimiento que sus profesores nos brindaron, porque pudimos crecer como profesionistas y como personas, ya que sus bases respaldan el logro que hoy concluimos.*

*Al **Mtro. Ricardo Trujillo Correa**, por su disposición y apoyo, por compartir sus conocimientos y experiencias, por tener la paciencia en cada una de las asesorías y por hacer de cada momento un rato agradable. Gracias porque sin tu ayuda seguiríamos redactando una novela.*

*A nuestro Director **Lic. Rubén Miranda** por todos sus conocimientos brindados, por el tiempo dedicado hacia nuestro proyecto. Con admiración y respeto ¡Gracias!*

*A nuestra revisora **Lic. Erika Souza** por los comentarios que ayudaron a enriquecer nuestro proyecto y por formar parte de nuestro jurado.*

*A los profesores, **Dra. María del Carmen Gerardo**, **Mtra. Miriam Camacho** y **Mtro. Juan Carlos Huídobro**, por sus puntuales comentarios hacia nuestro trabajo, por el tiempo, los consejos y la dedicación que nos brindaron a pesar de lo ocupados que estaban.*

*Al personal del Hospital General de México y al Hospital Gregorio Salas Flores, que nos ayudaron a recabar la información para nuestra investigación.*

*Silvia y Martha*

## **AGRADEZCO...**

*A Dios y a la Virgen de Guadalupe por no dejarme ni un momento; también porque sé que con ellos están los dos Ángeles que me cuidan en todo momento: Manuel y mi Abuelo José.*

*A mis padres, por formarme día a día con valores, por el inmenso amor que me han dado siempre, ya que sin el empuje y fuerza que me da **María Elena Gómez Cárdenas** y la responsabilidad y dedicación que me enseña **José Manuel Hernández García** yo no sería nada de lo que soy ahora. Gracias padres, este triunfo es totalmente para ustedes, los amo infinitamente.*

*A ti Mauricio, mi compañero inseparable, te amo hermanito, gracias porque al final del día todo lo terminamos en risas y pláticas. Porque haces que la vida sea más sencilla y alegre, por ser mi cómplice y sobre todo mi mejor amigo.*

*A mis abuelos, por su gran apoyo; en especial a Remedios Cárdenas, la mujer que más me ha enseñado sobre la vida y la unión de la familia. Con tu fuerza y entereza me has mostrado un ejemplo a seguir; gracias por tu apoyo abue y por siempre echarme porras, te amo mucho.*

*A mis tíos Raúl, Beto, Lupita, Sergio, Pepé y Julián, porque a su lado he pasado momentos increíbles, por su infinito apoyo y amor durante este proceso. También a mis primos que quiero como si fueran mis hermanos, gracias por tantas risas y momentos divertidos.*

*A Víctor, porque con tu amor y paciencia has hecho que yo sea una mejor persona, me has hecho muy feliz, gracias por todo tu apoyo y comprensión, te amo.*

*A mis amigos hermosos, que aún en la distancia han estado conmigo, por su apoyo, por esos bellos momentos que he pasado a su lado, los adoro, son mis compañeros de camino.*

*A Silvia, que me ha acompañado en este largo proceso, ya que con su dedicación y esfuerzo sacamos este proyecto adelante, gracias amiga, a tu lado fue mucho más divertido este proceso, te quiero mucho.*

*A todas y cada una de las personas que me acompañaron en este arduo camino, las llevo dentro de mi corazón y faltaría papel y tinta para nombrarlos a todos.*

**¡MIL GRACIAS!**

*Martha*

## **AGRADEZCO...**

*A Dios, por todo lo que me ha dado; por ponerme en mi camino a muchas personas especiales a las que me gustaría agradecer su amistad, ayuda, ánimo y compañía en las diferentes etapas de mi vida. Algunas están conmigo, otras en mis recuerdos y en el corazón, a cada uno de ellos quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones, ¡Gracias!*

*A mi Mami **Silvia Rodríguez Márquez**, gracias por enseñarme a volar y dejarme volar por mí misma, por tu apoyo incondicional, por la confianza que depositaste en mí, por ser mi amiga y madre, por estar conmigo en todo momento, pero sobre todo por el amor y cariño que siempre nos has regalado; quiero premiarte con mi esfuerzo. Te quiero mucho.*

*A mi Papá **Juan Vázquez López**, porque admiro como llevas tu vida de trabajo, lleno de exigencias y cansancio; y a pesar de todo, nos cuidas, proteges y nos das amor y apoyo. Este logro también es tuyo. Te quiero mucho.*

*A mi hermano, gracias por todo el apoyo brindado, por tu compañía cuando hacíamos tareas hasta muy tarde, por aguantarme y por la ayuda en las buenas decisiones; te quiero mucho hermanito.*

*A todos y cada uno de los integrantes que conforman mi familia, por su interés, apoyo y sus muestras de cariño que me brindaron.*

*A todos mis amigos, sin excluir a ninguno, gracias por todos los consejos, los buenos y los malos ratos, las tareas, las horas de estudio, las risas y una que otra lágrima vivida durante todos estos años, gracias por ser la mejor familia que pude escoger.*

*A Martha, compañera y amiga, por este gran proyecto que compartimos, por todos los momentos difíciles y alegres que pasamos al realizar nuestra Tesis... ¡Al fin terminamos!*

*De todo corazón ¡Gracias!*

*Silvia*

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	7
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	8
<b>1. ORGANIZACIÓN</b> .....	11
1.1 Antecedentes de la Organización.....	12
1.2 Concepto de Organización.....	14
1.3 Clasificación de la Organización.....	16
1.4 Estructura Organizacional.....	17
1.5 Cultura Organizacional.....	20
1.6 Influencias de la Organización sobre el individuo.....	24
1.7 Hospitales Gubernamentales en México.....	25
1.7.1 Antecedentes de los Hospitales Gubernamentales en México.....	26
1.7.2 Estructura general de la institución hospitalaria.....	27
<b>2. CALIDAD EN EL SERVICIO</b> .....	30
2.1 Antecedentes históricos de la Calidad.....	31
2.1.1 Definiciones sobre Calidad.....	33
2.1.2 Teorías y movimientos hacia la Calidad.....	35
2.1.3 El control de Calidad.....	43
2.1.4 El Círculo de Calidad.....	44
2.2 Servicio.....	46
2.2.1 Definición de Servicio.....	47
2.2.2 El Ciclo del Servicio.....	48
2.2.3 El nivel de Autocontrol.....	50
2.2.4. Las Características de los Servicios.....	51
2.2.5 La importancia del Servicio.....	52
2.3 Calidad en el Servicio.....	53
2.3.1 Calidad en el Servicio de la atención médica.....	54
2.3.2 Medición de la Calidad en el Servicio (MEDSERV).....	57
2.3.3 Estudios Sobre Calidad en el Servicio en México.....	60

<b>3. DESGASTE LABORAL (BURNOUT)</b> .....	62
3.1 Estrés.....	63
3.1.1 Prevención del Estrés.....	66
3.2 Desgaste Laboral (Burnout).....	67
3.2.1 Antecedentes.....	68
3.2.2 Definición de Desgaste Laboral.....	69
3.2.3 Factores de riesgo.....	73
3.2.4 Sintomatología.....	76
3.2.5 Consecuencias.....	79
3.2.6 Desgaste Laboral y Salud.....	81
3.2.7 Estrategias preventivas.....	82
3.2.8 Intervención.....	83
3.3 Instrumentos de Medición.....	84
3.3.1 Cuestionario Breve de Burnout.....	86
3.3.2 Modelos de Burnout.....	87
3.3.3 Estudios de Burnout.....	91
3.3.4 Análisis de algunas variables relevantes estudiadas en relación al Desgaste Laboral.....	91
3.3.5 Estudios en los servicios de salud pública del Distrito Federal.....	92
<b>4. METODOLOGÍA</b> .....	94
<b>5. RESULTADOS</b> .....	101
<b>6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN</b> .....	121
<b>7. REFERENCIAS</b> .....	130
<b>8. ANEXOS</b> .....	136

## RESUMEN

El síndrome de Burnout o Desgaste Laboral, descrito por primera vez en los años setenta, aparece como respuesta prolongada al estrés laboral, afectando la salud de los trabajadores así como sus relaciones laborales y sociales. Desde una perspectiva psicosocial el Desgaste Laboral se caracteriza porque el individuo desarrolla una idea de fracaso profesional, agotamiento emocional y actitudes negativas hacia las personas con las que trabaja.

Se realizó una investigación sobre el Desgaste Laboral y su relación con la Percepción de la Calidad en el Servicio en instituciones de salud pública, en el que participaron 253 trabajadores del Hospital General de México y del Hospital General "Dr. Gregorio Salas Flores". Se les aplicaron dos pruebas; en primer lugar el MEDSERV, desarrollado por Chávez Jiménez en el año 2010, el cual mide la Percepción de la Calidad en el Servicio, compuesto por 4 factores; los cuales son: Capacidad de respuesta, Confiabilidad, Empatía y Seguridad (Chávez, 2010, p. 53). El segundo instrumento aplicado fue el Cuestionario Breve de Burnout (CBB) elaborado por Moreno y Cols. (1993). Este instrumento toma en cuenta los factores del síndrome propuestos por Maslach y Jackson, así como a los Antecedentes (características de la tarea, tedio y organización) y Consecuencias (físicas, familiares y en el rendimiento laboral).

Para el análisis de los datos se utilizó una correlación producto momento de Pearson, donde los resultados muestran relaciones significativas (.001) en cada uno de los factores de Burnout y la Percepción de Calidad en el Servicio (MEDSERV). Lo que nos indica que cuando existe Desgaste Laboral, los trabajadores tendrán una menor Percepción de la Calidad en el Servicio que brindan.

Debido a este problema, se debe evitar que el Desgaste Laboral influya en la persona; mediante la elaboración de programas y políticas de prevención e intervención en las organizaciones para que los efectos de este síndrome no afecten a sus integrantes y a su vez a toda la sociedad.

Palabras clave: Desgaste Laboral, Calidad en el Servicio, Hospitales.

## INTRODUCCIÓN

A través del tiempo la Calidad ha tenido importancia en diversos sectores que se preocupan por obtenerla y mantenerla, ya que a través de ella se obtienen múltiples beneficios como: el posicionamiento del producto o servicio, la aportación de reglas operativas de mayor precisión, dar conocer a los empleados los aspectos primordiales para el desarrollo de su trabajo, se reducen costos, se motiva al personal, etc.

Por lo cual, el término Calidad se ha extendido no solamente al desarrollo de un producto, sino que también al rubro de los servicios, donde se ha observado que es uno de los factores más importantes para la eficacia de las Organizaciones. A partir de esto, se puede sintetizar que la definición y medición de este constructo depende esencialmente del tipo de Organización y el contexto cultural. Refiriéndose a que los aspectos particulares que conllevan a la institución cambian de un servicio a otro, así como también cambian las expectativas del cliente. Por consiguiente, las exigencias al ofrecer Calidad en el Servicio pueden generar estrés en los trabajadores; siendo así, un hecho inherente a la sociedad moderna.

Las Organizaciones actuales constituyen instituciones sociales que se expresan en múltiples formas de comunidades de personas. Por ello, uno de los escenarios más importantes e influyentes en la vida de un individuo y que genera las demandas más estresantes, es el mundo del trabajo; el ramo de servicio no es la excepción. En estos espacios, se ha encontrado que una de las consecuencias del estrés laboral crónico es el Desgaste Profesional o Burnout, que afecta a personas para quienes el trabajo se ha convertido en una fuente continua de estrés, angustia e insatisfacción.

El Desgaste Laboral (Burnout) constituye la fase avanzada de las situaciones de estrés profesional y se caracteriza por una pérdida radical de la preocupación y de sentimiento emocional hacia las personas con las que trabaja, llegando a mostrar una actitud fría e impersonal, aislamiento social y hasta una deshumanización en el trato personal.

En cuanto a la definición del Burnout, la más aceptada entre los investigadores es la de Maslach y Jackson (1981), quienes lo conceptualizaron como un síndrome psicosocial compuesto de tres dimensiones: agotamiento o cansancio emocional, definido como el cansancio y fatiga que puede manifestarse física y/o psíquicamente, con una sensación descrita como no poder dar más de sí mismo a los demás; despersonalización, como desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras

personas, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo; por último, la baja realización personal o logro, que se caracteriza por una dolorosa desilusión para dar sentido a la propia vida y hacia los logros personales, con sentimientos de fracaso y baja autoestima.

El Desgaste Laboral no es algo que aparece repentinamente como respuesta específica a un factor concreto, sino más bien es un estado que emerge gradualmente en un proceso de respuesta a la experiencia laboral cotidiana y a ciertos acontecimientos sociales. Se integra 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 agotado. Esta respuesta ocurre con mayor frecuencia en los servicios de salud pública; ya que estos servicios se deterioran cada vez más, y los trabajadores del hospital, finalmente, son quienes deben enfrentar las quejas del paciente y, al mismo tiempo, en las instituciones donde laboran no cuentan con recursos suficientes. De aquí, la presencia creciente del Desgaste Laboral entre el personal de salud.

Dado que el sector salud ha venido experimentando la presión de la sociedad para intentar corregir problemas de índole patológica, y ayudar a facilitar un estado de completo bienestar físico, mental y social para los usuarios, es importante conocer la problemática con el personal de la institución. Por tal motivo, el objetivo de esta investigación es comprobar si el Desgaste Laboral se relaciona con la Percepción de la Calidad en el Servicio en los Hospitales.

Para poder cumplir con dicho objetivo la presente investigación está conformada por tres capítulos. En el primer capítulo, se hace una revisión de las Organizaciones, sus antecedentes, cómo se estructuran, así como la Cultura Organizacional y qué influencias tiene sobre el individuo. Además, se explorarán los antecedentes de los hospitales gubernamentales en México y cuál es su estructura.

En el segundo capítulo, se describen los conceptos, antecedentes, teorías y movimientos de la calidad. De la misma manera se define que es un servicio, el ciclo que tiene, las principales características y la importancia de los servicios. Para finalizar este capítulo, se lleva a cabo la relación entre ellos, definiendo Calidad en el Servicio de la Atención Médica; también se analizan las características del instrumento de medición y algunos estudios sobre la Calidad en el Servicio en México.

El tercer capítulo establece los antecedentes del Desgaste Laboral, su definición, los factores de riesgo, mencionamos los síntomas y consecuencias que tiene sobre la salud del trabajador, y cuáles son las estrategias preventivas e intervención. Además, nombramos los instrumentos de medición más utilizados, características del Cuestionario Breve de Burnout, así como los modelos y estudios realizados en el Distrito Federal.

Al finalizar el marco teórico, se desarrolla la metodología utilizada, el problema de investigación, el tipo de estudio, la población, las variables que se manejaron, y los instrumentos utilizados. Por último, se dan los resultados, las discusiones, limitaciones y sugerencias que se obtuvieron través de la investigación.

## 1. ORGANIZACIÓN

Vivimos en la era de las Organizaciones, cada aspecto de nuestra vida cotidiana está afectado de alguna manera por éstas, ya sea el trabajo, la escuela, la familia y la religión. Por consiguiente, nos interesa comprenderla a partir de su comportamiento, cambio y consecuencias.

Toda organización se forma a partir de grupos; el concepto de sociedad se basa en la premisa de que los seres humanos nos unimos para defender nuestras ideas, llevar a cabo proyectos y finalizar con éxito tareas que no pueden efectuarse individualmente.

No obstante, desde la antigüedad se dieron indicios de organización; tareas como la caza y protección grupal, se realizaban de manera eficaz, esto se debía a que, por ejemplo: al momento de cazar a un gran animal, no lo podía hacer un solo individuo, debido a su incapacidad física, sin embargo, lo conseguían mediante varias personas, ordenándose de tal manera que pudieran acecharlo y de ese modo obtener su alimento.

Debido a que estas ocupaciones presentaban cierto grado de dificultad, solían dividirse entre distintas personas para lograr una mejor ejecución, sin embargo, esto se daba de una manera informal, de tal modo que no había una clara división del trabajo, pues esto se dio hasta el S. XVIII, con la Revolución Industrial, donde expresamente se formaron las organizaciones, con tareas más complejas.

Actualmente, la especialización y división del trabajo sigue en las Organizaciones como un factor de suma importancia, con el propósito de obtener mejores resultados. Teniendo estas premisas, podemos dar una definición preliminar de organización:

“Dos o más personas que colaboran dentro de unos límites definidos para alcanzar una meta común” (Hodge, 2001, p. 11).

Haciendo un desglose de esta definición, podemos ver que es muy importante comprender y apreciar el componente humano, ya que, esto hace que la organización sea un sistema complejo. Cuando las personas trabajan juntas, es necesario tener en cuenta diversos aspectos; por ejemplo, es preciso dividir las labores entre los individuos, buscando personas que posean conocimientos y habilidades especializadas. Por último, una vez realizada la división de trabajo, es necesario asegurarse de que cada individuo de la Organización colabore para lograr los objetivos comunes de la empresa.

Así como esta definición preliminar, podemos encontrar muchas y desde diferentes perspectivas, por lo que el término no tiene una concepción universal, es por eso que existen diversas definiciones de Organización como perspectivas teóricas que se han desarrollado desde la antigüedad.

## **1.1 Antecedentes de la Organización**

¿Cómo surgieron las Organizaciones?

La respuesta a esta pregunta podemos encontrarla haciendo un análisis de la historia del hombre, ya que él ha intervenido en el progreso de las mismas. La Organización surgió como elemento esencial en la realización de la cacería, donde los pobladores se organizaban para el acecho de animales grandes, ya que solos no podían realizar dicha actividad. Con el desarrollo de la agricultura terminó su etapa de nómada cazador, y se lograron establecer; desde entonces se dividieron las funciones del trabajo, de forma que mientras unas personas cuidaban los campos, otras cazaban. Con ello, se crearon poblaciones, constituyendo una nueva clase de vida social y una forma de organización.

A pesar de esto, las Organizaciones modernas y su estudio empiezan realmente con la Revolución Industrial. Una de las primeras aportaciones que conocemos fue la de Adam Smith, demostrando la gran eficiencia resultante de la división y especialización de trabajo. Sus investigaciones establecieron las bases organizativas que posteriormente desarrollaron teóricos industriales, quienes dieron origen a la Teoría Clásica de las Organizaciones, distinguiendo tres grandes aportaciones realizadas por Taylor, Fayol y Weber.

El amplio trabajo de Max Weber presentó a la burocracia como la forma ideal de organización. Este modelo fue una alternativa racional y eficiente, reuniendo características como la división de trabajo, una cadena de mando donde el rendimiento individual estaba guiado por reglas estrictas, disciplina y controles.

Por otro lado, Frederick W. Taylor creía que la clave para una dirección eficiente y unas relaciones laborales positivas, era el estudio científico de los trabajos realizados por los empleados, para descubrir aquellos pasos antieconómicos. Intentó simplificar las tareas, para que los trabajadores lograran ser formados con facilidad y realizar sus labores. Mencionaba que los empleados estaban motivados principalmente por el dinero y si disponían de trabajos simples y bien definidos, tendrían una capacidad mayor de conseguir una recompensa económica.

Henry Fayol, concentró sus esfuerzos en explicar el funcionamiento de los niveles administrativos en las Organizaciones. Opinaba en la posibilidad de desarrollar un conjunto de principios universales para mejorar las prácticas directivas: la coordinación y la especialización.

Lo que caracteriza a esta etapa clásica es que concebía al hombre como “máquina bien engrasada”, con la finalidad de obtener mayor producción. Esto produjo que los trabajadores estuvieran inconformes, propiciando el desarrollo de nuevos contextos de apoyo, de esta manera inician nuevos enfoques, que se centran en el lado humano.

Con ello comienza el periodo neoclásico, que comprende tres enfoques principales: la escuela de las relaciones humanas, los modelos humanistas, y los sociotécnicos.

En la escuela de relaciones humanas, los teóricos como Elton Mayo y Douglas McGregor, mostraban principal interés en los grupos y procesos sociales en las Organizaciones, considerando a las empresas como asociaciones cambiantes con necesidades múltiples y divergentes (Hodge, 2001, p. 20).

Desde la posición humanista, Rogers y Maslow, mencionan que el individuo es capaz de autoafirmarse creativamente, desarrollando sus potencialidades internas, mediante la motivación, la educación y la cultura (Aguirre, 2004, p. 77). Ellos concluyen que una Organización será eficaz, en la medida que se conjunten las necesidades del individuo y de su lugar de trabajo.

El enfoque sociotécnico, parte del hecho del concepto dual de la Organización, formada por un sistema tecnológico y uno social (Aguirre, 2004, p. 78). Por lo tanto la interacción social de los trabajadores entre sí y el colectivo social con la tecnología, explican el funcionamiento de la misma y por tanto su salud ocupacional. Es decir, una Organización es un sistema integrado por individuos.

En esta misma línea, Guillermo Michel (Munguía, 2006, p. 9) señala que el sistema es un conjunto de unidades interrelacionadas de manera más o menos compleja y que actúan en función del todo. Para centrarnos bien en el tema tomaremos como definición general a la Organización como un sistema social complejo y abierto, que actúan según un medio del entorno. Sin embargo, es preciso conocer las definiciones que le dan otros autores.

## 1.2 Concepto de Organización

De alguna u otra forma todos estamos continuamente en contacto e interacción con Organizaciones, ya sea en la familia, escuela, hospital, centros deportivos; están en todas partes que es imposible evitarlas. Probablemente, tenemos una idea básica de lo que significa; sin embargo, es importante conocer las definiciones que la literatura ha proporcionado.

Como primera instancia tenemos una descripción de Organización, derivada de *órgano* y procedente del latín *orgánum*, que significa instrumento. Por su parte, el Diccionario de la Lengua Española, designa el término organización como “la acción o efecto de organizar u organizarse, establecer o reformar una cosa, mediante reglas, orden, armonía y dependencia de las partes que la componen o han de componerla” (Fernández, 1997, p. 2).

Por otro lado, autores como Sheldon (1924; Reyes, 1966, p. 211) consideran a la organización como el proceso de combinar el trabajo que los individuos o grupos deban efectuar, con los elementos necesarios para su ejecución, de tal manera que las labores, sean los mejores medios para la aplicación eficiente, sistemática, positiva y coordinada de los esfuerzos disponibles.

Reyes Ponce (1966, p. 212), la define como una Estructuración Técnica, que está encaminada a “las relaciones que deben existir entre las funciones, niveles y actividades de los elementos materiales y humanos de un organismo social, con el fin de lograr su máxima eficiencia dentro de los planes y objetivos señalados”.

Otras explicaciones la señalan como un sistema, donde hay actividades conscientemente coordinadas, formada por dos o más personas (Chester, 1971 citado en

Chiavenato, 1993, p. 7), cuya cooperación recíproca es esencial para su existencia. Llega a existir sólo cuando hay comunicación y disposición a actuar conjuntamente para lograr un objetivo común; además, está compuesta por recursos tangibles o intangibles integrados en un proceso hacia objetivos específicos que constituyen su razón de ser.

Si nos basamos en la Teoría de Schein (1982; Aguirre, 2004, p. 24), se describe formalmente a la organización como:

La coordinación planificada de las actividades de un grupo de personas para procurar el logro de un objetivo o propósito explícito y común, a través de la división del trabajo y funciones, y a través de una jerarquía y responsabilidad.

Sin embargo, él señaló que la definición anterior estaba encerrada en sí misma, por lo que llegó a presentar a la Organización como un proceso dinámico y adaptable al exterior. Lo define como un sistema interactivo que crea una cultura propia, con múltiples medios que tratan de alcanzar y realizar metas a muchos niveles y en grados diversos de complejidad, evolucionando y desarrollándose a medida que la interacción con un entorno cambiante determina nuevas adaptaciones internas (Aguirre, 2004, p. 26).

A su vez la descripción de una Organización formal nos dice que está basada en reglas, políticas y procedimientos establecidos; por otro lado, un sistema informal se desarrolla a partir de los modos en que las personas de todos los niveles de una Organización interactúan y trabajan unos con otros (Huse, 1986, p. 44). Muchas de estas actividades que se realiza no están señaladas por los directivos, por tanto llega a carecer de seriedad.

En cambio Daft (2005, p. 11), menciona que son “Entidades Sociales, dirigidas a metas, diseñadas con una estructura deliberada y con sistemas de actividad coordinados y vinculadas con el ambiente externo”. Además, indica que los elementos clave están formados por personas y las relaciones que tienen unas con otras.

Aunque estas concepciones fueron desarrolladas en diferentes épocas, no discrepan entre sí, teniendo en común que una Organización son las actividades que realizan personas mediante la cooperación y el funcionamiento de las dinámicas que se establezcan entre ellos, llevando orden y acatando reglas, para así lograr objetivos establecidos.

Debemos tener presente que así como se ha desarrollado el concepto, éste se ha usado para diferentes fines institucionales, llegando a poseer una serie de modalidades de Organización.

### **1.3 Clasificación de la Organización**

Algunas Organizaciones son grandes empresas multinacionales, otras son pequeñas propiedades de tipo familiar, unas producen manufacturas y otras proveen servicios.

La mayoría cuenta dentro de sí mismas con una formalidad, basándose en el esquema de división de tareas, el poder entre la posición y las reglas que se espera guíen la conducta de los participantes interactuando en papeles segmentarios. Y también con una informalidad, donde las metas y objetivos no están claramente definidos, por tanto su funcionamiento no depende de un sistema rígido de reglas y procedimientos (Fernández, 1997, p. 27). Tanto la estructura formal como la informal existen simultáneamente en las organizaciones.

La supervivencia de cada tipo de Organización dependerá de su capacidad para ser útil. Es decir, la Organización depende del avance y las transformaciones modernas, de los cambios sociales, políticos y tecnológicos que exigen nuevos servicios, además de la expansión de los ya existentes. Tomando en cuenta sus objetivos llegan a tener una clasificación.

Conforme al Origen de capital llegan a dividirse en:

- Privado: en las cuales el capital es aportado por iniciativas propias de una o más personas en particular.
- Público: están a cargo del estado, pueden ser federales, estatales y municipales.

De acuerdo al Giro se clasifican en:

- Comerciales: están dedicadas a comprar y vender mercancías.
- Industriales: se dedican a la fabricación y transformación de productos.
- De servicios: son aquellas que basan sus actividades en las prestaciones, un servicio es abstracto y con frecuencia consiste en conocimientos e ideas y no en un producto físico, no puede almacenarse, inventariarse o ser visto como producto

terminado; están caracterizados por el consumo simultaneo, como pueden ser financieros, de asesorías, educación o cuidados de la salud.

Blau y Scott (1968; citado en Glen, 1983, p. 35) la clasifican en cuatro tipos, basados en quién sale beneficiado por su existencia:

- Organizaciones de beneficio mutuo: en las que los principales beneficiados son los miembros de las Organizaciones.
- Organizaciones de negocios: Que existen para el beneficio de sus propietarios, administradores y accionistas.
- Organizaciones de servicio: como principales beneficiarios son los clientes.
- Organización para el bien común, de las que la sociedad como un todo obtienen beneficio.

En la actualidad existen diversas organizaciones, como son empresas industriales, comerciales y de servicios; donde el ser humano puede trabajar y satisfacer sus necesidades. Ricardo Uvalle (2006; Rivero, 2009, p. 244), sostiene que la “sociedad moderna” es una estructura de poderes activos, formales, informales, diferenciados e inconformistas que requiere de las organizaciones, sobre todo para garantizar a la sociedad en cuanto al fin deseable, eficacia en las tareas de coordinación, conciliación y articulación de intereses.

No obstante, falta un elemento importante para que estos tipos de Organizaciones lleven a cabo sus funciones; nos referimos a la estructura interna, la cual hace que cada persona lleve a cabo cierta función y se especialice en ella para el logro de los objetivos.

#### **1.4 Estructura Organizacional**

Para poder cumplir con sus objetivos, diversos segmentos de la Organización están designados a desarrollar funciones específicas. La estructura organizacional constituye la suma total de todas las formas en que el trabajo es dividido en diferentes tareas y luego es lograda la coordinación entre las mismas. Henry Mintzberg (1983, p. 11), propone un sistema constituido por cinco partes (Figura 1.1), que varían en importancia y tamaño dependiendo de la tecnología y ambiente.

En la base de la Organización se encuentra el núcleo operativo, encargados de realizar el trabajo básico de elaborar y brindar servicios. Ejecutan cuatro funciones principales, la primera es asegurar los insumos para la producción; la segunda transformar dichos insumos en materias primas o partes individuales en unidades completas, para distribuirlos físicamente y por último, proveer apoyo directo a las funciones de entrada, transformación y producción. Por consiguiente, Mintzberg (1983, p. 14) señala que son la parte importante de la Organización ya que la mantienen viva.

En el otro extremo se encuentra la cumbre estratégica, donde las personas a cargo tienen la responsabilidad general de asegurar que se cumpla de manera efectiva con la misión. Asumen tres tipos de obligaciones, una de ellas es la supervisión directa, donde los gerentes asignan recursos, emiten órdenes y controlan el desempeño del trabajador; el segundo es la administración de las condiciones fronterizas, se basa en las relaciones con el ambiente, ya que se ocupan de informar acerca de las actividades de la empresa al exterior y atender a clientes importantes; el tercer grupo se relaciona con el desarrollo de la estrategia, consiste en mantener un ritmo de cambio que responda al ambiente sin fragmentar a la Organización.

La cumbre estratégica se encuentra unida al núcleo operativo por la cadena de gerentes de línea media. La mayoría cuenta con una jerarquía, donde las órdenes pasan por todos los niveles intermedios hasta llegar al punto donde debe ser ejecutada. El gerente de la línea media ejecuta una cantidad de tareas, recoge información de su unidad, e informa a los directivos.

Como medio para coordinar el trabajo, la Organización se basa en la estandarización, los responsables de llevarlo a cabo son los analistas de control, su trabajo consiste en la adaptación, el control y la estabilidad de la empresa. Se pueden distinguir tres tipos de analistas: de estudio de trabajo, de planteamiento y control, y de personal. La tecnoestructura puede desempeñarse en todos los niveles de la jerarquía.

A medida que crece la Organización tiende a agregar unidades de staff, que pueden ser encontradas en varios niveles de la jerarquía, con el fin de suministrar apoyo fuera de su trabajo operativo habitual.

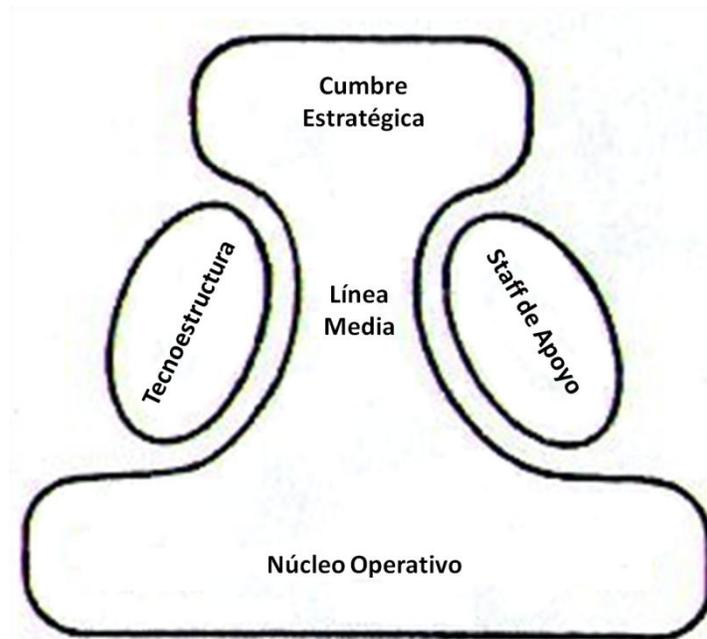


Figura 1.1. Henry Mintzberg (1983, p. 13), propone que toda organización consta de cinco partes, diseñadas para llevar a cabo las funciones clave del subsistema.

La estructura organizacional proporciona un patrón de relaciones estables y lógicos, dentro del cual la dirección y los empleados puedan trabajar a efecto de alcanzar las metas organizacionales, por medio de la creación de una atmósfera de confianza interpersonal y de compromiso que impidan la inadecuada solución de un conflicto, ya que si esto no sucede existirán interacciones mal conducidas entre compañeros o supervisores.

Por ejemplo, los profesionales de la salud trabajan en instituciones que inducen a problemas de coordinación entre sus miembros, sufren de la incorporación rápida de innovaciones. En cuanto al entorno social, se encuentran los constantes cambios que atraviesan estas profesiones, como leyes y estatutos que regulan la función, perfiles demográficos de la población, etc. (Halbesleben, 2006, p. 261).

Todos estos problemas pueden ser estresores, los cuales llegan a favorecer la presencia del Desgaste Laboral. Entonces, para el correcto cumplimiento de sus objetivos, las personas que interactúan dentro de estas organizaciones, necesitan una meta clara que les permita hacer que funcione con eficacia; las cuales se toman de sus valores, y costumbres que las diferencian de las demás, a esto se le llama Cultura organizacional.

## 1.5 Cultura Organizacional

Como hemos visto, cada Organización es un sistema complejo y humano que tiene características y sistema de valores propios, es decir, posee una cultura particular.

La cultura es actualmente, uno de los conceptos clave con los que se define la actividad e identidad de los agrupamientos humanos; no hay grupo sin cultura, ni cultura sin grupo (Aguirre, 2004, p. 105). Siendo un factor fundamental, ha sido muy estudiada y por tanto tiene muchas definiciones desde diferentes perspectivas.

Desde el campo social, evoca a un conjunto de valores, hábitos y costumbres que caracteriza a un grupo. Robbins (2004, p. 524) menciona que es una forma particular de interacción, representando la parte no escrita dónde se definen las normas del comportamiento aceptable e inaceptable para los empleados.

Aguirre (2004, p. 124), menciona que una de las más citadas, incluso en la actualidad, es la que describe Taylor en 1971:

“Cultura es...la totalidad compleja que incluye conocimientos, creencias, arte, ley, moral, costumbres y cualquier otra capacidad y hábitos adquiridos por el hombre en cuanto miembro de una sociedad” (Taylor, *Primitive Culture*, 1971; citado en Aguirre, 2004, p. 124).

Como vimos, estas definiciones no discrepan entre sí, sin embargo Robbins toma en cuenta a los empleados y da pie a mostrar que una Organización, cuentan con una cultura propia. El concepto de cultura aplicado a la Organización fue iniciado con las aportaciones de la escuela de las relaciones humanas, a partir de los experimentos desarrollados por Elton Mayo (1972), donde se empezaron a reconocer los aspectos subjetivos e informales de la realidad organizacional.

Se interesó por indagar acerca de los factores que inciden en el desempeño del trabajador, llegando a la conclusión de que el ambiente del grupo al cual pertenece el individuo, incide significativamente en la percepción que éste tiene acerca de los aspectos objetivos de la Organización; a partir de esto se inicia una serie de estudios acerca de la Cultura Organizacional.

Posteriormente, las organizaciones fueron vistas como instrumentos sociales que producen bienes, servicios y subproductos, las cuales originan cultura; se define como un "pegamento" social que mantiene a la Organización unida, dónde se expresan los valores y creencias compartidas por los miembros de la Organización.

Debido a estos estudios, fueron muchos los autores que le dieron una definición, citando algunos de ellos:

Schein (1992; Martínez y Robles, 2009, p. 2), considerado el autor más representativo en los estudios relacionados con la Cultura Organizacional, la define como un patrón de premisas básicas compartidas que un grupo desarrolla al aprender, mientras soluciona sus problemas de adaptación externa y de integración interna, que funcionan bien, hasta ser consideradas válidas y, por lo tanto, pueden ser enseñadas a los nuevos miembros como la manera correcta de percibir, pensar y sentir en relación con esos problemas.

Basándose en la definición clásica de Taylor (1871), Stefanova y Lucas (2006) sostienen que la cultura o civilización es el complejo total que incluye el conocimiento, creencias, arte, ética, costumbres y demás capacidades y hábitos adquiridos por el hombre como miembro de una sociedad (Martínez y Robles, 2009, p.2).

Por otro lado, Hofstede (1980; Martínez y Robles, 2009, p. 2), definió la Cultura Organizacional, como "una programación colectiva de la mente que distingue a los miembros de un grupo de otro, en este sentido incluye sistemas de valores, y los valores son parte de la infraestructura de la cultura".

En general la Cultura Organizacional representa las normas informales y no escritas que orientan la conducta de los miembros de la Organización día con día, y que les dan sentido a sus acciones para la realización de los objetivos organizacionales; de esta forma es posible pensar que cada Organización tiene su propia cultura (Chiavenato, 2006; Martínez y Robles, 2009, p. 3).

Así como hay muchas concepciones de la Cultura Organizacional, también se han generado modelos tales como los de Maull, Brown y Cliffe (2001; Martínez y Robles, 2009, p. 4). Ellos consideraron indispensable medir la repercusión que tiene la cultura en las operaciones y funcionamiento diario de la Organización, y su punto de referencia son las actividades de las personas dentro y fuera de ella.

El modelo propuesto por Maull y cols., tiene tres actores principales: primero están las personas, segundo los clientes y tercero la Organización y, como eje, los elementos culturales básicos identificados por Hofstede.

Como principal actor están las Personas, refiriéndose a cada uno de los recursos humanos que forman parte de la Organización y se mide por:

- Satisfacción laboral, que es el grado de satisfacción del personal respecto a su trabajo, con enfoque departamental y de organización.
- Innovación y solución de problemas, refiriéndose al grado en que la gerencia anima, utiliza y motiva al personal para producir y poner en práctica nuevas ideas para mejorar la forma de realizar su trabajo.

El segundo grupo corresponde a los clientes, que es aquella Organización o persona que recibe un producto o servicio (ISO 2007); representada por el Servicio de entrega a clientes, entendimiento y satisfacción de los requisitos de los usuarios internos y externos.

La Organización, abarca el tercer grupo, se refiere a las personas que colaboran y coordinan sus actividades para alcanzar una amplia variedad de metas, es decir, los resultados establecidos con antelación. Esta variable está integrada por:

- Comunicación, uso de canales formales e informales de comunicación, tanto interna como externa, de la Organización.
- Estructura de poder, grado en que se comparte autoridad y responsabilidad.
- Relaciones y procesos, grado en que se conocen los distintos procesos y la relación entre éstos.
- Planeación y decisión, grado en que se planea el futuro.
- Misión, es una expresión de la manera en que las personas ven el funcionamiento de la organización.
- Visión, define el tipo de mundo al cual desea contribuir.
- Eficacia, grado en que se ejecuta el cambio, su eficacia y el análisis de aspectos implicados en el proceso de cambio.

Por último, la Cultura Organizacional, en el modelo de Maull, Brown y Cliffe, se entiende como la forma en que se comportan las personas que pertenecen a un grupo u Organización (Hofstede, 1980; Smircich, 1983; Schein, 1992; Salzmann, 2000; Sánchez, 2005; Stefanova & Lucas, 2006; Martínez y Robles, 2009, p. 4). Las cuales incluyen:

- Valores: modo específico de conducta o estado final de existencia.
- Rituales: realización de actividades repetitivas para fomentar los valores dentro de la Organización.
- Héroes: personajes significativos en la Organización que determinan las formas de trabajo.
- Símbolos: representaciones que identifican a los integrantes de la Organización.
- Estructura y sistemas: estructura de la Organización que delimita actividades y relación entre ellas como parte de un todo.
- Competencia: combinación de conocimientos, habilidades, comportamientos y actitudes que contribuyen a la eficiencia personal.

Tomando en cuenta los conceptos y el modelo antes mencionado, la Cultura Organizacional realiza dos funciones de suma importancia: la primera es integrar a los miembros para que se relacionen de manera adecuada, relacionándolo con el clima Organizacional, en donde se desarrolla una identidad colectiva y un conocimiento del modo en que puedan trabajar juntos efectivamente; la segunda, para ayudar a la Organización a adaptarse al entorno externo. Indica la forma en que esta cumple sus metas y trata con gente de afuera, ayudándola a responder con rapidez a las necesidades de los clientes o a los movimientos de un competidor.

También, la Cultura de la Organización sirve como guía en la toma de decisiones del empleado cuando faltan reglas o políticas escritas. Las dos funciones de la cultura se relacionan con la construcción de un capital social, al desarrollar relaciones, positivas o negativas dentro y fuera de la institución.

Por lo tanto, la cultura es la que guía las relaciones del trabajo diario y determina la forma en que la gente se comunica, qué comportamiento es aceptable, la manera en que se asigna el poder y el estatus dentro de una Organización. El hombre en la sociedad está sujeto a una serie de eventualidades, en los que trata de adaptarse al entorno; de igual forma en las organizaciones, debido a que trabajan en distintas ramas de la industria; se insertan en el proceso productivo de diversas maneras, según puesto y condiciones laborales; perciben salarios diferentes, lo que repercute en las condiciones de reproducción del trabajo (De la Garza y cols., 2003, p. 45).

## 1.6 Influencias de la Organización sobre el individuo

Existen varias formas en que el ambiente organizacional opera sobre los miembros hasta producir diferencias en su conducta. Forehand y Gilmer (Glen, 1983, p. 39) identificaron, tres grupos de influencias.

La primera, se refiere a los estímulos específicos que operan sobre los individuos en una situación de trabajo, estos pueden ser determinados por una variedad de factores ambientales, tanto externos como internos. Así como, la exigencia de un nuevo producto, las características estructurales, las filosofías administrativas que consiguen actuar sobre el individuo facilitando o inhibiendo diferentes patrones de conducta.

La estructura de una Organización puede limitar o evitar ciertos tipos de conducta; esta es la segunda influencia identificada por Forehand y Gilmer, dónde señalan que la administración de una Organización puede verse afectada por la restricción de la libertad de comunicación o de autonomía.

La última influencia se refiere a la recompensa y castigo, la Organización puede determinar, el sistema de paga o los procedimientos para reforzar maneras específicas de conductas. Así, en una determinada situación, puede recibir elogios como una forma de iniciativa; al contrario en una situación más rígida, la misma acción puede recibir críticas.

En general, los factores estructurales formales, nuevas tecnologías, políticas de la institución, metas operativas y reglas, parecen formar un grupo de elementos que influyen en el trabajador. En otro grupo, se pueden incluir factores sociales informales, como las actitudes, sistema de valores, formas de conducta social en el cual llegan a recibir apoyo o sanción, y la manera en que se maneja un conflicto. Estos aspectos llegan a afectar al individuo llevándole a padecer consecuencias en su trabajo, como insatisfacción, sometiendo al sujeto a un continuo estado de agotamiento, cansancio físico y emocional.

Harrison (1983, Garrido, *et al*, 2009, p. 519), afirma que en el entorno laboral nos encontramos con una serie de circunstancias, que este autor califica como factores de ayuda, cuando facilitan el trabajo, o factores barrera, cuando lo dificultan. Por ejemplo, la mayoría de las personas que empiezan a trabajar en profesiones de servicios, como es el caso de hospitales, están altamente motivadas para ayudar a los demás y cuentan con un elevado sentido de altruismo, sin embargo, algunos factores dentro de la Organización pueden llegar a afectarlo, quebrantando sus objetivos.

Ante todo, es importante recordar que el buen funcionamiento de un hospital depende, de la capacidad de todo su personal para practicar el concepto de las relaciones humanas, sin olvidar la vocación de servicio que en este tipo de instituciones debe prevalecer.

## **1.7 Hospitales Gubernamentales en México**

Durante el siglo XX y a lo largo de estos años, como colectivo social hemos atravesado por acontecimientos que de una forma u otra han afectado nuestra cotidianidad.

En este lapso surgieron los sistemas nacionales de salud y se declaran los derechos humanos que adoptan la mayoría de las naciones, lo que obliga a una nueva conciencia social que exige ahora un pacto compartido en lo relativo a la salud y su atención (Fajardo, 2005, p. 119), considerando los derechos, obligaciones y responsabilidades de las personas.

En la Ciudad de México el sector público cuenta con diversas dependencias que conforman la Secretaría de Salud; institución responsable de garantizar el acceso a la atención médica, a fin de mejorar y elevar su calidad de vida mediante el otorgamiento de intervenciones de calidad. Para lograr este objetivo se cuenta con 23 mil trabajadores calificados, además de infraestructura, material y equipo especializado que todos los días está al servicio de la ciudadanía, según lo indica la página web de la Secretaría de Salud.

Como toda Organización, tiene como misión cumplir con el derecho a la protección de la salud y la integralidad de la atención médica que se ofrece. Tiene como visión, la construcción de un sistema de salud universal, eficiente, eficaz y oportuna. Como principios, garantiza la justicia social a través del acceso total para todos los servicios de salud pública en el Distrito Federal, brindando servicios de Calidad y calidez.

Para las instituciones de salud la prestación de un servicio consiste en una interacción entre el proveedor y un paciente. El objetivo es mantener, restaurar y promover la salud. Por ello, a toda Organización en salud, ya sea pública o privada; además del factor humano, estará condicionada por los recursos materiales y financieros de que disponga, con el fin de mantener la satisfacción de los usuarios, brindando asistencia de Calidad.

La preocupación por una mejor asistencia médica, se va perfeccionando con el paso de los años. El hospital ha cambiado desde una institución de caridad hasta otra de utilidad pública, desde un refugio para los pobres hasta un centro de trabajo, desde una Organización con un propósito simple a otra con varios objetivos.

### **1.7.1 Antecedentes de los Hospitales Gubernamentales en México**

La existencia de los hospitales en nuestro país ha tenido en la historia una repercusión muy importante en cuanto su desarrollo. Antes de que se formara la Secretaría de Salud, sólo existían fondos eclesiásticos, para poder ayudar a la gente más necesitada.

A mediados del siglo XIX se inició en México una etapa de importantes transformaciones económicas, políticas y sociales. El Presidente Juárez dispuso la creación de la dirección de fondos de Beneficencia Pública, dependiente del Ministerio de Gobernación, para ejercer la protección y amparo de “todos los hospitales, hospicios, casas de corrección y establecimientos de beneficencia” recién transformados y los que se fundarán en adelante en el Distrito Federal.

En 1847 se fundó el primer hospital gubernamental, el de San Pablo, hoy Hospital Juárez; Fajardo Ortiz (1980, p. 49) menciona que en esa época el Distrito Federal tenía un área de 20 km<sup>2</sup> y alrededor de 170,000 habitantes, la población contaba con 17 cirujanos, 34 farmacéuticos, 5 flebotomianos, 110 médicos cirujanos y 5 médicos.

Al finalizar el siglo XIX, los progresos científicos alcanzados por la medicina y la ciencia hicieron algunos establecimientos asistenciales, esa situación hizo necesario pensar en un proyecto de modernización que contemplara la construcción de grandes unidades arquitectónicas, hospitalarias y asistenciales. Este concluyó con las inauguraciones del Hospital de Niños, del Hospital General en 1905 y del Manicomio General de “La Castañeda” en 1910.

En 1909 se estableció el primer puesto central de socorro a cargo del Dr. Leopoldo Castro, constituido por cinco médicos, tres practicantes y tres enfermeras, atendiendo el primer año a 374 pacientes. Para los años treinta la ciudad contaba con nuevas instalaciones.

Por decreto presidencial el 15 de octubre de 1943, los servicios de salubridad y los de asistencia fueron coordinados por un solo organismo: la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Uno de los objetivos fue que formaran parte los hospitales de especialización, generales y regionales, hasta hospitales rurales, unidades de salubridad y asistencia, y centros de salud rurales y urbanos, en proporcionar servicios médicos e higiénicos.

A principios de 1985 la Secretaría de Salubridad y Asistencia fue transformada en Secretaría de Salud. Con todos estos cambios se inauguraron más hospitales para atención de toda la población, teniendo como prioridad brindar atención a las necesidades de salud.

En la actualidad, nadie duda que el mejor lugar dónde acudir si uno está seriamente enfermo es a un Hospital. Ya que está reconocido socialmente como la institución central de la atención médica, independientemente del *status* social y económico del enfermo. A lo largo de su historia los hospitales, como institución, han cambiado profundamente tanto en sus funciones como en su estructura, aunque siempre han sido y son, ante todo, instituciones asistenciales (De la Garza, 2003, p. 45).

### **1.7.2 Estructura general de la institución hospitalaria**

Un sistema de salud es el conjunto de actividades técnicas integradas y operativas de atención médica (Kisnerman, 1990, p. 39); asimismo, es un modelo de Organización en el que se conjugan ciencia más tecnología y cultura.

La posibilidad de que los servicios de salud cumplan con su objetivo social y alcancen sus metas, tanto inmediatas como a mediano y largo plazo, depende en gran medida de la Organización, la cual es la encargada de combinar todos los recursos disponibles en función de su resultado, estableciendo las relaciones necesarias, tanto en el marco de la institución como en su intercambio con el entorno (Loyo-Varela, 2009, p. 502).

La Organización se ocupa de diseñar la estructura interna y de establecer cómo serán sus relaciones con el entorno en que se inserta el mismo. Para ello define qué unidades han de conformarla y cómo se relacionarán entre sí; describe cada uno de los puestos de trabajos necesarios para realizar los objetivos del sistema y establece las responsabilidades y atribuciones de sus integrantes.

Los servicios dedicados a la salud se han visto sometidos a diversos cambios y han tenido notorios avances en la ciencia médica, lo cual, además de aumentar la esperanza de muchos pacientes, ha elevado sus expectativas y demandas referentes al sistema de cuidado de la salud. Por ende, un hospital tiene como propósito la atención integral a través de diversos servicios médicos y administrativos (Navarro, 1991, p. 17).

En cuanto a los servicios médicos, éstos son: la conservación de la salud; medicina y cirugía general; especialidades medicoquirúrgicas; rehabilitación; educación e investigación.

Los servicios administrativos pueden incluir los de contabilidad; compras y caja; almacén; inventarios; personal de recursos humanos; correspondencia y archivo. Además cuentan con servicios generales, en los que se encuentran los de mantenimiento y personal polivalente, como los de intendencia, lavandería, vigilancia y transportes.

Asimismo, los servicios anteriores se interrelacionan en una institución hospitalaria para dar atención a los pacientes en tres diferentes niveles dependiendo de las características y necesidades de las problemáticas que presenta cada uno de ellos: consulta externa, urgencias médicas y hospitalización (Navarro, 1991, p. 18).

El servicio de consulta externa se otorga a toda persona que acude en demanda de ella. Este nivel de atención es importante, ya que a través de la preconsulta se canaliza al paciente a la consulta general o a la de especialidad.

En cuanto al servicio de urgencias médicas, es aquel que se encarga de atender casos médicos en que la vida del paciente está de por medio, una demora y cuidado indebido puede agravar la afección, dejar secuelas o provocar la muerte. Este servicio tiene un horario que cubre las 24 horas del día, durante todo el año.

Para el nivel de hospitalización es importante contar con un estudio clínico del enfermo, se debe cumplir con los requisitos de admisión, trámites administrativos y consentimiento del paciente. Estos niveles se llevan a cabo mediante la coordinación del equipo interdisciplinario del hospital.

Por otro lado, el interés por la mejora de los niveles técnicos de los hospitales comienza a conjugarse con la preocupación por los aspectos humanos de dichas instituciones. Prueba de ello es la creciente inquietud por la adaptación del enfermo al

ambiente hospitalario y el interés cada vez mayor por el rol del hospital en la asistencia médica. En otro aspecto la escasez y frecuentes cambios del personal a que los hospitales están sometidos hacen que los problemas se agudicen por el rápido y continuo aumento en la complejidad de los servicios (Coe, 1973, p. 31).

En cuanto a la salud y seguridad del profesional, la institución debe desarrollar programas para preservarlas, que permitan laborar en mejores condiciones (Buendía, 2001, p. 93), debido a que estas personas están obligadas a trabajar bajo mucha presión se ven sometidos a un fuerte estrés, al tener que compaginar las demandas del paciente con los recursos disponibles; por tanto, en algunos casos la Calidad en el Servicio disminuye.

## 2. CALIDAD EN EL SERVICIO

En la actualidad el desarrollo de las organizaciones de servicios ha impulsado el crecimiento de la Calidad. La globalización, la evolución de los valores, normas y estilos de vida de la sociedad, las obligan a adaptarse e innovar sus procesos para adecuarse a las nuevas y cambiantes exigencias del entorno, de esta forma la búsqueda constante de niveles superiores se ha convertido en un reto para las empresas.

Para que sean competitivas, deben contar con buenos productos y servicios, además dar a sus clientes un trato agradable. Por tanto la Calidad es considerada un arma estratégica para sobrevivir en el mercado, además de ser una fuente importante de ventajas y desarrollo de las organizaciones.

Sin embargo, la calidad no se puede medir sin un referente, es el resultado de una comparación entre las expectativas del cliente y las cualidades del servicio percibidas por los usuarios (Hervás, 2007, p. 234).

Por consiguiente, Parasuraman y cols., definen la Calidad de servicio percibida por el cliente, como un juicio global o una evaluación de un objeto que se describe en atributos (bueno o malo, deseable-indeseable) que se refiere a la superioridad de un servicio (Zeithaml, Berry, Parasuraman, 1990, p. 1). De igual modo, en las percepciones de Calidad hay implícita una evaluación del servicio en sus distintos atributos, que permite comprender si el cliente tiene o no una actitud positiva hacia el servicio prestado.

Entonces, el consumidor es quien establece las condiciones y selecciona como su proveedor, a aquella empresa o persona que le proporcione mayor satisfacción; sin ellos, no habría una razón de ser para las empresas. Esta actitud de servicio debe dividirse dentro de la Organización y constituirse en una pieza clave de la Cultura Organizacional.

La Calidad del Servicio es un concepto que ha sido desarrollado por varios autores a lo largo del tiempo. Sin embargo, no existe una definición única y en consecuencia tampoco una forma exclusiva para medirla.

## 2.1 Antecedentes históricos de la Calidad

La historia de la humanidad está directamente ligada con la Calidad; el hombre al construir sus armas, elaborar sus alimentos y fabricar su vestido observa las características del producto, intentando mejorarlas (Evans, 2000, p. 4).

Durante la Edad Media surgen mercados con base en el prestigio de la Calidad de los productos, se popularizó la costumbre de ponerles marca y con esta práctica se desarrolló el interés de mantener una buena reputación; la inspección del producto terminado es responsabilidad del fabricante que es el mismo artesano. En la Era Industrial esta situación cambió, el taller cedió su lugar a la fábrica de producción masiva.

La Revolución Industrial, trajo consigo el sistema de fábricas para el trabajo en serie y la especialización del trabajo. Como consecuencia de mejorar la Calidad de los procesos, la función de inspección llega a formar parte vital del proceso productivo realizada por el mismo operario.

A fines del siglo XIX el objetivo era la producción. Con las aportaciones de Taylor la función de inspección se separa de la producción; el proceso trajo consigo cambios en la organización de la empresa, fue necesario introducir en las fábricas procedimientos específicos para atender la Calidad de los productos fabricados en forma masiva.

Lo anterior los llevó a perfeccionar el concepto de Calidad, ya que para ellos, se debería tener Calidad desde el diseño hasta la entrega del producto, pasando por todas las acciones, proceso de manufactura, actividades administrativas y comerciales, en especial las que tienen que ver con el ciclo de atención al cliente incluyendo todo servicio posterior.

Así tenemos que, en una primera etapa del desarrollo de la Calidad, surge el operador, un trabajador o un pequeño grupo de trabajadores, que tenían la responsabilidad de manufactura completa del producto, y por lo tanto cada uno de ellos podía controlar totalmente la Calidad de su trabajo. En la segunda etapa, el capataz, era quien se encargaba de supervisar las tareas que realizan los pequeños grupos de trabajadores y en quien recaía la responsabilidad por la Calidad del trabajo.

Sin embargo, durante la primera guerra mundial los sistemas de fabricación fueron más complicados; como resultado, aparecieron los primeros inspectores de tiempo completo y así inicia la etapa denominada control de Calidad por inspección.

Las necesidades de la enorme producción en masa requeridas por la Segunda Guerra Mundial originaron el control estadístico de Calidad, esta fue una fase de extensión de la inspección y el logro de una mayor eficiencia en las Organizaciones; pero las recomendaciones resultantes de las técnicas estadísticas, con frecuencia no podían ser manejadas en las estructuras de toma de decisiones.

Terminada la Segunda Guerra Mundial, Edward Deming fue una de las dos personas que mayor difusión dieron a los conceptos y metodologías del control de Calidad en Japón; ya que, enfrentados a la falta de recursos naturales y dependientes en alto grado de sus exportaciones se dieron cuenta de que para sobrevivir en un mundo cada vez más agresivo comercialmente, tenían que producir y vender mejores productos que sus competidores internacionales como Estados Unidos, Inglaterra, Francia y Alemania.

La gran contribución hecha por Deming es que la dirección pensó en forma diferente a las prácticas administrativas que se siguieron en el pasado. Otra persona que contribuyó sustancialmente a la educación de los empresarios japoneses en el mejoramiento de la Calidad, como en otros países, fue el Doctor Joseph M. Juran (Mariño, 1993, p. 98).

Juran ha sido llamado “el padre de la Calidad”, ya que es reconocido como la persona que agregó la dimensión humana a la Calidad y de ahí proviene los orígenes estadísticos de la Calidad total.

En este periodo el interés principal se caracterizaba por el control de conocer y seleccionar los desperfectos o fallas de productos, y por la toma de acción correctiva sobre los procesos tecnológicos. Los inspectores de Calidad continuaban siendo un factor clave del resultado de la empresa, pero ahora no sólo tenían la responsabilidad de la inspección del producto final, sino que estaban distribuidos a lo largo de todo el proceso productivo.

Durante los años 60 y 70, numerosos fabricantes japoneses incrementaron su participación en el mercado norteamericano y una razón fundamental era su Calidad superior. El efecto elemental de la revolución japonesa de la Calidad fue su exportación masiva de bienes.

En los años 80, la responsabilidad de la Calidad se originaba de la alta dirección, la cual se debía liderar y todos los miembros de la Organización tenían que participar. En esta etapa, la Calidad era vista como “una oportunidad competitiva”.

Para 1990 pierde sentido la antigua distinción entre producto y servicio; lo que existe es el valor total para el cliente; esta etapa se conoce como Servicio de Calidad total. Es por eso que la Calidad es apreciada por el usuario desde dos puntos de vista, Calidad perceptible y Calidad factual; la primera es la clave para que la gente compre, mientras que la segunda es la responsable de lograr la lealtad del cliente con la marca y con la Organización.

En la actualidad el concepto de Calidad ha ido evolucionando, ampliando objetivos y variando orientaciones. Antes se pensaba que con la fabricación de un buen producto era suficiente, hoy se consideran importantes tanto el producto como el cliente. Su papel ha tomado importancia al evolucionar desde un control o inspección, hasta convertirse en uno de los apoyos de la estrategia global de una Organización.

### **2.1.1 Definiciones sobre Calidad**

La Calidad es concepto multidimensional hasta el punto que resulta complicado hallar una definición que sea absolutamente satisfactoria, dependerá para quién, para qué y en qué aspecto de la misma se ponga la atención; su amplitud se debe a que abarca todo lo que en una empresa lleva a cabo para la obtención de un producto o de un servicio (Maqueda, 1995, p. 306).

Partiendo de un conocido aforismo acerca de la Calidad, que dice: “el objetivo fundamental de la Calidad no es hacer las cosas bien, sino hacerlas lo menos mal posible” (Hervás, 2007, p. 242). Veremos a continuación una serie de definiciones sobre este término.

En español el término Calidad señala un conjunto de características de una persona o de una cosa, importancia, calificación, carácter, índole, superioridad, condición social. El sustantivo en inglés *quality* indica un individuo de alto nivel social, algo excepcionalmente bueno en su clase, un nivel de superioridad, un elemento distintivo. Ambos términos derivan de la palabra latina *qualitas*, *atis*, que indica cualidad, manera de ser, propiedad

de las cosas y que a su vez deriva del adjetivo también latino *qualis*, e, que significa cuál, de qué género, de qué clase, de qué Calidad, de qué especie (Colunga, 1995, p. 17).

El diccionario de la Real Academia de la Lengua señala que la Calidad es la “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie” (Corella, 1996, p. 305). De alguna manera, esta definición orienta hacia una idea de sentido absoluto por medio de la cual se asocia comúnmente la palabra Calidad al orden de lo bueno, superior o excelente.

Son numerosos autores que se han encargado de definir Calidad, citando algunos:

Parasuraman y cols. (1985) analizaron el concepto Calidad desde la perspectiva del servicio, deduciéndose como la amplitud de la discrepancia o diferencia que existe entre las expectativas o deseos de los clientes y sus percepciones. El producto o servicio debe cumplir con las funciones y especificaciones para los que ha sido diseñado y que deberán ajustarse a las señaladas por los consumidores. La competitividad exigirá que todo ello se logre con rapidez y al mínimo costo.

A su vez, Joseph Juran (1986), hace referencia a dos vertientes que se derivan del concepto Calidad; por un lado están las características del servicio o producto y por otro la capacidad del servicio de dar satisfacción al cliente. Determina a la Calidad como ausencia de deficiencias y la adecuación del uso, donde el cliente es el elemento fundamental del propósito. Establece las tres “C”, la primera es la conformación, se refiere a la adecuación y conveniencia; la segunda a la confiabilidad, refiriéndose a la certeza que el producto tendrá siempre la misma Calidad; y por último la competitividad, ofrecer mejores precios, productos y servicios.

En cambio en 1989, Edward Deming (citado en Chavez, 2010, p. 17) la define como el juicio que tienen los clientes o los usuarios sobre un producto o servicio. Propuso ver a la Organización como una entidad integral, impulsada por la fuerza de la Calidad girando en torno al mejoramiento incesante de todos los procesos, con el objetivo de ampliarla.

Para Kaoru Ishikawa el objetivo principal era involucrar a todo el personal en el desarrollo de la calidad y no solo a la dirección, por tal razón la define como: “satisfacer los requisitos de los consumidores”. Realizó aportaciones sobresalientes para el control total de la Calidad, consideró que debe de ir desde el diseño del proyecto, pasando por la producción, hasta llegar a la venta y el servicio; debe ser útil, lo más económico posible y

siempre satisfactorio para el usuario. Su modelo se sustenta en las cinco “m”: mano de obra, materiales, maquinarias, métodos y medio ambiente (Mayo, 2010, p. 3).

Philip Crosby (1990) se dio a la tarea de convencer que la alta dirección es la responsable de la Calidad, teniendo como propósito prevenir los defectos, ya que resulta más económico prevenir errores que corregirlos. Señaló tres aspectos administrativos para mejorar la Calidad: el trabajo en equipo, la educación y el mejoramiento como un flujo interminable.

La Organización Internacional para la Estandarización (ISO), ha definido la Calidad como: “todas las características de una entidad que sustentan su capacidad de satisfacer necesidades expresas e implícitas”. Donde el concepto de entidad incluye: productos, actividades, procesos, organizaciones o personas (Hervás, 2007, p. 251).

Actualmente, Calidad se utiliza con frecuencia en cualquiera de los ámbitos de nuestra sociedad sin importar el sector del que proviene. Se puede definir como la adquisición de la satisfacción del cliente, lo que significa evitar fallas en lugar de corregirlos y motivar al personal para que haga su trabajo a la primera.

Como se puede observar, el término Calidad es el conjunto de características de un producto o servicio que satisfacen las necesidades de los usuarios y, en consecuencia, hacen satisfactorio el producto. Es perfección o buen funcionamiento de las actividades de acuerdo con los requisitos exigidos. Por consiguiente, un cliente con sus necesidades y expectativas cubiertas es un usuario satisfecho.

Todas estas descripciones, han partido de diversas teorías, que han marcado la historia de este concepto; sin ellas, no se habría llegado hasta lo que conocemos actualmente como Calidad.

### **2.1.2 Teorías y movimientos hacia la Calidad**

Cada teoría y movimiento de la Calidad aparece para dar respuesta a una necesidad y presentar la solución desde su enfoque, han dado una importante aportación para las Organizaciones sobre aspectos productivos, aspectos individuales y sociales. Algunas teorías que han tenido gran impacto en las instituciones son las siguientes (Vargas y Aldana, 2006, p. 35).

❖ *Teoría de Deming*

W. Edwards Deming, nació en Sioux City, Iowa EEUU, el 14 de octubre de 1900. Se destacó por su impulso al uso del control estadístico de procesos para la administración de la Calidad; promovió el cambio planeado y sistemático a través del círculo de Shewhart. Definió los 14 puntos que los administradores deben adoptar para asegurar la posición competitiva de sus empresas (Guajardo, 1996, p. 37).

Los catorce puntos de Deming (Tabla 2.1) están basados en observaciones de lo que ocurría en las empresas industriales y de servicios. Sus principios son:

---

Crear conciencia del propósito de la mejora de producto y el servicio con un plan para ser competitivo y permanecer en el negocio a corto, mediano y largo plazo; por medio de la innovación, la investigación y la mejora continua.

Adoptar la nueva filosofía, para entrar en la nueva era económica, conociendo las responsabilidades de la administración y el estableciendo un liderazgo dirigido al cambio.

Terminar con la dependencia de la inspección masiva; dado que, la Calidad no viene de la inspección, sino del mejoramiento del proceso.

Terminar con la práctica de hacer negocios sobre la base únicamente del precio. Debido a que el precio de un producto no tiene significado sino cumple con la medida de Calidad por la que se está comprando.

Mejorar en forma constante y permanente el sistema de producción y los servicios, mediante la búsqueda de métodos que ayuden a la progreso de la Calidad.

Poner en práctica métodos de capacitación para el trabajo, de manera que el aprendizaje sea de utilidad para mejorar en su trabajo.

Poner en práctica métodos modernos de supervisión de los trabajadores de producción. Dirigir al grupo para que realice un mejor trabajo, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la Organización.

---

Eliminar de la compañía todo temor que impida que los empleados puedan trabajar efectivamente en ella. Los trabajadores se deben sentir seguros para que se pueda perseguir la Calidad, debidamente en el centro de trabajo.

Eliminar las barreras que existan en los departamentos. Los empleados pueden mejorar su productividad conociendo más a los otros y coordinando sus esfuerzos, independientemente de su campo profesional.

Destacar objetivos numéricos, carteles y lemas dirigidos a la fuerza del trabajo que soliciten nuevos niveles de productividad sin ofrecer métodos para alcanzarlos; lo que se requiere son guías proporcionadas por la gerencia para el mejoramiento del trabajo.

Eliminar normas de trabajo que prescriban cuotas numéricas. Ya que las organizaciones deben enfocarse hacia los problemas de la calidad y no a seguir números.

Retirar las barreras que enfrentan al trabajador de la línea con su derecho a sentir orgullo por su trabajo, haciendo que los empleados sientan que siempre están siendo juzgados, clasificados y calificados.

Instituir un vigoroso programa de educación y re-entrenamiento. Ésta incluye una preparación sólida respecto a los instrumentos y las técnicas del control de Calidad.

Formar una estructura en la alta administración que aseguren que en el día a día los 13 puntos anteriores sean cumplidos; la Organización entera debe trabajar unida para que triunfe la Cultura de la Calidad.

Tabla 2.1. Siguiendo los Catorce Puntos, las Organizaciones estarían en posición de mantenerse a los constantes cambios del entorno económico.

Deming estableció los 14 puntos para la construcción de una cultura de administración de Calidad. Sus criterios buscaban erradicar las barreras para que el trabajador pueda sentir orgullo por su trabajo, y para que los directivos asuman su responsabilidad respecto a la Calidad. El trabajo de Deming fue complementado por Joseph M. Juran.

❖ *Teoría de la planificación para la Calidad de Joseph Juran*

Joseph M. Juran, nació el 24 de diciembre de 1904 en Rumania. Su enfoque se basa en la administración de la Calidad que consiste en planear, controlar y mejorar la Calidad, conocido más comúnmente como la trilogía de la Calidad. Sus puntos corresponden a la planeación de la Calidad independientemente de la organización del producto o proceso.

La Calidad se puede generar en una serie de pasos llamado “mapa de planeación de la Calidad”, donde primero se hace una identificación de los clientes, después se determinan sus necesidades traduciéndolas a nuestro lenguaje. Con ello se desarrollan productos con características que respondan en forma óptima a las necesidades de los clientes y un proceso que sea capaz de producir las características del producto, siempre transfiriendo el proceso a la operación.

El control de la Calidad es un complemento indispensable de la planificación, actuando como un sistema de retroalimentación (Figura 2.1). Según Juran, el control deben emprenderlo todos los empleados y la dirección de la empresa. El proceso de control comienza evaluado el comportamiento inicialmente establecidos, para finalmente actuar sobre las posibles desviaciones.

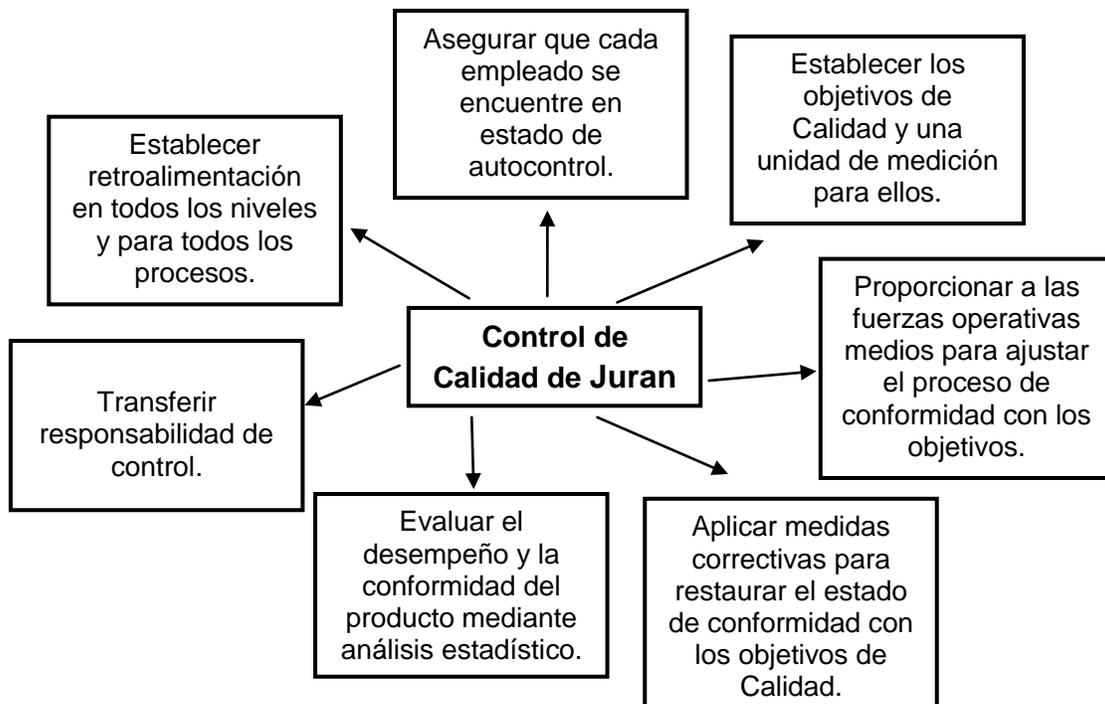


Figura 2.1. Mapa del Control de Calidad de Joseph Juran (Miranda, 2007, p. 36).

Así, para la obtención del Mejoramiento de la Calidad, se debe basar en conceptos fundamentales como: realizar todas las mejoras, proyecto por proyecto; establecer un consejo de Calidad; definir un proceso de selección de proyectos; designar para cada proyecto un equipo de seis a ocho personas con la responsabilidad de completar el proyecto; otorgar reconocimientos y premios; aumentar el peso del parámetro de Calidad en la evaluación de desempeño en todos los niveles de la Organización; participar de la alta dirección en la revisión del progreso de las mejoras de Calidad y por último proporcionar entrenamiento extensivo a todo el equipo administrativo en el proceso de mejora de Calidad, sus métodos y herramientas para establecer el programa de mejora de Calidad anual.

❖ *Teoría de la Calidad total*

Kaoru Ishikawa nació en 1915 en Japón; es autor de la herramienta de la espina de pescado, fue el principal precursor de la Calidad total en Japón y tuvo una gran influencia en el mundo, ya que resaltó las diferencias culturales en las naciones, para el logro del éxito de la Calidad.

Sus principios básicos se mencionan a continuación:

En cualquier industria, control de Calidad es hacer lo que se tiene que hacer, mostrar resultados; además se empieza y se termina con capacitación, revelando lo mejor de cada empleado. Sus pasos deben estar orientados a conocer los requerimientos de los consumidores y los factores que los impulsan a consumir; ayuda a anticipar los problemas potenciales y quejas, siempre y cuando se construya en cada diseño y en cada proceso; también es una disciplina que combina el conocimiento con la acción; sus actividades son congruentes con la naturaleza humana y pueden ser exitosos en cualquier parte del mundo y finalmente el mejor modo de controlar las operaciones son los métodos estadísticos.

El presidente Reagan, en los Estados Unidos, mediante una orden ejecutiva, dispuso la puesta en marcha de una gestión de Calidad total par las instituciones y empresas sanitarias, en abril de 1988, ocupándose de ello la Junta de Acreditación de Instituciones Sanitarias, dependiente del Departamento Federal de Sanidad. Y todo esto suena como música celestial, pero la realidad es que sin un buen soporte legal, la Calidad total es

imposible llevarla a cabo. Lo que sí se puede hacer es una aproximación de Calidad total, pero no una verdadera Calidad total (Hervás, 2007, p. 246).

❖ *Teoría de la Calidad basada en la administración de la Organización*

Armand V. Feigenbaum, nació en 1922. Para él, la Calidad es un modo de vida corporativa, es una forma de administrar una Organización. Es el primero en afirmar que la Calidad no sólo se centra en el proceso productivo, sino en todas las funciones administrativas de la Organización, integrado así los conceptos de la teoría general de los sistemas de Calidad.

Afirma que los elementos que constituye el sistema no se centran en el área técnica de la empresa, sino que involucran aspectos administrativos, organizativos y mercadeo, que busca encontrar la satisfacción del cliente, gestión laboral y gestión económica.

Feigenbaum decía que para que el control de Calidad sea efectivo, debe iniciarse con el diseño del producto y terminar cuando esté en manos del cliente satisfecho.

Mencionaba que la Calidad se debe planear con base en un enfoque hacia la excelencia en lugar de un enfoque orientado hacia la falta; todos los miembros de la Organización son responsables de la Calidad de los servicios y de los productos; se requiere del compromiso de la alta dirección, que se manifestarán en la motivación continua y en las actividades de capacitación.

Consideraba la Calidad como un ciclo de vida total, donde existen cuatro procesos claves para controlarla: diseño, materia prima, producto y proceso; siempre utilizando herramientas estadísticas. Así cada integrante de la Organización tiene que integrar su propio proceso y ser completamente responsable de la Calidad.

❖ *Teoría de cero errores.*

Philip B. Crosby, nació en West Virginia en 1926. En los años 60 fue el impulsor del programa de “cero defectos”, que se consigue estableciendo una política de prevención para lograr trabajar sin errores; haciendo lo acordado en el momento convenido, lo cual implica contar con requisitos claros, capacitación, actitud positiva y un plan. Para ello debe existir un director de Calidad y una dirección comprometida que actúa de forma coherente con las políticas establecidas.

Señala que la mejora de la Calidad debe basarse en lo que denominó los absolutos de la gestión de la Calidad, donde se cumplen los requisitos establecidos, de forma que la mejora se alcanzará logrando que todo el mundo haga bien las cosas a la primera; para ello se hace necesario que todos los trabajadores conozcan los requisitos y que la dirección suministre los medios necesarios para alcanzarlo. A su vez el sistema que causa la Calidad es la prevención, que tiene como idea evitar los errores, mediante una inspección para detectarlos; pudiendo estar satisfechos únicamente cuando los requisitos de trabajo se cumplan, siempre y cuando no se acepten errores, con todo esto se saca una medida de Calidad que es el precio del incumplimiento; incluye todos los gastos adicionales en que se incurre cuando un producto o servicio no cumple con los requisitos desde la primera vez.

Con base a estos elementos se desarrollan los 14 pasos para la mejora de la Calidad, los cuales se mencionan a continuación:

1. Establecer el compromiso de la dirección. La gerencia debe reconocer que se debe comprometer a participar personalmente en el programa de Calidad.
2. Formar un equipo de mejora de Calidad. Para formar este equipo deben conjuntarse participantes de cada departamento de la empresa, donde se establece compromisos entre los miembros, se asignan recursos y vigilan los progresos. Sus responsabilidades abarcan todo el programa de mejora de la calidad de la unidad y tiene que estar presidido por alguien que tenga autoridad.
3. Definir indicadores de Calidad para cada actividad. Es necesario especificar y utilizar una medida del desempeño de calidad por áreas y departamentos.
4. Evaluar los costos de la falta de Calidad. Analizar e incluir costos de inspección, por errores, especificando su uso como herramientas gerencial, para determinar donde se realizaran acciones correctivas.
5. Desarrollar la conciencia de la Calidad. La percepción de la Calidad debe ser compartida por todos los empleados y deberán estar consientes de las consecuencias producidas por los errores, esto se debe lograr a través de entrenamiento y comunicación.
6. Realizar acciones formales para corregir los problemas identificados a través de los pasos previos. Proveer un método sistemático para resolver los problemas identificados, cada uno de los empleados tiene que darse cuenta de ello para resolverlo periódicamente.

7. Establecer un comité para el Programa Cero Defectos. Este comité será parte de la estructura de la administración de Calidad, que dirigirá formalmente el sistema de Cero Defectos y la implantación del mismo.
8. Capacitar a los supervisores. Antes de implementar el programa se debe establecer un evento formal de educación, para difundirlo.
9. Realizar el día Cero Defectos. Se establece para crear cultura y una impresión duradera, como un estándar de desempeño y para que los empleados se den cuenta a través de dicha experiencia, de los cambios que se están dando.
10. Alentar a las personas para que establezcan objetivos para la mejora de sí mismos. Cada uno de los empleados y supervisores deberán establecer metas específicas (individuales y grupales), para que el equipo mejore su desempeño operacional.
11. Identificar los problemas que impiden que el trabajo se realice con Calidad. Se les debe indicar a cada empleado que identifique cualquier dificultad que le impida desarrollar su trabajo libre de errores.
12. Establecer un programa de reconocimiento para aquellos que logran sus objetivos de Calidad. Para Crosby un programa de recompensas es fundamental y aquellos empleados que vayan alcanzando sus metas, deberán ser reconocidos.
13. Crear consejos de Calidad con el personal de *staff*. Al igual que el comité de Cero Defectos, este consejo será parte de la estructura de Calidad, estará formado por el equipo asesor interno y los líderes de los equipos, con el fin de mantener la dirección del plan de Calidad.
14. Realizar de nuevo los pasos anteriores. Establecer las medidas necesarias para mantener el ciclo de los 14 pasos de manera continua y sistemática, este proceso nunca termina.

Habla también de la prescripción de la salud corporativa, donde se debe asegurar que toda su gente haga el trabajo de forma correcta, todas las acciones del programa de mejoramiento de la Calidad deberían estar encaminadas a asegurar un crecimiento lucrativo y constante de la compañía, anticipar constantemente las necesidades de los clientes, planear la administración para el cambio y por último crear un entorno laboral en el que el personal esté orgulloso de trabajar.

Aunque todas estas teorías hablan de lo que se debe hacer para obtener la Calidad, se debe tomar en cuenta que las exigencias de la Calidad nos llevan, si no somos cautos, a la imposibilidad de trabajar. Por eso se debe ajustar la demanda a la situación real en que nos movemos. Los pacientes piden el máximo posible y parte de lo imposible, de manera que hay que saber valorar esas peticiones en su justa medida; porque no debemos olvidar que los deseos no tienen tope, pero los recursos, sí.

### **2.1.3 El control de Calidad**

Aunque parezca imposible tener Calidad, se deben buscar soluciones para satisfacer a los clientes, sin olvidar a las personas que brindan un servicio. Todo esto se hace en base al control de Calidad.

Por control de Calidad se entiende, como un sistema de procedimientos para originar en forma económica bienes y servicios que satisfagan los requerimientos del consumidor (Gutiérrez, 2004, p. 67). Es lo que clásicamente se hacía (y se hace) en las empresas de producción. Sin embargo, hoy en día es una importante parte de la Garantía de Calidad (e incluso de la calidad total) que se ha de hacer en cualquier actividad sanitaria, y en otras organizaciones.

La Garantía de Calidad es el conjunto de acciones planificadas y sistemáticas para tener evidencia de que los productos o servicios cumplan con los requisitos de Calidad. Es el conjunto de sistemas y herramientas dirigidos a la mejora continua de la misma; esto implica hacer las cosas bien y mejorarlas constantemente. Este proceso consta de varias fases:

1. Definición de estándares de Calidad. Dichos parámetros habrán de ajustarse a los recursos disponibles, tanto humanos, como de equipamiento y financieros.
2. Elaboración de plan de Calidad. Deberán ajustarse a la normativa legal existente, así como a los convenios generales de cada centro.
3. Contratación de auditores externos. Dicho contrato se efectuará ajustado a las condiciones del plan de Calidad.
4. Estudio de la modificación de demanda de Calidad de los usuarios. No es lo mismo elaborar un plan para una población anciana que para niños.

5. Modificación del plan de Calidad. Se ajustara a la demanda observada y se podrá volver al punto 3.

La Garantía de Calidad debe ser considerada como un proceso dinámico, porque se ha de adaptar al plan de trabajo y a las necesidades reales existentes. Algunos conceptos importantes que son los objetivos del control de Calidad que deben ser considerados:

- Exactitud. Una medida es exacta cuando el valor medido corresponde con el valor real. Nos mide el resultado global de nuestro proceso.
- Precisión. Una medida es precisa cuando, al repetirla varias veces, se obtienen los mismos valores siempre.
- Errores. En el control de Calidad se busca detectar los errores.

Una Organización o cualquier parte de ella, proporciona una serie de servicios que consume un cliente. La satisfacción del usuario, se basa en la percepción de la Calidad y está influenciada por las acciones de la institución. Estas funciones se deben derivar de indicadores que evalúan la Calidad de los procesos y productos que generan y contribuyen a su mejora.

#### **2.1.4 El Círculo de Calidad**

Es un ciclo dinámico que puede desarrollarse dentro de cada proceso de la Organización, está asociado con la planificación, implementación, control y mejora continua.

Por mejoramiento continuo se entiende la política de renovar constantemente y de forma gradual el producto. Según Deming, para obtener la Calidad que satisfaga los clientes, debe darse una interacción de las actividades de investigación de mercado, de diseño del producto, de fabricación y de ventas, con el propósito de optimizar los niveles; esta interacción debe repetirse en forma cíclica.

La interacción y la forma cíclica de proceder se suele expresar mediante un círculo, denominado Círculo de Shewhart o Ciclo de Calidad. Este se denomina con la sigla formada por las primeras letras de palabras en inglés utilizadas por Deming, PDCA (*Plan, Do, Check, Action*). Llamado también Círculo de Deming, consiste en la repetición de los siguientes pasos:

1. Planear. Primero se definen los planes y la visión de la meta que tiene la empresa. Una vez establecido el objetivo, se analiza cómo hacerlo, recabando información y basándose en ella para planificar y programar un cambio.
2. Hacer. En esta etapa se realiza el plan de trabajo establecido anteriormente. Se lleva a cabo el cambio planeado y decidido anteriormente, preferiblemente a pequeña escala a fin de evitar sorpresas negativas mayúsculas.
3. Verificar. Se comparan los resultados planeados con los obtenidos. Antes de esto, se establece un indicador de medición. Vigilar los efectos producidos por el cambio efectuado a pequeña escala. Una vez probado el cambio y hechas las correcciones pertinentes, se procede a implementarlo a gran escala.
4. Actuar. Con esta etapa se concluye el ciclo de Calidad, significa recibir la retroalimentación del departamento-cliente acerca de las mejoras introducidas y con base a esto se confirma qué se aprendió, qué se mejorará y en dónde se está en ese momento, con el propósito de prevenir la repetición de los defectos.

El Círculo de Deming (Figura 2.2), debe entenderse como un proceso a través del cual se establecen constantemente nuevos modelos de Calidad con el propósito de que éstos vuelvan a ser revisados y reemplazados por estándares mejores. El mejoramiento de cada etapa del proceso es posible si las personas que intervienen saben las funciones del área donde colaboran (Gutiérrez, 2004, p. 107).

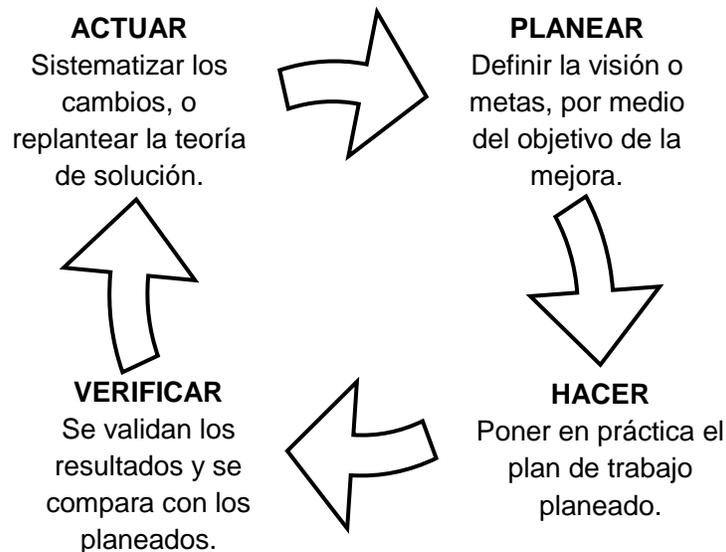


Figura 2.2. Ciclo de Deming, tiene como propósito mejorar los niveles de Calidad y satisfacer al cliente.

Para concluir, podemos decir que un círculo de Calidad es un sistema mixto (trabajadores-empresario-mercado) de mejora constante de la capacidad productiva y competitiva, beneficio de sus miembros, rentabilidad de sus productos e índice de satisfacción en el mercado.

Por ello es importante considerar el papel de la motivación en este ciclo; enfocándonos al área de la medicina, las vías de motivación son fundamentalmente dos: la carrera profesional y el beneficio obtenido. Es decir, un trabajador motivado es un trabajador bien considerado y bien retribuido y por tanto brinda Calidad en su servicio.

## **2.2 Servicio**

Mientras que organizaciones de producción obtienen su objetivo por medio de la manufacturación de productos, las organizaciones de servicios logran su propósito principal por medio de la producción y suministro de asistencias como educación, transportación, bancos, hoteles y cuidados de la salud.

Los servicios se distinguen a partir de cuatro características: la intangibilidad, considerada la más sustancial diferencia entre los bienes y los servicios y posiblemente la única característica en común de todos los servicios, significa que el servicio no se puede apreciar con los sentidos antes de ser adquirido, por lo que supone un mayor riesgo percibido para los consumidores manifestado como el temor a verse insatisfechos tras la adquisición; la inseparabilidad, que significa que su producción es inseparable de su consumo; la heterogeneidad, que hace referencia a la dificultad de estandarización dada la alta variabilidad potencial en el desempeño de los servicios, así, los resultados de su prestación, pueden ser muy variables de productor a productor, de cliente a cliente, etc.; y por último, el carácter perecedero, o sea, no pueden almacenarse.

La prestación del servicio requiere de la interacción humana, la cual existe hasta que es solicitado por el cliente, es abstracto y algunas veces radica en conocimientos e ideas; se caracteriza por una producción y consumo simultáneo; si no es consumido inmediatamente desaparece, por ello las compañías tienen un intenso conocimiento de labor, con varios empleados obligados a responder a las necesidades del usuario.

En los servicios de salud tienen una responsabilidad que va más allá de las cuestiones de eficiencia, debido a la naturaleza misma del tipo de servicio que prestan y por el carácter público de éstos, la Calidad es por tanto una exigencia. Eso hace que todos los profesionales que trabajan en dichas instituciones, estén obligados de cobrar conciencia sobre el valor ético de la labor social que desempeñan, mediante la interacción entre un proveedor y un paciente.

La Calidad de un servicio es percibida y no puede ser medida ni comparada de la misma manera que la Calidad que un producto tangible ofrece, debe proveerse cuando el usuario lo requiera y lo necesite; y aunada a una rápida respuesta, son características que afectan la satisfacción y percepción del cliente.

### **2.2.1 Definición de Servicio**

El sustantivo español *servicio* denota la acción o el efecto de servir, estar a disposición de una persona, organización, ayuda, trabajo, utilidad, provecho, cortesía con que se ofrece algo a alguien. El Diccionario de la Real Academia indica que la palabra proviene del latín *servitium*, significa “acción y efecto de servir” y utilidad o provecho como resultado de la atención recibida.

El término “servicio” es considerado por Kotler y Bloom (1984) y De la Red (1993), como cualquier actividad o beneficio que una parte puede ofrecer a otra. Es esencialmente intangible y no da como resultado la propiedad de nada.

Para Gronroos (1994), un servicio lo constituye un conjunto de procesos, percibidos de manera subjetiva, en los cuales las actividades de producción y consumo se realizan de modo simultáneo (Barranco, 2002, p. 374).

En términos administrativos de acuerdo con Juran referencia, “servicio, es el trabajo realizado para la otra persona”. Una empresa de servicios existirá mientras tenga capacidad competitiva en la Calidad de los servicios que ofrece, en el precio de los mismos y en las relaciones con los clientes, en ese orden.

Aunado a estas definiciones, encontramos que toda empresa de servicios generalmente se divide en el Servicio Principal, que es lo más importante que presta la empresa, la razón de su existencia, la razón fundamental por la que la empresa está en el mercado, el servicio que proporciona mayores ingresos, el que está explícito en la misión de la empresa.

Los otros servicios que presta la empresa y que complementan o se relacionan con el servicio principal, es denominado Servicio Periférico, su principal función es el complementar la prestación del Servicio Principal. La última clase son los Servicios de Valor Agregado, son servicios libres de costo que acompañan al Servicio Principal y/o a los Periféricos y cuya función es el incrementar el valor de los mismos. La amabilidad, la cortesía, la sonrisa, la disposición a prestar un servicio que satisfaga al cliente son ejemplo de los mismos.

Los servicios son básicamente intangibles, son prestaciones y experiencias más que objetos, su evaluación puede ser muy compleja y difícil de establecer con precisión. Se requiere de mucha colaboración humana, son heterogéneos, la prestación varía de un productor a otro, de diferentes usuarios y de un día a otro.

La producción y el consumo de muchos servicios son inseparables (Fernández, 2005, p. 635). Es decir en términos generales, la Calidad de los Servicios se produce durante su entrega o prestación; usualmente como resultado de la interacción entre cliente y proveedor. Con frecuencia los usuarios de los servicios se encuentran allí donde estos se producen, observando y evaluando el proceso de producción a medida que experimentan el servicio. Para que se dé la clasificación de los servicios, con mejores resultados se necesita de un ciclo, el cual ayuda al mejor funcionamiento de un servicio.

### **2.2.2 El Ciclo del Servicio**

Se le nombra Ciclo del Servicio al conjunto sistematizado de pasos, para la prestación de un servicio, éste se compone del ciclo del servicio de la empresa y el ciclo del servicio del cliente (Figura 2.2 y 2.3).

<p><b>1. El ciclo del servicio de la empresa.</b></p> <p><b>Es el conjunto sistematizado de los pasos que lleva a cabo la empresa para la creación y la prestación de un servicio.</b></p>	Determinar los clientes. De quien se ocupa la alta dirección, así inicia el ciclo del servicio de la empresa.
	Detectar las necesidades de los clientes. Cuidando satisfacer sus costumbres, gustos, preferencias y expectativas.
	Planear los servicios. Desarrollando los procesos capaces de producirlos y autorizando los recursos necesarios para hacerlo.
	Crear los servicios. De forma tal que cumplan sistemáticamente con los requerimientos establecidos.
	Prestar los servicios. Los empleados que atienden directamente a los clientes, les prestan los Servicios Principal, Periféricos y de Valor Agregado, según los procedimientos planeados.
	Evaluar el cumplimiento de los requerimientos y satisfacción de los clientes. Mediante el control estadístico, verificando que la satisfacción de los clientes es algo personal, más exigente de lo establecido.

Tabla 2.2. Ciclo del servicio de la empresa. Las organizaciones están prestando atención y evaluando cada detalle sobre la atención de sus clientes.

<p><b>2. El ciclo del servicio del cliente.</b></p> <p><b>Es el conjunto de contactos y acciones que un cliente determinado tiene con la empresa para recibir un servicio.</b></p>	Inicio del ciclo del servicio del cliente. Se inicia con el primer contacto que el cliente hace con la empresa prestadora de servicios.
	Acciones del cliente para recibir el servicio. Si el cliente decide recibir el servicio, su ciclo de servicio continúa mediante las acciones necesarias de su parte para recibir de una manera satisfactoria lo convenido y mediante los diversos contactos que tendrá con la empresa durante el desarrollo del ciclo del servicio.
	Terminación del ciclo del servicio del cliente. Finaliza con el último contacto que tiene con la empresa, independientemente que haya o no recibido el servicio por el que se contactó

Tabla 2.3. Ciclo del servicio del cliente. A partir del conocimiento de los clientes y de sus requerimientos será necesario definir el propósito del servicio

El ciclo del servicio del cliente, debe completarse en el periodo de tiempo esperado por él. La empresa debe prestar los servicios en los tiempos convenidos y complementarlos en un período de tiempo adecuado a lo esperado por cada usuario. Cada cliente espera puntualidad y un tiempo razonable, convenido, estipulado o estimado, para cualquier servicio.

### 2.2.3 El nivel de Autocontrol

Para que se pueda aplicar el proceso de la mejora del servicio en toda Organización, se requiere que todas las personas que trabajan en la misma, alcancen el nivel de autocontrol, donde:

1. Se poseen los conocimientos, las habilidades y las actitudes requeridas para prestar el servicio. Evaluándose con las mismas herramientas estadísticas con que se controla el proceso de prestación del servicio.

La capacitación que requieren las personas que trabajan bajo un modelo de administración para Calidad se clasifica en:

- a) Capacitación técnica. Es la que se requiere para desempeñar bien el trabajo.
- b) Capacitación para la Calidad. Que se puede abarcar con las siguientes cuatro pláticas dadas por el director del área correspondiente:
  - Los motivos que tiene la Organización para implementar los modelos administrativos para la Calidad.
  - La misión y los valores de la empresa.
  - El proceso de la mejora de servicio.
  - La importancia de la satisfacción del cliente que permite la permanencia de la Organización en el mercado.

2. Tener el equipo adecuado para prestar el servicio. Desgraciadamente no es raro que en las organizaciones mexicanas se pretenda prestar los servicios sin el equipo necesario para hacerlo bien; no son raros los equipos obsoletos ni las instalaciones que no cumplen con los requerimientos necesarios y que por lo tanto, afectan negativamente la prestación del servicio.

Este nivel de autocontrol es necesario, ya que cada servicio es diferente, por tanto como servidores públicos requieren adecuarse a las características de los mismos.

#### **2.2.4 Las características de los Servicios**

Si se toma en cuenta los puntos antes vistos, se debe reflexionar que los servicios deben ser útiles para las personas que los reciben, ofrecer alternativas de satisfacción a determinadas necesidades, costumbres, gustos, preferencias y expectativas de los usuarios, con mayores conveniencias que si el cliente lo hiciera por sí mismo.

Requieren de un elevado número de interacciones, en especial durante el ciclo del servicio del cliente, dado que es cuando se solicita el servicio, se prestan las opciones, se escoge la opción deseada, se cotiza, se presta, se recibe el servicio, se factura y se cobra.

Por el elevado número de interacciones directas que se dan en especial durante el ciclo del servicio al cliente, las relaciones son importantes porque incrementan o decrementan el impacto del Servicio Principal y de los Servicios Periféricos. Por muy significativas que sean las relaciones con los clientes nunca podrán sustituir una prestación de servicios deficientes. Un servicio con Calidad es la base principal para la lograr satisfacción del usuario.

También necesitan un elevado volumen de papeleo, así que su exactitud, la rapidez, la consistencia en el respeto a los tiempos y el cuidado en su manejo se convierten en factores importantes de competitividad.

En la Calidad del Servicio, debe participar todo el personal, incluyendo la alta dirección, condición necesaria para que trace en la estrategia los lineamientos o principios para que no fracase el programa o plan que se intenta introducir (Zeithaml, Parasuraman, Barry, 1993; Fernández, 2005, p. 637).

Los servicios no son almacenables, es decir, el servicio que en el momento no se vende no podrá ser vendido en otro momento (Botero, 2006, p. 217). Numerosas organizaciones reconocen que el éxito depende en gran medida del grado hasta el cual pueden satisfacer a sus clientes.

### **2.2.5 La importancia del Servicio**

Nuestra sociedad actual se caracteriza por el incremento cuantitativo y cualitativo del sector servicios, siendo conveniente valorar la Calidad del Servicio que ofrecen, incorporando la percepción que los usuarios/as, tienen sobre los mismos.

Senlle y Stoll (1996) sugieren que el servicio es importante para garantizar la supervivencia de la Organización y mejorar la competitividad. La Calidad en el Servicio, es aquella que cumpliendo su misión social, logra la satisfacción del cliente o consumidor respecto al nivel de expectativas, y produce actitudes positivas hacia el valor agregado, lo que aumenta la disposición en el cliente.

El personal que trabaja en servicios debe considerar al usuario como su razón de ser, necesita una visión en la que pueda creer, una cultura de logros permanentes que le desafíe a dar siempre lo mejor de sí, un sentido de equipo que le nutra y le anime y determinadas normas y reglas que le muestren la solución (Zeithaml, Parasuraman, Barry, 1993, p. 18)

Las actividades económicas que representan al sector de servicios incluye al comercio, comunicaciones, educación, técnicos, finanzas, hotelería, infraestructura, inmobiliaria, personales, profesionales, científicos, públicos, religiosos, de reparación recreativos, restaurantes y de salud (Colunga, 1995), sin embargo dentro de cualquier Organización se ubican servicios internos.

Lo que nos lleva a decir que en una Organización verdaderamente orientada al servicio, cada persona y cada unidad tiene un cliente o usuario, interno o externo a la Organización; todos los departamentos y puestos están entrelazados dependiendo de los demás grupos o personas de forma directa o indirecta para cumplir con sus objetivos, de forma que existe un vínculo entre la Calidad en el Servicio interno que los empleados reciben y en la Calidad que brindan a sus propios usuarios (Albrecht, 1998).

En la actualidad, la Calidad se aplica y define tanto para el sector manufacturero como para el sector servicios, con todas las propiedades, características o cualidades de un producto o servicio que satisfacen las necesidades implícitas del consumidor o usuario (Kotler Bowen, y Makens, 2005; Morillo, 2009, p. 200). Una vez delimitado ambos términos, vamos a explicar que se entiende por Calidad del Servicio y cómo ésta se evalúa.

### 2.3 Calidad en el Servicio

Cualquier servicio proporcionado se mide de acuerdo con las expectativas del cliente las cuales están basadas en sus experiencias anteriores. La primera etapa debe consistir en satisfacer las expectativas, la segunda en superarlas.

Según Zeithaml (1988) la Calidad de Servicio que va a ser percibida por un consumidor, es definida como la valoración que éste hace de la excelencia o superioridad del servicio; es una modalidad de actitud, relacionada a la satisfacción, que resulta de la comparación entre las expectativas y las percepciones de desempeño del servicio (Lloréns, 1996, p. 17).

De igual manera, Gronroos (1984) desarrolló un modelo en el que sostiene que, en la evaluación de la Calidad de Servicio, los consumidores comparan el servicio que esperan con las percepciones de servicio que ellos reciben.

Lloréns (1996, p. 17) menciona que Holbrook, Corfman (1985), y Olshavsky (1985) sugirieron que la Calidad es un modo de evaluación, valoración, o juicio de un producto o servicio, similar en muchos casos a una actitud. De igual forma Parasuraman, Zeithaml, Berry (1985), Cronin y Taylor (1992), apoyan la noción de que la Calidad de Servicio es una evaluación global similar a una actitud.

En las definiciones revisadas sobre la Calidad del Servicio se encuentran la explicitación de la misma, como la satisfacción de las demandas y necesidades del cliente, acreditando que también supone la conformidad con unas normas previamente establecidas (Peiró y González, 1993; Barranco, 2002, p. 374).

Investigadores y directivos de empresas de servicios coinciden en que la Calidad de Servicio implica una comparación entre las expectativas previas y el desempeño percibido tras la prestación de un servicio.

La Calidad en el Servicio, como afirma Quijano y Malcoml (1999; Botero, 2006, p. 119) es evaluada por el usuario a través de factores, como los elementos tangibles, cumplimiento de promesas, actitud de servicio, competencia del personal y empatía.

- ✓ Los elementos tangibles, se refieren a la apariencia de las instalaciones de la Organización, la presentación del personal y hasta los equipos utilizados en determinada compañía.

- ✓ El cumplimiento de promesas, significa entregar correcta y oportunamente el servicio acordado. Si una institución cumple con lo acordado, el cliente puede confiar en la empresa para cualquier necesidad futura, con la certeza de que no perderá tiempo ni dinero.
- ✓ La actitud de servicio, es la disposición de quienes atienden a los usuarios para escuchar y resolver sus problemas o emergencias de la manera conveniente. Por ejemplo, un comportamiento hostil en la interacción interpersonal con el cliente es perjudicial para su percepción en la Calidad del Servicio (Doucet, 2004).
- ✓ En cuanto a la competencia de personal, el cliente califica que tan competente es el empleado para atenderlo correctamente; si es cortés, si conoce la empresa donde trabaja y los productos o servicios que brinda, y si es capaz de inspirar confianza con sus conocimientos para pedirle orientación.
- ✓ Por último, la empatía. Incluye la facilidad de contacto, un buen nivel de comunicación por parte de la empresa y la identificación de las necesidades, es decir, el cliente desea ser tratado como si fuera único.

Para las instituciones de salud la prestación de un servicio consiste en una interacción entre un proveedor y un paciente. El objetivo de esta interacción es mantener, restaurar y promover la salud. Según Donabedian (1990; Valenzuela, 2008, p. 68), la Calidad de atención consiste en “obtener los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente”.

### **2.3.1 Calidad en el Servicio de la atención médica**

El concepto de Calidad de la atención médica varía en diferentes contextos y sociedades; Lee y Jones (1933) citado por Varo (1994, p. 59), definieron la buena asistencia médica como la práctica de la medicina racional basada en las ciencias médicas y la aplicación de todos los servicios de la medicina científica moderna a las necesidades de la población. Subrayando la importancia de las acciones preventivas, la colaboración y la relación interpersonal entre los profesionales sanitarios y los pacientes y la coordinación con el trabajo de bienestar social y con todas las clases de servicio médico.

Esselstyn (1958) propuso dos criterios para determinar si la asistencia médica prestada es de Calidad: el grado en que la asistencia está disponible, es aceptable, extensa y documentada, y el grado en que una terapia adecuada se basa sobre un diagnóstico preciso y no sintomático.

Hare y Barnoon han formulado una definición de la Calidad asistencial que ha sido aceptada por la *American Society of Internal Medicine*. Según estos autores, la asistencia médica de Calidad incorpora un sistema científico para establecer e instaurar la terapia adecuada en la dirección diseñada a fin de satisfacer las necesidades del paciente. Además, la asistencia debe estar siempre disponible, ser eficiente y documentarse adecuadamente (Varo, 1994, p. 59).

Martínez (1992, p. 37) cita a Avedis Donabedian (1980) quien propuso una definición en el que considera la Calidad de la atención médica como "aquella que se espera que pueda proporcionarse al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes".

En 1990 Héctor Aguirre-Gas considera que la Calidad de la atención médica puede enfocarse desde tres ángulos diferentes, conforme a la satisfacción de las expectativas del paciente, de la institución y del trabajador mismo, así como del adecuado balance que debe existir entre la Calidad y la eficiencia en la prestación de los servicios (Aguirre, 1997, p. 259).

Ruelas y Zurita (1993, p. 237) proponen que la Calidad es un atributo de la atención médica que puede darse en grados diversos. Se define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente. Estos beneficios posibles se explican, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo a los recursos con que se cuenta para proporcionar la atención y a los valores sociales dominantes. Implica, por definición, resultados de la atención, evaluados como la mejoría esperada en la salud atribuible a la atención misma.

La Calidad en la atención de salud involucra múltiples dimensiones, incluyendo efectividad, eficiencia y satisfacción, así como algunas condiciones específicas y propias de su ámbito: es referida a estándares, debe ser de costo alcanzable y capaz de producir

un impacto demostrable (Verheggen, 1993, p. 318). En general, la Calidad de la atención se define como un equilibrio entre la experiencia y las expectativas.

Según la Organización Mundial de la Salud, la Calidad de la asistencia sanitaria es: “Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso” (Varo, 1994, p. 60).

Según Donabedian (De la Fuente, 1996, p. 205; Salas, 2001, p. 117; Aguirre, 2007, p.149), son tres los componentes de la Calidad asistencial médica que se debe tener en cuenta:

El primer componente es el técnico, el cual es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos.

El segundo es el componente interpersonal, está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual.

El tercer componente lo constituyen los aspectos de confort, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable. El juicio sobre la Calidad de la atención está determinado no sólo por esta producción técnica de la atención, sino también por el producto filtrado a través de las percepciones, valores, expectativas y necesidades del paciente.

Finalmente, la Calidad depende del compromiso de toda la Organización: desde la dirección hasta el último de los servicios y sus trabajadores (Verheggen, 1993, p. 320). La consecución de la Calidad y su mantenimiento es, por tanto, asunto de todos y no solamente de un departamento encargado de redactar normas y mantenerlas actualizadas. Según Larrea (1991, p. 73), la satisfacción del usuario va depender del resultado de las impresiones recibidas a lo largo de la creación de un servicio menos las expectativas que el cliente trajo al entrar en contacto con la actividad de servicio.

Los propósitos de una atención de Calidad deberá tener congruencia con la misión y la visión de la institución; estos planes estarán centrados en el paciente y dirigidos a satisfacer sus necesidades de salud. Es necesario tener en cuenta que en la prestación de los servicios médicos, el cliente es parte integrante del proceso, y por lo tanto, su satisfacción dependerá de su participación como usuario y de los resultados obtenidos.

Un elemento importante para otorgar los servicios de Calidad, es la satisfacción de las expectativas del trabajador con el desempeño de su trabajo, en función de que disponga de los recursos para otorgar la atención, de que se le otorgue el reconocimiento correspondiente, que la remuneración sea congruente, que existan oportunidades para su capacitación y superación, así como posibilidades de ascenso en función del servicio y de que exista seguridad en el puesto.

No obstante, las relaciones entre la persona y su trabajo cambian a lo largo del tiempo; el trabajador que tiene una fuerte vocación de servicio y una marcada motivación para ayudar a los demás, inicia su trayectoria con expectativas, muchas veces, de trascendencia. La discrepancia entre esas expectativas e ideales iniciales y las características de la realidad cotidiana del trabajo inciden en la aparición del Desgaste Laboral, por ello consideramos indispensable estudiar si existe relación entre el Burnout y la Percepción de la Calidad en el Servicio.

### **2.3.2 Medición de la Calidad en el Servicio (MEDSERV)**

Se han diseñado numerosos instrumentos de medición para evaluar la Calidad de los servicios. Algunos de estos instrumentos son los cuestionarios SERVQUAL y el SERVPERF.

SERVQUAL, desarrollado por Parasuraman, Zeithaml, Berry (1985), tenía como propósito inicial desarrollar una escala de múltiples ítems, con el objetivo de medir la Calidad de servicio, así como discutir sus propiedades y aplicaciones, es decir, medir la Calidad en el Servicio por medio de diferencias percibidas entre el servicio proporcionado y el deseado. Se empleó una escala que variaba desde fuertemente de acuerdo (7) hasta fuertemente en desacuerdo (1) (Lloréns, 1996, p. 54).

El cuestionario SERVPERF (Service-Performance), fue elaborado por Cronin y Taylor (1992), como alternativa al SERVQUAL propuesto por Parasuraman *et al.*, se basa exclusivamente en el desempeño percibido del servicio, a través de la satisfacción del cliente. Esta visión de Calidad es aplicada especialmente en el ámbito de los servicios.

Existen cuestionarios generales, validados estadísticamente, que permiten medir las dimensiones de un determinado modelo de Calidad en el Servicio, los cuales requieren la adaptación de las preguntas al tipo de servicio específico de la empresa. Dichos cuestionarios se han aplicado a empresas o departamentos de informática, bancos, hoteles, restaurantes y hospitales, entre otras.

Uno de ellos es el instrumento MEDSERV, es un instrumento elaborado por Chávez-Jiménez (2010); su proceso se basó en un trabajo detallado, se incorporó como estructura principal el SERVQUAL. Las definiciones de Calidad, en la que se basó la construcción del instrumento de medición, son las propuestas por Holbrook y Corfman (1985) y Olshavsky (1985), mencionando que la Calidad es un modo de evaluación, una valoración o juicio de un producto o servicio; y la propuesta de Parasuraman *et al.* (1985) y Zeithaml (1988), que la consideran como una evaluación global de la percepción del desempeño.

Este instrumento toma en cuenta que la Calidad es un juicio global del consumidor sobre el desempeño percibido de un producto o servicio.

Esta definición considera dos criterios de Evans (2000); el criterio basado en el usuario, puesto que considera a la Calidad desde la percepción del cliente; y el criterio de juicio, ya que también considera a la Calidad en función del desempeño que tiene el servicio o producto al realizar su función pretendida. Otros autores han declarado posiciones similares, Donabedian (1990) asume que es el consumidor, quién en último término, decide si el producto o servicio proporcionado responde a sus necesidades y expectativas, por lo tanto determina la existencia o no de Calidad, mientras que Ginebra y Arana (1991) afirman que la Calidad la define el cliente.

Una de las diferencias entre el MEDSERV y el SERVQUAL radica en el número de factores que los conforman, en este estudio se encontró concordancia con cuatro de sus cinco factores, y éstos replicados son las que estructuran el MEDSERV excluyendo Elementos Tangibles. Su elaboración siguió una metodología psicométrica en donde se

consideraron las características de trabajadores y usuarios mexicanos de servicios médicos.

El instrumento mide la percepción de la Calidad en el Servicio de los usuarios mexicanos de forma confiable y válida, mediante cuatro factores (Capacidad de respuesta, Confiabilidad, Empatía y Seguridad). Consta de 37 reactivos con cinco opciones de respuesta tipo Likert (1. Totalmente desacuerdo, 2. Desacuerdo, 3. Indiferente, 4. De acuerdo, 5. Totalmente de acuerdo).

El grado de confiabilidad del instrumento de medición, se obtuvo por medio del coeficiente de alfa de Cronbach lo cual reveló que la consistencia interna del MEDSERV es alta (0.945), indica que es un instrumento de medición de la Calidad en el servicio consistente y estable. Para la validez de constructo del MEDSERV se realizó el análisis de varianza así como correlaciones entre los factores y las variables demográficas de los participantes.

La Calidad en el Servicio es definida por Chavéz (2010) como el juicio global que realiza el consumidor o cliente sobre el desempeño percibido de actividades humanas que entrelazadas interactúan para satisfacer una necesidad de los clientes internos y externos. Está integrado por cuatro factores Capacidad de respuesta, Confiabilidad, Empatía, y Seguridad.

- ψ Capacidad de respuesta. Disposición y voluntad para ayudar a los usuarios y proporcionar un servicio rápido.
- ψ Confiabilidad. Habilidad para realizar el servicio prometido de una forma fiable, cuidadosa y consistente.
- ψ Empatía. Atención individualizada basada la facilidad de comunicación, comprensión del cliente y amabilidad.
- ψ Seguridad. Conocimientos mostrados por los empleados, así como sus habilidades para transmitir credibilidad y confianza.

La información que puede proporcionar el MEDSERV ayudará a conocer si se necesitan cambios en el desempeño del servicio, determinar si estos cambios proporcionan una mejora en la Calidad del Servicio para contribuir a la satisfacción de los usuarios.

En cuanto a estudios que debe seguir el MEDSERV aún son muchos, como el realizar mediciones en el área de servicios médicos privados, pues existen estudios en donde se contrasta el servicio público con el privado, y verificar si se replican los resultados de las investigaciones previas. La línea de acción futura para el MEDSERV es la validación en otras áreas de servicio dentro de la población mexicana, las posibilidades son extensas, y que los resultados del instrumento ayuden a identificar, medir, clasificar y comprender las percepciones de los usuarios, internos y externos para mejorar el servicio y aportar a la satisfacción del usuario.

La medición del servicio tiene como objeto tomar información sobre el desarrollo del mismo, para tomar las acciones correspondientes, tanto de carácter evaluativo, como de carácter preventivo.

### **2.3.3 Estudios Sobre Calidad en el Servicio en México**

En 1990 Aguirre realizó un estudio en el que se tomaron como muestras 33 hospitales del Distrito Federal y de los estados, de segundo y tercer nivel de atención, disponiéndose de 753 encuestas a derechohabientes en consulta externa, 853 en hospitalización y 1353 encuestas a trabajadores.

La conclusión de este estudio es que la evaluación sistemática de la satisfacción del usuario interno y externo de los servicios de salud, aportan un elemento de juicio excelente para prevenir y corregir aspectos significativos de la atención, que redundan en la Calidad y eficiencia de la actividad médica y en la prevención de conflictos laborales; ya que la satisfacción del trabajador en el desempeño de sus labores ha sido considerada como un factor determinante en la Calidad de la atención, en virtud de que no es factible conseguir que una persona realice un trabajo con Calidad y eficiencia si no se encuentra satisfecha durante el desempeño y con los resultados del mismo (Aguirre, 1990, p. 177).

Sin embargo, Ruelas y Zurita (1993) mencionan que existe un crecimiento en el interés por la Calidad de la atención médica en México y en muchos otros países, cuyo origen es probablemente una mayor conciencia que en el mundo contemporáneo.

La Calidad se ha convertido en un requisito indispensable de sobrevivencia económica y, para algunos también, de responsabilidad social y de integridad moral (Ramírez, 1995,

p. 456); continuamente se realizan acciones encaminadas a conocer como se están efectuando las prestaciones para corregir las deficiencias con el fin de que con la Calidad se busca asegurar la satisfacción de los clientes o usuarios y con ello, la sobrevivencia de las Organizaciones que prestan los servicios.

Por esta razón, el trabajo constituye una parte relevante del ambiente en que se desempeñan las personas, por lo cual, las condiciones en que dicha labor se realiza tienen repercusiones sobre la salud. Es así como los profesionales dedicados a la atención de personas, como los trabajadores del hospital, desarrollan sus tareas en contextos laborales, donde se encuentra una multitud de estresores, tales como el contacto directo con heridos, las situaciones de riesgo personal, la toma de decisiones bajo presión, la sobrecarga de trabajo; propiciando el Burnout como una forma específica de estrés laboral.

### **3. DESGASTE LABORAL (BURNOUT)**

Las sociedades actuales forman parte de un mundo caracterizado por la existencia de estrés; pues la aceleración del ritmo de trabajo, la exigencia de respuestas simultáneas, el aumento de la tensión intelectual y la toma de decisiones, facilitan la aparición de altos niveles de tensión individual (Gil-Monte, p. 2007, p. 4).

Dentro de los riesgos laborales de carácter psicosocial, el estrés es una de las mayores preocupaciones en el campo de la salud y del bienestar del trabajador, ya que gran parte de las causas que lo originan provienen de la Organización, donde cualquier situación incómoda puede ser estresante y, por tanto, desencadenar una serie de efectos tales como aumento de las tasas de accidentes, morbilidad, ausentismo; en altos niveles provoca Agotamiento o Desgaste Laboral (Burnout, en inglés). Dicho concepto se refiere a la persona que sufre un deterioro físico, emocional y mental, afectando la satisfacción laboral, la eficacia y por ende la Calidad (Moreno, 2001, p. 2).

Estas consecuencias se han notado con mayor claridad en el sector de servicios debido a las transformaciones sociales, económicas y tecnológicas, las cuales han ido aumentando los riesgos físicos, químicos, biológicos y de naturaleza psicosocial, causantes del estrés laboral y sus patologías asociadas como el Desgaste Laboral; fenómeno que tiene cada vez más alcance sobre el mundo del trabajo, hasta tal punto que es considerado como uno de los daños profesionales de carácter psicosocial más relevantes por lo que su detección y prevención resultan de fundamental importancia (Marrau, 2009, p. 1).

El Desgaste Laboral debe ser entendido como una respuesta a fuentes de estrés crónico. En el contexto de las organizaciones sanitarias los estresores especialmente relevantes para el desarrollo del síndrome son las relaciones sociales de los profesionales de la salud con los pacientes y sus familiares. Además, existe una gran variedad de situaciones altamente estresantes para las personas, algunas de ellas incluyen tanto estimulación física (ruido, contaminación), como psicosocial (relaciones interpersonales). Por lo tanto el estrés es un fenómeno asociado a múltiples factores y, por supuesto, no sólo puede atribuirse únicamente a situaciones laborales, sino también personales.

Este fenómeno representa un problema en el marco del estudio social del estrés, ya que las condiciones sociales, como la Organización, apoyo social, aspectos socioeconómicos, estatus marital, rol laboral, genero, etc., pueden estar implicadas tanto en el origen como en las consecuencias de las experiencias estresantes. Las situaciones sociales pueden provocar altos niveles de estrés que, a su vez, afectan a la salud, calidad de vida (Cockerham, 2001; Sandín, 2003, p. 143).

### **3.1 Estrés**

El estrés es una palabra que se utiliza cotidianamente, sin embargo es uno de los problemas de salud más comunes en el mundo laboral y muy pocas personas saben las consecuencias que originan en sus pensamientos, emociones, relaciones sociales y su salud física. Por ello es indispensable conocer cómo se originó y cuál es su significado.

Fue a mediados del siglo XIX cuando el fisiólogo francés Claude Bernard sugirió que los cambios externos en el ambiente pueden perturbar al organismo, y que era esencial que éste, a fin de mantener el propio ajuste frente a tales cambios, alcanzara la estabilidad (Bernard, 1867; Ivancevich, 1992, p. 18).

Para 1920 el fisiólogo estadounidense Walter Cannon estableció la palabra homeostasis para denotar el mantenimiento del medio interno. Adoptó el término estrés y estudio sus niveles críticos, los cuales definió como aquellos que podrían provocar un debilitamiento de los mecanismos homeostáticos. Incluso, empezó a usar el término relacionándolo con la Organización social e industrial.

No obstante, el uso actual del término tiene sus antecedentes con el doctor Hans Selye, a quien se le conoce como “el padre del concepto estrés” (Ivancevich, 1992, p. 19); en su obra *The Stress of Life*, lo define como la proporción de desgaste y deterioro del cuerpo; además demostró que existe una respuesta generalizada de adaptación al estrés, independientemente de que el agente enfrentado sea agradable o desagradable.

Como ellos diversos investigadores se han encargado de su estudio, existiendo numerosos enfoques y definiciones del término. Por un lado puede ser entendido como un fenómeno del ambiente externo como el ruido y otros estímulos dolorosos en cuyo caso el estrés es considerado una variable independiente. También puede ser considerado una

respuesta individual generando ansiedad, e ira entre otras cosas; en este caso el estrés es considerado una variable dependiente, además puede ser visto como un proceso de interacción del individuo y el medio ambiente.

Con respecto a estos tres enfoques Lazarus (1999) afirmó que no es apropiado definir el estrés como un estímulo o como una reacción. Propone que debe considerarse como resultado de la relación entre el individuo y el medio ambiente, así como la evaluación de la percepción individual de lo que es una amenaza y que pone en peligro su bienestar (Slipak, 2006; Gómez, 2009 p. 1).

Continuando con esta relación, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como “el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción”. A su vez, se conceptualiza como un estado psicofísico, que experimentan las personas cuando existe un desajuste entre la demanda percibida y la percepción de la propia capacidad para hacer frente a dicha demanda (González, 2006, p. 11).

El estrés como fenómeno multifactorial constituye una respuesta de adaptación del organismo para hacer frente a demandas del medio para las cuales la persona tiene o cree tener limitados recursos. Sin embargo, cuando estas repuestas ante las situaciones estresantes son muy intensas, frecuentes o duraderas, el estrés puede traer complicaciones en la salud, ya sea que desencadenen la aparición de un trastorno, hagan más complejo su cuadro clínico o perpetúen su sintomatología.

Todas las definiciones del estrés comparten un particular interés por el estudio del proceso interactivo entre cada persona y su entorno emocional. Por eso el término puede entenderse como un proceso dinámico, complejo, desencadenado por la percepción de amenaza para la integridad del individuo y para la calidad de sus relaciones significativas, que tiene por objeto recuperar el equilibrio perdido y así posibilitar el desarrollo de su competencia y mejorar la calidad de adaptación al medio.

Puede decirse entonces, que los procesos cognoscitivos, emocionales y conductuales influyen en la manera como se enfrenta y maneja un evento estresante. Lo que hace la diferencia es la forma en la que cada persona afronta las diferentes situaciones, teniendo en cuenta sus características individuales y la naturaleza del medio; la evaluación cognitiva es la que finalmente determina que una relación individuo-ambiente resulte estresante o no (Quiceno, 2007, p. 2).

A pesar de estas diferencias individuales, en general el estrés provoca una respuesta fisiológica en el organismo, que se divide por tres etapas:

La primera etapa se refiere a la reacción de alarma. Esta fase constituye el aviso de la presencia de un agente estresante. Las reacciones fisiológicas como la estimulación del hipotálamo para la generación de hormonas estimuladoras de la hipófisis y de la médula suprarrenal para la secreción de corticoides y adrenalina son las que aparecen para advertir al afectado que necesita ponerse en guardia.

El estado de resistencia, es la segunda fase que se muestra cuando el estrés extiende su presencia y la estimulación se da de manera prolongada, el organismo, si bien continúa con sus mecanismos de adaptación, puede llegar a un momento en que disminuyan sus capacidades de respuesta.

La etapa terminal del estrés es la fase de agotamiento, llega a presentar una disminución progresiva del organismo frente a una situación de estrés prolongado, conduciendo a un estado de gran deterioro con pérdida importante de las capacidades fisiológicas, lo que produce que el individuo sucumba ante las demandas pues se reducen al mínimo sus capacidades de adaptación e interrelación con el medio (Gómez, 2009, p. 3).

Al llevar a cabo estos tipos de respuestas, algunos de los estresores servirían para preservar al organismo de una respuesta inapropiada y transferir la responsabilidad de la defensa a otras áreas mejor dotadas y así lograr afrontar un estresor en particular. Una gran diversidad de estudios manifiesta una correlación de las situaciones estresantes, con cambios fisiológicos en el individuo.

Por otro lado, el estrés laboral puede ser comprendido como impulsor de la actividad, este es el caso de aquellas personas que indican que trabajar bajo estrés les es necesario para poder ofrecer resultados adecuados; es así como aparece el *eustres*, o estrés positivo; esto ocurre cuando las respuestas son adecuadas para el estímulo o si están adaptadas a las normas fisiológicas del sujeto, en estas circunstancias estimulan el buen funcionamiento y la capacidad de adaptación del organismo.

Pero también puede ser comprendido como un obstáculo para alcanzar las metas deseadas; lo que ocurre cuando el ambiente que rodea al individuo supera sus capacidades de respuesta y adaptación, este estrés se convierte en *distress*, o estrés de consecuencias negativas.

Las consecuencias negativas del estrés, probablemente se experimentan con más frecuencia en el mundo laboral que en cualquier otra parte. Esto se debe a las cantidades de tiempo que se permanece en el trabajo, a las actividades relacionadas a la carrera y a la combinación de la responsabilidad aceptada y el esfuerzo que se hace.

El estrés en el trabajo y sus implicaciones para la salud de los individuos, así como para la Organización, es considerado un tema de interés. Por tanto, ha llegado a ser necesario para empresas reconocer las condiciones laborales que dan origen al estrés ocupacional, y a identificar maneras efectivas de reducir sus efectos potencialmente adversos.

### **3.1.1 Prevención del Estrés**

El trabajo con mayor probabilidad de estrés es el que presenta una demanda alta y bajo control y un reducido o nulo apoyo social, las medidas preventivas deberán dirigirse a invertir esta relación: aumentando el control, reduciendo o ajustando la carga y promoviendo el apoyo social.

Existen dos diferentes tipos de recursos, los personales y laborales. Los primeros recursos hacen referencia a las características de las personas tales como autoeficacia profesional; mientras que los recursos laborales, son entre otros, el nivel de autonomía en el trabajo, el *feedback* o retroalimentación sobre las tareas realizadas, y la formación que ofrece la Organización.

Para prevenir el estrés, se precisa el reparto equitativo de tareas, con los mejores medios a los trabajadores para desarrollarlas; así como un mejor espacio físico, aumentar el tiempo libre e incrementar las oportunidades de expresar cómo perciben los trabajadores la situación.

Es muy importante adquirir buenos hábitos o prácticas saludables, aunque signifique realizar cambios a nuestros estilos de vida. A todo ello, hay que añadir una mejora de la calidad de vida en general y más en el área laboral, dado que constituye una parte relevante del ambiente en que se desempeñan las personas, por lo cual, las condiciones en que dicho trabajo se realiza tienen repercusiones sobre la salud (Topa y Fernández, 2005, p. 1).

Los períodos repetidos o prolongados de estrés suelen preceder, aunque no necesariamente desembocar, en el síndrome de Burnout y, en último término, en sintomatologías similares a un cuadro de fatiga crónica (Suay, Sanchís y Salvador, 1997; Moya-Albiol, Serrano, 2005, p. 206).

Una respuesta al estrés crónico es el Desgaste Laboral o Burnout que se produce principalmente en el marco de trabajo de las profesiones que se centran en la prestación de servicios, debido a que existe un contacto directo con las personas a las que se destina la labor que se realiza.

### **3.2 Desgaste Laboral (Burnout)**

El estrés laboral se ha convertido en una amenaza para todos los trabajadores; entre las consecuencias más reconocidas destaca el Síndrome de Burnout o Desgaste Laboral, también conocido como síndrome de estar quemado, síndrome de agotamiento emocional o profesional. Es considerado por la Organización Mundial de la Salud como una enfermedad laboral que provoca deterioro en la salud física y mental de los individuos.

El Desgaste Laboral se entiende como el desarrollo de la sintomatología propia del estrés, que se manifiesta como un fenómeno psicosocial vinculado a las cuestiones relacionadas al trabajo. Suele presentarse en sujetos que por su profesión mantienen una relación constante y directa con personas que presentan problemas o motivos de sufrimiento, es el resultado de una constante y repetitiva sobrecarga emocional, llega a afectar negativamente el rendimiento y la Calidad de Servicio del profesional.

Desde un enfoque psicosocial el fenómeno ha sido conceptualizado como un síndrome de baja realización personal en el trabajo, agotamiento emocional y despersonalización. Por baja realización personal, se entiende la tendencia de los profesionales a evaluarse

negativamente, y de forma especial esa valoración negativa afecta a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden. Los empleados se sienten descontentos consigo mismo e insatisfechos con sus resultados laborales. El agotamiento emocional alude a la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo.

Cuando se dice que el profesional presenta Desgaste Laboral indica que la situación familiar, social o laboral, le ha sobrepasado y ha quedado reducida su capacidad de adaptación (Ramos 1999; Buendía, 2001, p. 33). El concepto fue mencionado por primera vez por Freudenberguer (1974), posteriormente Maslach (1976) lo introdujo al ambiente psicológico en 1977 en una convención de la Asociación Americana de Psicología. Desde entonces el término se utiliza para referirse al desgaste que sufren en especial los trabajadores de los servicios humanos.

### **3.2.1 Antecedentes**

El término "Burnout" fue introducido en la literatura por Freudenberger en 1974 para referirse a la situación que experimentaban aquellos profesionales que trabajan en algún tipo de institución cuyo objeto de trabajo son personas, señaló que estos profesionales llega un momento en que fallan, se agotan o se quedan exhaustos emocionalmente debido a que se implican excesivamente en su trabajo llegando a ser ineficaces para el desempeño adecuado de las actividades laborales (Olmedo, 2001, p. 12; Reyes, 2007, p. 1).

Cristina Maslach (1976), siguió la investigación del síndrome desde una perspectiva psicosocial, que tenía un carácter exploratorio y con la finalidad de estudiar "la activación emocional y como en medio de la crisis, el profesional tiene que mantener la cabeza fría y una conducta eficiente" (Moreno, Bustos, Matallana & Miralles, 1997; Schaufeli, 2005; citado en Caballero, 2010, p. 132).

Los estudios históricos y sociológicos sobre el Desgaste Laboral son escasos y muy parciales (Freudenberger, 1989; Schaufeli y Enzman, 1998; Maslach y Schaufeli, 1993). Según Seymour Saranson (1985; Moreno, 2003, p. 11) el Desgaste Laboral no es nunca una característica individual e interna del sujeto exclusivamente, sino que es más bien un

complejo de características psicológicas que reflejan las estructuras amplias de una determinada sociedad.

En la actualidad el Desgaste Laboral es uno de los términos más utilizados en hospitales, centros educativos y empresas, debido a las condiciones de trabajo que tienen fuertes demandas sociales. Aunque no existe un consenso absoluto en la definición del Desgaste Laboral, la mayoría de los autores coinciden en aceptar que se trata de una respuesta al estrés laboral prolongado (Maslach y Jackson, 1986; Topa, y Fernández, 2005, p. 266).

### **3.2.2 Definición de Desgaste Laboral**

Cada vez es más frecuente escuchar la expresión “estoy quemado” haciendo referencia al trabajo pero, ¿conocemos realmente el significado que se le da a este término?, porque las personas que así se expresan a veces realmente lo sufren, en otras ocasiones se encuentran en sus fases iniciales o no la padecen en absoluto y resulta sólo una manera de hablar.

Freudenberger (1974; Aranda, 2004, p. 29) lo describía como una "sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador" que situaban las emociones y sentimientos negativos producidos en el contexto laboral. El autor afirmaba que el Desgaste Laboral era el síndrome que ocasionaba la "adicción al trabajo" que provocaba un desequilibrio productivo y, como consecuencia, la pérdida de la motivación.

Edelwich y Brodsky en 1980, lo definen “como una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones de trabajo”; propusieron cuatro fases por las cuales pasa todo individuo con Desgaste Laboral:

1. Entusiasmo. Caracterizado por elevadas aspiraciones, energía desbordante y carencia de la noción de peligro.
2. Estancamiento, que surge tras no cumplirse las expectativas originales, empezando a aparecer la frustración.

3. Frustración, en la que comienza a surgir problemas emocionales, físicos y conductuales. Esta fase sería el núcleo central del síndrome.
4. Apatía, que sufre el individuo y que constituye el mecanismo de defensa ante la frustración (Llaneza, 2002, p. 19).

En 1981 aparece una definición aceptada por la mayoría de los autores y la dan Maslach y Jackson, “un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal”. Estas tres dimensiones son desarrolladas a continuación (Tabla 3.1):

<b>AGOTAMIENTO EMOCIONAL</b>	<b>DESPERSONALIZACIÓN</b>	<b>SENTIMIENTO DE BAJO LOGRO O REALIZACIÓN PROFESIONAL Y/O PERSONAL</b>
Se define como cansancio y fatiga física, psíquica o como una combinación de ambos. Es la sensación sobre-esfuerzo físico y hastío emocional que se produce como consecuencia de las continuas interacciones que los trabajadores deben mantener entre ellos, así como los clientes.	Es la segunda dimensión y se entiende como el desarrollo de sentimientos, actitudes, y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente hacia los clientes, pacientes, usuarios, etc. Se acompaña de un incremento en la irritabilidad y una pérdida de motivación.	Surge cuando se verifica que las demandas que se le hacen exceden su capacidad para atenderlas de forma competente. Supone respuestas negativas hacia uno mismo y hacia su trabajo, evita las relaciones personales y profesionales, bajo rendimiento laboral, incapacidad para soportar la presión y una baja autoestima.

Tabla 3.1. Maslach y Jackson (1981; Apiquian, 2007, p. 1), conceptualizaron al Burnout como un síndrome compuesto por tres dimensiones.

En 1982 Emener, Luck y Gohs lo definen como el estado mental y físico resultante de los efectos de debilitamiento experimentados por sensaciones negativas prolongadas, relacionadas con el trabajo y el valor que le merece al empleado el “cara a cara” del trabajo y de los compañeros.

En 1984 Farber define el Desgaste Laboral como “manifestaciones conductuales de agotamiento emocional y físico derivadas de eventos situacionales estresantes por no encontrar las estrategias de afrontamiento efectivas”.

Otros autores que han realizado numerosas investigaciones sobre esta temática lo definen como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional así como la experiencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta es más frecuente en las profesiones de servicio pero no se limita sólo a ellas (Leiter y Schaufeli, 1996; Gil-Monte y Peiró, 1999, p. 680).

Para Cherniss el Desgaste Laboral son “cambios personales negativos que ocurren a lo largo del tiempo en trabajadores con labores frustrantes o con excesivas demandas”. Precisa que es un proceso transaccional de estrés y tensión en el trabajo, y acomodamiento psicológico, destacando tres momentos:

1. Desequilibrio entre demandas en el trabajo y recursos individuales (estrés).
2. Respuesta emocional a corto plazo, al anterior desequilibrio, caracterizada por ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento (tensión).
3. Cambios en actitudes y conductas (afrontamiento defensivo).

Aunque no existe una definición unánimemente aceptada sobre el Desgaste Laboral, parece haber consenso en que se trata de una respuesta al estrés laboral crónico (Buendía, 2001, p. 33), una experiencia subjetiva que engloba sentimientos y actitudes con implicaciones nocivas para la persona y la Organización, generalmente se produce en el marco laboral de las profesiones que se centran en la prestación de servicios y atención al público: médicos, enfermeras, profesores, psicólogos, trabajadores sociales, vendedores, policías, cuidadores.

También se argumenta que el Desgaste Laboral se produce por una falta de reciprocidad (Schaufeli, 2005, p. 15); por un desajuste entre inversiones y resultados. Según la teoría del intercambio social, la falta de reciprocidad podría desarrollarse a tres niveles: interpersonal (relación con estudiantes), a nivel de equipo (relaciones con compañeros), y a nivel organizacional (relación con la escuela).

Buunk y Schaufeli (2005, p. 18), siguen la noción de Burnout propuesta por Maslach (1981); realizaron un intento para enlazarlo con los procesos de intercambio social entre

profesionales y destinatarios/usuarios, tales como profesores y estudiantes; su teoría central es que el Desgaste Laboral se desarrolla principalmente en el contexto social e interpersonal de la organización del trabajo, y que para comprender su desarrollo se debe prestar atención a la manera en que los individuos perciben, interpretan y construyen los comportamientos de otros en el trabajo.

En su proceso de teorización, Buunk y Schaufeli (1999) plantean su teoría de la equidad, probablemente la más influyente del intercambio social. De acuerdo con la teoría de la equidad, las personas buscan la reciprocidad en las relaciones sociales: lo que ellos invierten y ganan de una relación debe ser proporcional a las inversiones y ganancias de la otra parte interesada en la relación (Adams, 1965; Schaufeli, 2005, p. 18). Además, cuando los individuos perciben que las relaciones no son equitativas se sienten angustiados y están fuertemente motivados a restaurar el equilibrio (Hatfield y Sprecher, 1984; Walster, Walster, y Berscheid, 1978). O como Freudenberger y Richelson (1980, p. 175) han señalado: “dado que el Burnout se produce cuando el esfuerzo invertido está en proporción inversa a la recompensa recibida, resulta imperativo equilibrar la ecuación”.

Cabe señalar que el Desgaste Laboral es un proceso, más que un estado (Tabla 3.2) y se han podido establecer 4 estadios de evolución de la enfermedad aunque éstos no siempre están bien definidos:

<b>LEVE</b>	Los afectados presentan síntomas físicos, vagos e inespecíficos (cefaleas, dolores de espaldas), el afectado se vuelve poco operativo.
<b>MODERADA</b>	Aparece insomnio, déficit atencional y en la concentración, tendencia a la auto-medicación.
<b>GRAVE</b>	Mayor en ausentismo, aversión por la tarea, cinismo. Abuso de alcohol y psicofármacos.
<b>EXTREMA</b>	Aislamiento, crisis existencial, depresión crónica y riesgo de suicidio.

Tabla 3.2. Evolución del Desgaste Laboral. El diagnóstico se establece a través de la presencia de las tres dimensiones (Maslach y Jackson, 1981).

Se observa que las personas afectadas del Desgaste Laboral muestran una falta de energía y entusiasmo, una disminución del interés, se percibe la frustración, la desmotivación, aparecen los deseos de dejar a un lado el trabajo para ocuparse en otra

cosa y sobre todo una gran desmoralización, se sienten agotados todos los recursos humanos emocionales, no les queda nada que ofrecer a los demás. Ello conduce a desarrollar actitudes negativas y se insensibilizan ante los problemas que requieren ayuda. Aparecen frecuentemente los sentimientos de culpa y creen que no son capaces de resolver los problemas.

Hay situaciones, tanto en lo personal como en las condiciones de trabajo, que son determinantes en un momento dado, en general, lo importante es cómo se van interaccionando todos los factores a lo largo del tiempo y cómo se suma a otros factores. Dado que el Desgaste Laboral puede ser el resultado de las relaciones interpersonales entre el profesional que presta el servicio y el que lo recibe, como el producto de la interacción entre el sujeto y el medio profesional.

### **3.2.3 Factores de riesgo**

Desde los primeros momentos de la aparición del Desgaste Laboral, se asoció con las condiciones de trabajo, principalmente a los factores organizacionales (Cherniss, 1980; Maslach y Jackson, 1982). Sin embargo, inciden variables del entorno social y las variables de personalidad.

Los estudios acerca del entorno social que pueden tener incidencia en la aparición del Desgaste Laboral se han centrado, en las variables demográficas, edad, sexo, estado civil.

La edad aparece como una variable que puede influir en el proceso del síndrome en el contexto laboral, de tal manera que a mayor o menor edad también se debe encontrar una correspondencia en experiencia y madurez y en la forma de afrontar las diferentes presiones que afectan al individuo. El trabajador más joven es especialmente vulnerable al síndrome, dado que en los primeros años de su carrera profesional, se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, en este tiempo se da cuenta de que las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni las esperadas.

Según el sexo las mujeres serían principalmente el grupo más vulnerable, por razones diferentes como podrían ser una serie de características relacionadas con el trabajo, que le predisponen especialmente; las mujeres presentan más conflicto de rol, sintomatología depresiva, por la doble carga de trabajo que con lleva la práctica profesional y la tarea familiar, las hacen más propensas a presentar el Desgaste Laboral.

El estado civil, aunque se ha asociado el síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime, parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables.

En cuanto a las investigaciones de las variables laborales y personales, son más amplios, se ha llegado a identificar una serie de características que facilitan el desarrollo del mismo.

El estudio de los factores organizacionales vinculados a la aparición del Desgaste Laboral ha tenido un doble enfoque (Maslach y Jackson, 1984). Por una parte han estado los estudios centrados en la naturaleza de la relación entre el profesional y los clientes, y por otra la relación del profesional con el entorno Organizacional como un sistema laboral y personal.

Especialmente en las profesiones asistenciales se ha encontrado que el tipo de relación entre el cliente y el profesional es la fuente más decisiva del Desgaste Laboral asistencial. Según Maslach (1978) el cliente puede ser un factor de tensión y desgaste profesional por diferentes causas como el tipo de problemas del cliente (gravedad, probabilidad de cambio), relevancia personal de los problemas (implicación emocional), normas reguladoras de la relación cliente-profesional (implícitas y explícitas) y conducta del cliente (pasiva o activa).

El personal de los servicios de salud se enfrenta con frecuencia a eventos propios de su profesión, los cuales debido a su alcance emocional y en la organización de su trabajo se identifican con estresores que intervienen en el desarrollo del Desgaste Laboral.

En cuanto a la relación profesional y Organización se encuentran las características del puesto y el ambiente de trabajo: la mayor causa de estrés es un ambiente de trabajo tenso ocurre cuando el modelo laboral es muy autoritario y no hay oportunidad de intervenir en las decisiones.

Por otra parte están los turnos laborales y el horario de trabajo. Las influencias son biológicas y emocionales debido a las alteraciones de los ritmos cardiacos, del ciclo sueño-vigilia, de los patrones de temperatura corporal y del ritmo de excreción de adrenalina.

La seguridad y estabilidad en el puesto, en épocas de crisis de empleo, afecta a un porcentaje importante de personas, en especial a los grupos de alto riesgo de desempleo, como los jóvenes, mujeres, las personas de más de 45 años son más propensas al Desgaste Laboral.

La antigüedad profesional, aunque no existe un acuerdo claro de la influencia de esta variable, algunos autores han encontrado una relación positiva correspondiente a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un mayor nivel de asociación con el Desgaste Laboral (García, 2006, p. 38).

La incorporación de nuevas tecnologías en las organizaciones, suelen producir transformaciones en las tareas y puestos de trabajo, que incluyen cambios en los sistemas de trabajo, en la supervisión y en las estructuras y formas organizativas. Las demandas que plantean las nuevas tecnologías sobre los trabajadores, generan escenarios estresores.

La estructura y el clima organizacional. Cuanto más centralizada sea la Organización en la toma de decisiones, cuente con mayor nivel jerárquico, los procesos sean estrictos, mayor será la posibilidad de que se presente el Desgaste Laboral.

Autores como Palmer y cols. (2005, p. 2) mencionan que la causa de este síndrome se da por los factores dañinos de la Organización misma, por ejemplo, sobrecarga de trabajo, injusticia, falta de recompensa por el trabajo desempeñado, conflicto con los valores, pérdida de la cordialidad en el ambiente laboral y pérdida de control sobre lo que se realiza.

En el ambiente laboral, las relaciones interpersonales, pueden llegar a convertirse en una fuente de Desgaste Laboral. Sin embargo, cuando existe una buena comunicación interpersonal y se percibe apoyo social, se amortiguan los efectos negativos de este sobre la salud.

Entre los factores individuales relacionados con el Desgaste Laboral se han estudiado diversos rasgos de la personalidad, como el optimismo, la afectividad, la autoestima el deseo de destacar y obtener resultados brillantes; un alto grado de autoexigencia, baja tolerancia al fracaso, perfeccionismo extremo o determinados factores hereditarios (Grau, 2005, p. 464).

Sin embargo, el fenómeno del Desgaste Laboral no es un hecho exclusivamente individual. También los grupos pueden verse influidos por sus consecuencias. Según Peiró (1993), los trabajadores estresados y quemados a menudo se concentran en determinadas unidades de trabajo y no están distribuidos al azar entre todos los equipos. Golembiewski, Munzenrider y Carter (1986; Garrido, *et al*, 2009, p. 522) constataron que si una persona en un equipo estaba “quemada” era más probable que el resto del equipo también lo estuviera.

Dentro de los riesgos laborales de carácter psicosocial ocupa un lugar destacado, es una de las principales causas del deterioro de las condiciones de trabajo y el origen de un mayor número de accidentes y de ausentismo laboral (Aranda, *et al*, 2004, p. 82). Especialmente, las personas que prestan servicio deben estar atentas a la emergencia de cualquiera de los síntomas, para una intervención preventiva que impida que se llegue a consolidar el Desgaste Laboral.

### **3.2.4 Sintomatología**

Los síntomas encontrados en distintos estudios (Maslach y Pine, 1977; Cherniss, 1980, Maslach, 1982; citado en Castillo, 2001, p. 8) se pueden agrupar en las siguientes áreas: psicosomáticos, conductuales, emocionales y cognitivos (Figura 3.1).

Los síntomas psicosomáticos suelen ser de presentación precoz, apareciendo dolores de cabeza, problemas de sueño, alteraciones gastrointestinales, pérdida de peso, dolores musculares (espada y cuello), asma, hipertensión arterial y en las mujeres la pérdida de la

menstruación, fatiga crónica, cansancio. Relacionados con síntomas físicos, como cansancio hasta el agotamiento, malestar general, deterioro de la calidad de vida, pérdida de energía, para luego llegar al agotamiento y desmotivación por su labor.

Los conductuales, se refieren al ausentismo laboral, aumento de la conducta violenta y de los comportamientos de alto riesgo (conducción imprudente), aficiones suicidas, incapacidad para relajarse, comportamiento suspicaz y paranoide, inflexibilidad y rigidez, incapacidad para estar relajado, superficialidad en el contacto con los demás, aislamiento, actitud cínica, incapacidad de poder concentrarse en el trabajo, quejas constantes, comportamientos de alto riesgo como conductas agresivas hacia los clientes, ausentismo, consumo de sustancias psicoactivas, tranquilizantes y barbitúricos.

En cuanto a los síntomas emocionales se encuentran el agotamiento emocional, expresiones de hostilidad y odio, dificultad para controlar y expresar emociones, aburrimiento, impaciencia e irritabilidad, ansiedad, desorientación, sentimientos depresivos, distanciamiento afectivo, el sentimiento de que puede convertirse en una persona poco estimada. Dificultad de concentración, la memorización, la abstracción y elaboración de juicios por la ansiedad padecida. Todo esto acaba repercutiendo negativamente en su rendimiento laboral y en su relación con los compañeros y clientes.

Los síntomas defensivos tienen su origen en la dificultad para aceptar sus sentimientos de las personas que la padecen. Suelen realizar una negación de sus emociones, la supresión consciente de información el desplazamiento de sentimientos hacia otras personas o cosas, la atención selectiva, todo ello para evitar una experiencia negativa. En el ámbito laboral, decremento de la capacidad de trabajo, decremento de la Calidad de servicios hacia el cliente/ usuario/ paciente, aumento de interacciones hostiles, frecuentes conflictos interpersonales en el trabajo, comunicación deficiente.

El último de los síntomas son cogniciones asociadas a baja autoestima, baja realización personal en el trabajo, impotencia para el desempeño del rol profesional, fracaso profesional, etc. Todos estos signos se tornan en un cuadro clínico y las características de personalidad (factores internos-intrínsecos) como la personalidad resistente o no, los recursos internos, el estilo cognitivo, los determinantes biológicos, la edad, el género, la historia de aprendizaje, la presencia de síntomas psicopatológicos, los estilos de afrontamiento, entre otros, pueden ser o no un factor protector ante la manifestación del síndrome de Desgaste Laboral (Castillo, 2001, p. 8).

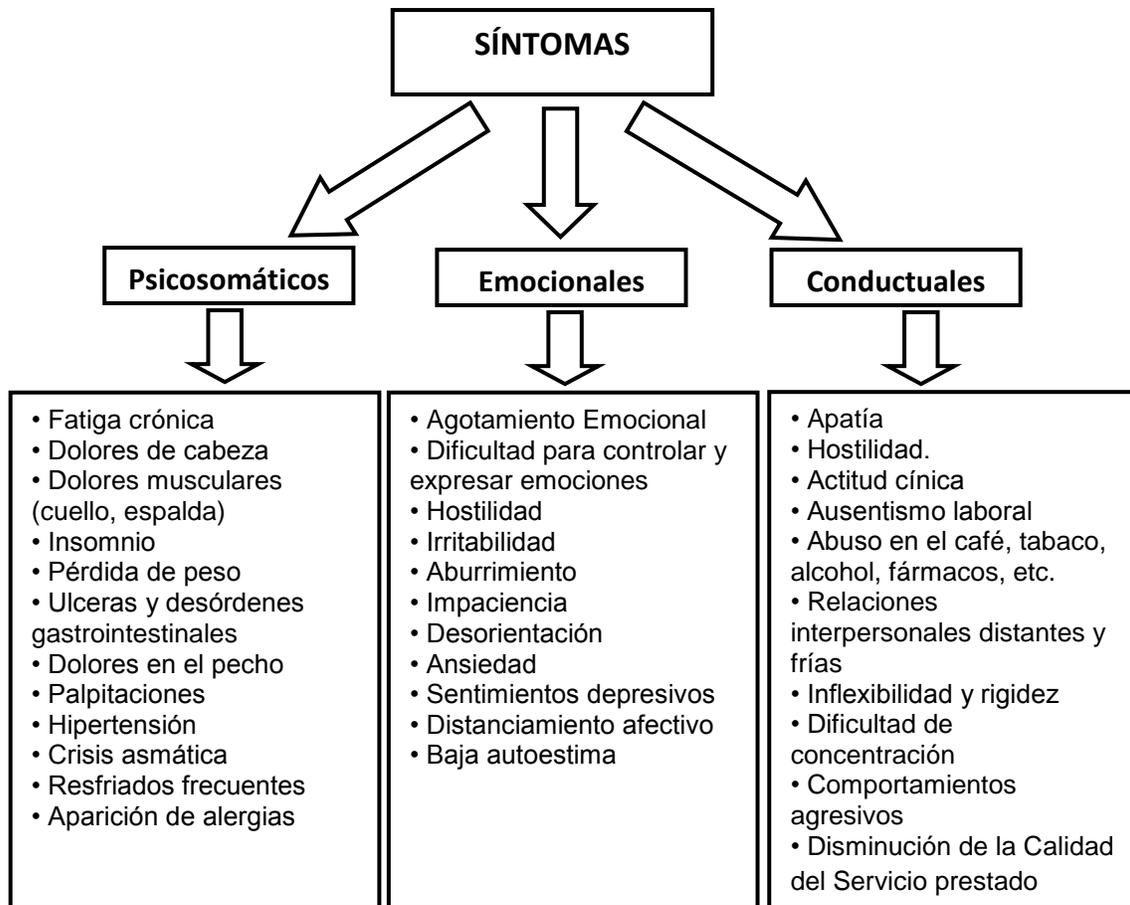


Figura 3.1. Resumen de los síntomas del Desgaste Laboral (Apiquian, 2007 p. 2).

Álvarez Gallego y Fernández Ríos (1991) citado en Ortega y López (2004, p. 139), determinan otros síntomas defensivos en las personas que padecen Desgaste Laboral, como son la negación de sus emociones para enfrentar la situación que les es desagradable y el traslado de sus sentimientos a otros eventos o cosas. Es esta actitud defensiva la que lleva al sujeto a evitar a los usuarios, que realicen sus labores asignadas e incluso abandone sus metas profesionales.

Uno de los primeros síntomas de carácter leve pero que sirven como señal de alarma es la dificultad para levantarse por la mañana o el cansancio patológico, en un nivel moderado se presenta distanciamiento, irritabilidad, cinismo, fatiga, aburrimiento, progresiva pérdida del idealismo que convierten al individuo en emocionalmente exhausto con sentimientos de frustración, incompetencia, culpa y autovaloración negativa. Los graves se expresan en el abuso de psicofármacos, ausentismo, abuso de alcohol y drogas, entre otros síntomas.

Entre las formas de manifestación social del Desgaste Laboral están sus consecuencias sobre la Organización en las que se prestan los propios servicios. Algunas son las repercusiones sobre el ausentismo, la rotación empresarial, las intenciones de querer abandonar la Organización, entre otras.

### **3.2.5 Consecuencias**

Como hemos visto, el desgaste laboral tiene sintomatología muy diversa que afecta al trabajador en la Calidad en el Servicio que ofrece y a su vez a la empresa en la que labora.

Y es que la incidencia de los factores psicosociales en la salud ocupacional está ampliamente reconocida. Se estimaba que las enfermedades causadas por estrés, depresión o ansiedad, violencia en el trabajo, acosos o intimidación son las causantes del 18% de los problemas de salud asociados con el trabajo, una cuarta parte de los cuales implica dos semanas o más de ausencia laboral, siendo la frecuencia de estas patologías dos veces superior en los sectores de la educación, los servicios sociales y los servicios de salud (Pando y cols., 2006, p. 5).

La propia Organización Internacional del Trabajo menciona a “las condiciones que conducen al estrés en el trabajo y a otros problemas conexos de salud y seguridad” como las “condiciones normalmente denominadas factores psicosociales”, citado en Pando y cols. (2006, p. 5).

Por tanto, la presencia o manifestación del Desgaste Laboral, trae como consecuencias la disminución del rendimiento laboral, los ausentismos e incapacidades, el riesgo de accidentes, las dificultades interpersonales, la baja Calidad del Servicio brindado y las pérdidas económicas significativas para la Organización.

Atance Martínez (1997, p. 294) describe que existen alteraciones emocionales y conductuales, psicosomáticas y sociales, pérdida de la eficacia laboral y alteraciones leves de la vida familiar. Además se justificaría el alto nivel de ausentismo laboral entre estos profesionales, tanto por problemas de salud física como psicológica, siendo frecuente la aparición de situaciones depresivas hasta la automedicación, ingesta de psicofármacos y aumento del consumo de tóxicos, alcohol y otras drogas.

A nivel individual, existe dificultad para concentrarse o tomar decisiones, comportamiento cínico, su autocrítica lo desvaloriza, aparece el autosabotaje, la desconfianza y decae su consideración hacia el trabajo. Puede caer en adicciones y realizar conductas que perjudiquen su persona.

No obstante, el Desgaste Laboral no es un hecho exclusivamente individual, también es de carácter social. Ya que los grupos pueden verse influidos por sus consecuencias. Golembiewski, Munzenrider y Carter (1986) constataron que si una persona en un equipo presentaba Desgaste Laboral era más probable que el resto del equipo también lo estuviera (Garrido, et al, 2009, p. 521).

Entre las consecuencias más importantes que repercuten sobre los objetivos y resultados de las organizaciones cabe citar la satisfacción laboral disminuida, el ausentismo laboral elevado, la propensión al abandono del puesto, baja implicación laboral, el aumento de los conflictos interpersonales con supervisores, compañeros y el aumento de accidentes laborales. Las consecuencias van a ir más allá de la propia Organización y van a repercutir de manera directa sobre el conjunto de la sociedad.

Jones (1988, p. 112), obtuvo que el síndrome de “quemarse” por el trabajo se asociaba con un mayor número de errores en el trabajo, asesoramiento más deshumanizado a los usuarios, conductas más deshumanizadas. Para Lee y Ashforth (1993) una explicación a este deterioro progresivo, reside en que los profesionales de este tipo de funciones normalmente empiezan sus carreras con un fuerte sentido de compromiso y sacrificio. En un primer inicio el trabajo es intrínsecamente recompensante y constituye la principal fuente de recompensa; pero las exigencias laborales y el contacto con los demás empiezan a “pasar factura” y los sujetos llegan a perder su compromiso con el empleo (Gil-Monte y Peiró, 1997, p. 94).

Estas consecuencias llegan a producir un deterioro de la salud de los trabajadores, creándoles problemas que pueden manifestarse en forma de diversas disfunciones de la salud. El Desgaste Laboral se ha considerado un problema cada vez mayor y de gran relevancia, con repercusiones realmente significativas; desafortunadamente, no existen estadísticas confiables sobre esta patología, pero se calcula que una tercera parte de las bajas laborales entre los profesionales se debe a ella.

### 3.2.6 Desgaste Laboral y Salud

Entre los aspectos epidemiológicos del Desgaste Laboral descritos en la literatura no parece existir un acuerdo entre los diferentes autores, si bien existe un determinado nivel de coincidencia para algunas variables.

Gil-Monte y Peiró (1997) señalan que el Desgaste Laboral oscila entre un 5% y 15% como mínimo en la población. En México se realizó un estudio con la finalidad de detectar este problema (Aranda, 2004, p. 82). Según los resultados, se encontró una prevalencia del 42.3% en médicos.

Aranda y cols. (2004, p. 82) mencionan que los profesionales de sanidad y enseñanza, sobre todo si se encuentran dentro del sector público son los más afectados por el Desgaste Laboral, ya que se trata de profesiones que exigen implicación y servicio a los demás, que requiere de alto grado de calidad. Otros sectores que se han visto afectados son el de los trabajadores sociales, los trabajadores penitenciarios, así como aquellos que tienen trabajos rutinarios y monótonos. Para ilustrar esto, en la Tabla 3.3 se presentan algunos datos epidemiológicos acerca de Desgaste Laboral.

<b>Estudio</b>	<b>Resultados</b>
<b>Kyriacou (1980)</b>	25% en profesores
<b>Pines, Aronson y Kafry (1981)</b>	45% en diferentes profesiones
<b>Maslach y Jackson (1982)</b>	20-35% en enfermeras
<b>Henderson (1984)</b>	30-40% en médicos
<b>Smith, Birch y Marchant (1984)</b>	12-40% en bibliotecarios
<b>Rosse, Boss, Johnson y Crow (1991)</b>	20% en policías y personal sanitario
<b>García Izquierdo (1991)</b>	17% en enfermeras
<b>Jorgesen (1992)</b>	39% en estudiantes de enfermería
<b>Price y Spence (1994)</b>	20% en policías y personal sanitario
<b>Deckard, Meterko y Field (1994)</b>	50% en médicos

Tabla 3.3. El Desgaste Laboral repercute en la salud y bienestar de los trabajadores que brindan servicio (Garcés 2004 p. 14).

Estas cifras son muestras de lo que podemos encontrar ante un problema de gran magnitud, que conlleva consecuencias personales y sociales negativas. Por ello, se han realizado diversas investigaciones en estos últimos años.

Estos altos porcentajes se encuentran acorde con el planteamiento que Freudenbergger, menciona que es “contagioso”, ya que los trabajadores que padecen el Desgaste Laboral pueden afectar a los demás con su letargo, cinismo y desesperación, con lo que en un corto periodo la Organización, como ente, puede caer en el desánimo generalizado.

Uno de los primeros pasos para evitar que el Desgaste Laboral deteriore a más trabajadores es estar consciente del problema, dependiendo de la gravedad que tenga el empleado se deben establecer estrategias que intervengan para que esta enfermedad no aparezca o se reduzca lo menos posible en las empresas y la vida laboral de la persona.

### **3.2.7 Estrategias preventivas**

Como estrategias preventivas en el nivel organizacional se considera importante combatir las fuentes de estrés que genera el trabajo mediante la variedad y flexibilidad de la tarea, realizando además programas educativos, donde resalte la conformación de equipos de trabajo, de modo que el personal participe en los procesos organizacionales y que a su vez tenga un adecuado reconocimiento por la labor que desempeñan mediante refuerzos sociales, buscando con ello aumentar su nivel de compromiso con la institución, lo que eventualmente podría verse reflejado en una mayor productividad y una mejor Calidad en la prestación de los servicios. De esta manera, todas las estrategias deben apuntar a evitar y disminuir el estrés laboral y con ello la probabilidad de que se desarrolle el síndrome del Desgaste Laboral.

Al Desgaste Laboral se le puede hacer frente en la fase inicial, debido a que es posible que los compañeros se den cuenta antes del propio sujeto, por lo que amigos, compañeros o superiores suelen ser el mejor sistema de alarma precoz para detectar el Desgaste Laboral y por lo tanto todos los profesionales del equipo tienen que darse cuenta que son ellos mismos los que representan la mejor prevención de sus compañeros.

Como método preventivo, existen diferentes técnicas:

- Brindar información sobre el síndrome del Desgaste Laboral, sus síntomas y consecuencias principales para que sea más fácil detectarlo a tiempo.
- Vigilar las condiciones del ambiente laboral fomentando el trabajo en equipo.
- Diseñar e implementar talleres de liderazgo, habilidades sociales, desarrollo gerencial, etc. para la alta dirección.
- Implementar cursos de inducción y ajuste al puesto y a la Organización para el personal de nuevo ingreso.
- Anticiparse a los cambios brindando talleres que contribuyan a desarrollar a

Otra estrategia se da a través del apoyo social en el trabajo, generalmente hace referencia a las acciones llevadas a cabo a favor de un individuo por otras personas, tales como los amigos, los familiares y los compañeros de trabajo, los cuales pueden proporcionar asistencia instrumental, informativa y emocional (House y Kahn, 1985; Sandín, 2003, p. 153). Donde los sujetos obtienen nueva información, adquieren nuevas habilidades o mejoran las que ya tienen, adquieren refuerzo social y retroinformación sobre la ejecución de tareas, consiguen apoyo emocional, consejos u otros tipos de ayuda.

### **3.2.8 Intervención**

El Desgaste Laboral afecta muchas áreas de la vida, por lo que es importante que las intervenciones consideren tres niveles:

La primera es la estrategia de Intervención Individual, busca fomentar la adquisición de algunas técnicas que aumenten la capacidad de adaptación del individuo a las fuentes de estrés laboral. Se clasifican en Técnicas Fisiológicas que están orientadas a reducir la activación fisiológica y el malestar emocional y físico. Dentro de éstas se encuentran la relajación física, el control de la respiración y retroalimentación biológica, entre otras.

Por otro lado tenemos las Técnicas Conductuales que buscan que el sujeto domine un conjunto de habilidades y comportamientos para el afrontamiento de problemas laborales. Entre ellas se encuentran el entrenamiento asertivo, el entrenamiento en habilidades sociales, las técnicas de solución de problemas y las de autocontrol.

La tercera, Técnicas Cognitivas que tienen como objetivo mejorar la percepción, la interpretación y la evaluación de los problemas laborales y de los recursos personales que realiza el individuo. Entre ellas encontramos la reestructuración cognitiva, el control de pensamientos irracionales y la Terapia Racional Emotiva.

Estrategias de Intervención grupal tienen como objetivo romper el aislamiento, mejorando los procesos de socialización. Para ello es importante promover políticas de trabajo cooperativo, integración de equipos multidisciplinarios y reuniones de grupo.

Finalmente las estrategias de Intervención organizacional, que se centran en tratar de reducir las situaciones generadoras de estrés laboral. Modificando el ambiente físico, la estructura organizacional, las funciones de los puestos, las políticas de administración de recursos humanos, etc., con el propósito de crear estructuras más horizontales, descentralización en la toma de decisiones, brindar mayor independencia y autonomía, promociones internas justas que busquen el desarrollo de carrera de los empleados, flexibilidad horaria, sueldos competitivos (Apiquian, 2007, p. 6).

Desde la aparición del síndrome se han utilizado diversos métodos para diagnosticarlo, como entrevistas, técnicas proyectivas y cuestionarios. Estos últimos son utilizados por investigadores quienes han realizado diversos estudios con la finalidad de incrementar adecuadamente el nivel de información acerca del Desgaste Laboral.

### **3.3 Instrumentos de Medición**

Desde que el concepto de quemarse en el trabajo apareció en la literatura de corte psicológico, hace más de dos décadas, se han propuesto diferentes instrumentos para estimarlo. En primer momento, el Desgaste Laboral fue descrito a través de la medición clínica. Posteriormente, fue evaluado a través de entrevistas estructuradas, técnicas proyectivas y autoevaluación con escalas de estimación. Pero la mayoría de estos métodos, con la excepción de las escalas de evaluación, han sido utilizados sólo de forma ocasional por los investigadores; dichas escalas son empleadas, de manera más o menos exitosa, como un criterio de medida para validar los cuestionarios. En consecuencia, el método del cuestionario ha llegado a ser el más empleado para valorar este síndrome (Gil-Monte y Peiró, 1997 p. 47).

Para evaluar el Desgaste Laboral se han desarrollado diversos instrumentos de medición, citamos algunas de las principales pruebas generales y específicas para medirla:

– *Burnout Inventory (MBI)* de Maslach y Jackson (1981). Es el más utilizado entre los investigadores; está formado por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los clientes. Valora las tres dimensiones propuestas por las autoras del constructo: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo. Considera el síndrome de estar quemado como una variable continua que se puede experimentar en diferentes niveles y no como variable dicotómica. Esta escala es la que ha demostrado mayor validez y fiabilidad (entre un 0,75 y 0,90). No obstante, en estudios recientes aparecen críticas y reflexiones acerca del concepto y dimensionalidad del burnout que inciden directamente en las consecuencias del MBI como instrumento más adecuado de medida.

– *The Staff Burnout Scale for Health Professional (SBS)* de Jones. Está compuesto de 20 ítems con respuesta tipo Lickert que evalúa el *Burnout* tal y como lo describen Maslach y Jackson; se puede dividir la escala en cuatro factores: insatisfacción en el trabajo, tensión psicológica e interpersonal, consecuencias negativas del estrés y relaciones no profesionales con los pacientes. Este instrumento ha sido diseñado para los profesionales de la salud, aunque se puede aplicar a otras profesiones. La fiabilidad es buena y las correlaciones encontradas con el agotamiento emocional y despersonalización del MBI son bastante aceptables, mientras que con la escala de logro personal la correlación es baja.

– *Tedium Scales (TS)* de Pines, Aranson y Kafry (1981). Consta de 21 ítems con medidas de cansancio emocional, físico y cogniciones que se valoran con respuesta de tipo Lickert de siete puntos. Uno de los problemas de este cuestionario es que no tiene ninguna asociación explícita con el contexto de trabajo. La medida de tedio comparada con el MBI señala que la fiabilidad del primero es ligeramente superior, pero es más recomendable la utilización del segundo.

– *The Gillespie-Numerof Burnout Inventory (GNBI)* de Gillespie y Numerof (1984). Es un cuestionario de 10 ítems que hacen referencia a sentimientos del trabajo; no se han establecido correlaciones con otras medidas de *Burnout* ni con el MBI.

– *Efectos psíquicos del Burnout (EPB)* de García (1995). Fue diseñada para la medida del *Burnout* en nuestro entorno sociocultural. Consta de 12 ítems con respuesta valorada según una escala tipo Lickert de siete puntos variando su rango desde 1 (nunca) a 7 (siempre).

Hay que señalar que existe gran diversidad de instrumentos para estimar el Desgaste Laboral; sustentada en el gran número de definiciones conceptuales y modelos teóricos. No cabe duda que la corta existencia del síndrome como objeto de investigación psicosocial ha propiciado esta situación; dado que no existe unidad de criterio sobre qué es el síndrome de quemarse por el trabajo, qué variables agrupa, en qué tipo de profesionales se desarrolla y en cuáles no, y cómo se desarrolla. Ello ha propiciado el desarrollo de diversos instrumentos y conceptos que intentan operacionalizar el concepto (Gil-Monte y Peiró, 1997 p. 61).

Ortega (2004, p. 148) menciona que de todos los instrumentos de autoinforme mencionados el más utilizado y que ha constituido la base del resto de instrumentos es el Inventario de Burnout de Maslach y Jackson (1986).

### **3.3.1 Cuestionario Breve de Burnout**

El Cuestionario Breve de Burnout (CBB) elaborado por Moreno y Oliver (1993) de la Universidad de Madrid ha sido realizado en base al Inventario de Burnout de Maslach (1981) y modificado para su aplicación en países hispanoparlantes por Bernardo Moreno. Emplea las tres dimensiones que utiliza Maslach y agrega otras tres que son características de la tarea, tedio, organización y una dimensión que mide las consecuencias.

Su principal objetivo es proponer un modelo inicial de evaluación del Burnout que atienda los diferentes elementos del proceso y que incluya tanto factores antecedentes del Desgaste Laboral como elementos consecuentes o efectos del mismo. Por otra parte, la consideración de los aspectos antecedentes y consecuentes, junto con el síndrome, ayudaran a la elaboración de programas y políticas de prevención e intervención (Moreno, 1997, p. 7).

El cuestionario se compone de 21 ítems en escala de Likert (Vargas, 2008, p. 21). Este instrumento consta de varias preguntas introductorias con datos generales, y explora tres variables fundamentales: el Desgaste Laboral (SBO), las Causas del Burnout (CBO) y las Consecuencias del Burnout (CON).

El Desgaste Laboral (SBO), a su vez consta de tres subvariables que concuerdan con el modelo de Maslach y Jackson, y contienen tres proposiciones cada una: *Cansancio Emocional, Despersonalización, Realización Profesional*.

La variable Causas del Burnout (CBO), a su vez, se analiza en sus componentes: *Tedio, Características de la Tarea, Organización, cada uno con tres proposiciones*.

- Tedio. Tiene su base en los mismos orígenes del estudio del Burnout y se ha optado por darle operativización centrada en la monotonía y la repetición.
- Características de la tarea. Determinada por la importancia que tiene en la génesis del Burnout en desarrollo de tareas no motivantes para el sujeto.
- Organización. Centrada en los aspectos funcionales de la Organización.

La variable Consecuencias del Burnout (CON), no se divide en componentes; contiene tres proposiciones en total: *consecuencias físicas, sociales y psicológicas*.

Atiende a los diferentes elementos del proceso y además factores antecedentes y los efectos del mismo, lo que puede ayudar a la elaboración de programas y políticas de prevención e intervención. Por razones de su amplitud, el objetivo del Cuestionario Breve de Burnout no es el de evaluar específicamente las dimensiones del Desgaste Laboral, sino obtener una valoración global del mismo, así como de los antecedentes y consecuentes del síndrome.

### **3.3.2 Modelos del Burnout**

Los modelos elaborados desde consideraciones psicosociales que explican el Desgaste Laboral, están centrados en analizar la etiología del síndrome, desde marcos teóricos más amplios (Gil-Monte y Peiró, 1999, p. 262). Un primer grupo de modelos se ha desarrollado en el marco de la teoría sociocognitiva del yo. Estos modelos se caracterizan por escoger ideas de Albert Bandura para explicar la etiología del síndrome. Consideran que:

- a) Las cogniciones de los individuos influyen en lo que éstos perciben y hacen y, a su vez estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones, y por la acumulación de las consecuencias observadas en los demás.
- b) La creencia o grado de seguridad por parte de un sujeto en sus propias capacidades determinará el empeño que el sujeto pondrá para conseguir sus objetivos, y también determinará ciertas reacciones emocionales, como la depresión o estrés, que acompañan la acción.

Entre los modelos recogidos en este grupo se encuentran el modelo de competencia social de Harrison (1983), el modelo de Pines (1993) y el modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper (Gil-Monte, 1999, p. 3,4).

Un segundo grupo recoge los modelos elaborados desde las teorías del intercambio social. Se considera que la causa del Desgaste Laboral se da en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los individuos como resultado del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales. Además, la relación entre estas variables antecedentes y los sentimientos del Desgaste Laboral están modulados por los sentimientos de autoestima, por los niveles de reactividad del individuo, y por la orientación en el intercambio.

Por último, el tercer grupo considera los modelos elaborados desde la Teoría Organizacional. Estos modelos incluyen como antecedentes del síndrome las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional. Son modelos que se caracterizan porque enfatizan la importancia de los estresores del contexto de la Organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia del Desgaste Laboral. Conviene distinguir como se han originado los otros modelos, señalados en la Tabla 3.4.

<b>Modelos</b>	<b>Representantes</b>	<b>Descripción</b>
<b>Comprensivos</b>		
<b>Modelo tridimensional del MBI-HSS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maslach (1982)</li> <li>- Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983)</li> <li>- Leiter y Maslach (1988)</li> <li>- Lee y Ashforth (1993)</li> <li>- Gil-Monte (1994)</li> </ul>	Considera aspectos cognitivos (baja realización personal), emocionales (agotamiento emocional) y actitudinales (despersonalización).
<b>Modelo de Edelwich y Brodsky</b>	- Edelwich y Brodsky (1980)	El Desgaste Laboral es un proceso de desilusión o de desencanto hacia la actividad laboral, que se da en un proceso de cuatro fases: 1. Entusiasmo, 2. Estancamiento, 3. Frustración y 4. Apatía (se considera un mecanismo de defensa frente a la frustración).
<b>Modelo de Price y Murphy</b>	- Price y Murphy (1984)	El Desgaste Laboral es un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral, se da en seis fases sintomáticas:  1. Desorientación, 2. Labilidad emocional, 3. Culpa debido al fracaso profesional, 4. Soledad y tristeza que si se supera puede desembocar en la siguiente fase, 5. Solicitud de ayuda, y 6. Equilibrio.
<b>Modelo de Gil-Monte</b>	- Gil-Monte	Distingue dos perfiles en el proceso del Desgaste Laboral: Perfil 1. Se caracteriza por la presencia de baja ilusión por el trabajo, junto a altos niveles de desgaste psíquico e indolencia, pero los individuos no presentan sentimientos de culpa. Perfil 2. Constituye con frecuencia un problema más serio que identificaría a los casos clínicos más deteriorados por el desarrollo del Desgaste Laboral. Además de los síntomas anteriores los individuos presentan también sentimientos de culpa. Estos síntomas pueden ser evaluados mediante el "Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo" (CESQT).

Tabla 3.4. La necesidad de explicar la etiología del Desgaste Laboral de manera satisfactoria, ha dado lugar a la aparición de diversos modelos teóricos.

Así, Schaufeli, Van Dierendonck y Van Gorp (1996; Schaufeli, 2005, p. 19) han propuesto un modelo de intercambio social a nivel *dual* que asume que, además de una relación no equilibrada a nivel interpersonal, el Desgaste Laboral también se genera por una falta de reciprocidad a nivel organizacional, esto es, por una violación de lo que se conoce como contrato psicológico.

La noción de contrato psicológico hace referencia a las expectativas que tienen los empleados acerca de la naturaleza de su intercambio con la Organización (Rousseau, 1995). Esta idea refleja la noción subjetiva de reciprocidad de los empleados: se espera que las ganancias o resultados de la Organización sean proporcionales a las inversiones o inputs que uno realiza. Cuando el contrato psicológico se viola y la reciprocidad se rompe, no sólo puede generar distrés psicológico (agotamiento emocional), sino que también es probable que ocurran una serie de resultados negativos en el trabajo, incluyendo la intención de abandono, insatisfacción laboral, “fuga” de empleados a otros centros, pobre compromiso organizacional, cinismo y ausentismo (De Boer, Bakker, Syroit y Schaufeli; Schaufeli, 2005, p. 19).

Así pues, de acuerdo con estos autores, la despersonalización (segundo componente del Burnout), puede considerarse como una manera de restaurar la reciprocidad mediante un distanciamiento psicológico de los usuarios. Implica una actitud negativa, insensible, indiferente o distanciada hacia otros. Sin embargo, esta forma de afrontamiento resulta disfuncional dado que deteriora la relación con los usuarios, incrementa los fracasos y los conflictos y además, favorece un sentimiento de reducida realización personal. El tercer componente del Burnout se caracteriza por sentimientos de incompetencia y dudas sobre los logros en el trabajo que uno realiza.

Además del nivel individual y organizacional, en los procesos de intercambio social también juegan un papel los equipos de trabajo entre compañeros. Por ejemplo, Buunk y Hoorens (1992; Schaufeli, 2005, p. 20) encontraron alguna evidencia a favor de que los empleados mantengan una contabilidad de apoyo, que se basa en el equilibrio entre el apoyo que se da y que se recibe por parte de otros en su equipo de trabajo.

### **3.3.3 Estudios de Burnout**

La necesidad de estudiar el Desgaste Laboral viene unida a la de estudiar los procesos de estrés profesional, debido al interés de las organizaciones por la calidad de vida laboral de sus empleados; pues tiene repercusiones importantes sobre la Organización: ausentismo, rotación, disminución de la productividad, disminución de la Calidad (Gil-Monte, 1999, p. 2).

Dado que la mayor incidencia del síndrome de quemarse por el trabajo se da en profesionales de servicios que prestan una función asistencial o social; el deterioro de la calidad de vida laboral tiene repercusiones sobre la sociedad en general. El creciente auge de las organizaciones (públicas y privadas) justifica el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo, ya que la Calidad de la atención al usuario o cliente es una variable crítica para el éxito de la Organización.

La investigación sobre el síndrome de quemarse en el trabajo presenta algunas deficiencias en muchos países y en México, ya que faltan modelos teóricos sólidos que dirijan la investigación y que relacionen el estudio del síndrome de quemarse en el trabajo con otros campos del estudio de la Psicología Social.

### **3.3.4 Análisis de algunas variables relevantes estudiadas en relación al Desgaste Laboral**

En estudios realizados por Gil-Monte y Peiró (1994 y 1996), la competencia profesional percibida, estimada a través de la autoconfianza, se asocia de manera significativa principalmente con la realización personal en el trabajo. Además encontraron que los niveles de autoconfianza presentaban un efecto modulador en la relación personal en el trabajo. La sobrecarga laboral percibida aparece en sus estudios como un antecedente significativo de los niveles de agotamiento emocional.

El estudio de las relaciones entre variables sociodemográficas y las dimensiones del Inventario de Burnout de Maslach, han generado un volumen importante de literatura. Parece adecuado considerar significativas las diferencias que establece el sexo en la dimensión de despersonalización, ya que los varones perciben más despersonalización

que las mujeres; además de la relación lineal y positiva que se establece entre edad y agotamiento emocional.

En relación a las consecuencias del Desgaste Laboral, en sus estudios Monte y Peiró incluyeron variables como satisfacción laboral, problemas de salud, inclinación al ausentismo y propensión al abandono de la Organización. Debido a su importancia sobre el individuo y la Organización son variables importantes para diseñar una intervención.

Desde otra perspectiva, la cultura y el clima organizacional pueden explicar aspectos significativos en el desarrollo del Desgaste Laboral. Por ejemplo, la socialización laboral desempeña un papel relevante en el desarrollo de las actitudes laborales de los profesionales y estas actitudes se transmiten de unos profesionales a otros mediante esos procesos de socialización, en los que la Cultura de la Organización, el clima y el lenguaje tienen una gran importancia.

La motivación laboral puede definirse como el nivel de esfuerzo que las personas están dispuestas a realizar en su trabajo. Un trabajador presentará una alta motivación interna cuando tenga tres tipos de experiencias denominadas Estados Psicológicos Críticos (EPC): la Significatividad del trabajo, la Responsabilidad sobre los resultados de su trabajo y el Conocimiento de los resultados de su trabajo (Boada, 2004, p. 1).

Para que el trabajador experimente los EPC anteriores, el puesto desempeñado debe presentar unas Dimensiones Centrales del Puesto (DCP): la Variedad de Destrezas, la Identidad y la Importancia de las tareas, la Autonomía, y la Retroalimentación del puesto. Estas cinco características se combinan dentro de un sólo índice global que reflejará el potencial de un puesto para fomentar la motivación interna, a este índice se le denomina Potencial Motivacional del Puesto (PMP).

### **3.3.5 Estudios en los servicios de salud pública del Distrito Federal**

Hernández y Dickinson (2006, p. 2) realizaron una investigación descriptiva en trabajadores de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, intendencia, administrativos, odontólogos, químicos y psicólogos). La frecuencia del Desgaste Laboral se dio en un 18.1% y un 16.1% de la población estaba en riesgo de padecerlo. En esta investigación se percataron que el personal administrativo

tiene mayor riesgo a presentar este síndrome. La minoría de la población afectada presentó altos niveles de Desgaste Laboral y la mayoría un nivel medio con probabilidades de desarrollar mayores niveles de este síndrome. Ya que los profesionales de salud se enfrentan constantemente a una tarea compleja en la que influyen diversas circunstancias (Álvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991; citado en Ortega, 2004, p. 142); entre ellas podemos señalar los estresores específicos de la profesión que suponen una alta implicación emocional y los relacionados con la organización del trabajo:

- Exceso de estimulación aversiva. Constantemente se enfrentan al sufrimiento y a la muerte del paciente, así como dolor por la pérdida de un ser querido que padecen los familiares y allegados.
- Contacto continuo con enfermos que exige un cierto grado de implicación para establecer una relación de ayuda. Un control inadecuado del vínculo, por exceso (sobreimplicación) o por defecto (conductas de evitación) genera problemas importantes tanto para los pacientes como para sus cuidadores.
- La frustración de no poder curar, objetivo para el que han sido entrenados.
- Proporción muy alta de enfermos a los que deben de atender.
- Escasez de formación en habilidades de control de las propias emociones, además de las de los pacientes y sus familiares.
- Horario de trabajo irregular debido a la realización de turnos.
- Conflicto de rol y ambigüedad de rol.
- Falta de cohesión en el equipo multidisciplinar.
- Burocratización e individualismo en las instituciones sanitarias.

El Desgaste Laboral ha sido estudiado en distintos tipos de personal de servicios como, enfermeras, médicos, dentistas, entre otros (Edwards et al. 2000, p. 7; Gueritault-Chalvin *et al.* 2000, p. 149; McManus *et al.* 2004, p. 2). En estos estudios se ha indagado en torno a factores como la personalidad, estilos de aprendizaje, estrategias de afrontamiento. Otros autores se han focalizado en la relación con características psicosociales del trabajo, encontrándose que las bajas posibilidades de desarrollo, el alto significado del trabajo, una alta calidad de liderazgo, baja claridad de rol y el alto conflicto de rol son predictores del Desgaste Laboral (Borritz, 2006, p. 50).

## 4. METODOLOGÍA

### Planteamiento y justificación del problema

Las personas cuya labor consiste en interactuar y tratar reiteradamente con otras, tal como sucede con trabajadores encargados de ofrecer servicios; suelen estar bajo “tensión” permanente y expuestos habitualmente a situaciones muy traumáticas y conflictivas, que les causa reacciones emocionales de diferente tipo, por ello pueden presentar una serie de respuestas al estrés laboral crónico, con diversas manifestaciones somáticas, conductuales, emocionales y laborales. Estas respuestas se acumulan en un síndrome clínico denominado Síndrome de Burnout o Desgaste Laboral.

Conforme a lo investigado, el Síndrome de Burnout, término introducido por Freudemberger en 1974, es una respuesta del trabajador al estrés laboral que se genera específicamente en profesiones que suponen una relación interpersonal intensa con beneficiarios del propio empleo, (trabajadores sanitarios, personal docente, fuerzas de orden público, profesionales en función de administración de justicia, etc.).

Sin embargo, la definición del Desgaste Laboral más aceptada entre los investigadores es la de Maslach y Jackson (1981), quienes lo conceptualizaron como un síndrome psicosocial compuesto de tres dimensiones: agotamiento o cansancio emocional, definido como el cansancio y fatiga que puede manifestarse física y/o psíquicamente, con una sensación descrita como no poder dar más de sí mismo a los demás; despersonalización, como desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo; por último, la baja realización personal o logro, que se caracteriza por una dolorosa desilusión para dar sentido a la propia vida y hacia los logros personales, con sentimientos de fracaso y baja autoestima.

Por tal motivo el Desgaste Laboral no es algo que aparece repentinamente como respuesta específica a un factor concreto, sino más bien es un estado que emerge gradualmente en un proceso de respuesta a la experiencia laboral cotidiana y a ciertos acontecimientos sociales. Se integra por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabajan y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con mayor frecuencia en los trabajadores de la salud producida por la relación profesional-paciente, además por el

tipo de institución; aunque sea chica o grande, con deficiencias o sin ellas, el servicio de un hospital es diferente al de otras organizaciones.

Por otro lado, los estudios históricos y sociológicos sobre el Desgaste Laboral son escasos y muy parciales (Sarason, 1985; Lyons, 1989; Freudenberger, 1989; Cherniss, 1982; Schaufeli & Enzman, 1998; Maslach & Schaufeli, 1993; citado en Moreno, 2003, p. 10). Por ejemplo, Seymour Saranson ha asumido que los valores sociales, las condiciones económicas y los momentos históricos son elementos decisivos para la explicación de los procesos de generación tanto individuales como colectivos del Desgaste Laboral, con ello concluye que no es nunca una característica individual e interna del sujeto exclusivamente, sino que es más bien un complejo de características psicológicas que reflejan las estructuras amplias de una determinada sociedad (1985; Moreno, 2003, p. 10).

En base a estas consideraciones el objetivo de esta investigación es comprobar si el Desgaste Laboral se relaciona con la Percepción de la Calidad en el Servicio en los Hospitales; dado que el sector salud ha venido experimentando la presión de la sociedad para intentar corregir problemas de índole patológica, y ayudar a facilitar un estado de completo bienestar físico, mental y social para los usuarios.

### **Pregunta de investigación**

¿Existe relación entre el Desgaste Laboral y la Percepción de la Calidad en el servicio?

### **Hipótesis**

H0. No existe relación estadísticamente significativa entre el Desgaste laboral y la Percepción de la Calidad en el Servicio.

H1. Existe relación estadísticamente significativa entre el Desgaste laboral y la Percepción de la Calidad en el Servicio.

## **Variables**

### Correlacionales

- ψ Desgaste laboral
- ψ Percepción de la calidad en el servicio

### Demográficas

- ψ Edad
- ψ Sexo
- ψ Escolaridad
- ψ Puesto
- ψ Antigüedad
- ψ Dependientes Económicos
- ψ Supervisión en el trabajo
- ψ Sueldo
- ψ Turno
- ψ Trabajos que ha tenido
- ψ Tiene otro trabajo
- ψ Cambio de trabajo
- ψ Tiempo de traslado
- ψ Apoyo recibido entre compañeros de la misma área
- ψ Apoyo en general
- ψ Situación laboral
- ψ Personal a cargo

## **Definición conceptual**

- ψ Desgaste Laboral: Definido como una respuesta al estrés laboral crónico; refiriéndose a la persona que sufre deterioro físico, emocional y mental, afectando la satisfacción laboral, eficacia y la Calidad (Moreno, 2001). 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 agotado.
- ψ Percepción de la Calidad en el Servicio: Es definida por Chávez (2010) como el juicio global que realiza el consumidor o cliente sobre el desempeño percibido de

actividades humanas que entrelazadas interactúan para satisfacer una necesidad de los clientes internos y externos.

- ψ Edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento.
- ψ Sexo: Diferencia biológica, física y constitutiva del hombre y la mujer.
- ψ Escolaridad: Grado de estudios cursados.
- ψ Puesto: Funciones que desempeña en el lugar de trabajo.
- ψ Antigüedad: Tiempo transcurrido del cargo.
- ψ Dependientes económicos: Personas, familiares o no, cuya manutención depende principalmente de los ingresos del trabajador.
- ψ Supervisión en el trabajo: Función que permite vigilar, inspeccionar, evaluar y conducir el trabajo de un equipo, así como promover que éste opere conforme a los objetivos establecidos.
- ψ Sueldo: Remuneración periódica asignada por el desempeño de un trabajo.
- ψ Turno: Horario de Trabajo, matutino, vespertino, nocturno, diurno o fines de semanas.
- ψ Trabajos que ha tenido: Número de trabajos que ha tenido hasta la actualidad.
- ψ Tiene otro trabajo: Cuenta con otro trabajo en la actualidad.
- ψ Cambio de trabajo: Que el participante tenga pensado en cambiar actualmente de trabajo.
- ψ Tiempo de traslado: Tiempo aproximado de la casa al trabajo.
- ψ Apoyo recibido entre compañeros de la misma área: Ayuda brindada por los compañeros de su misma área.
- ψ Apoyo en general: Ayuda brindada entre los compañeros.
- ψ Situación laboral: Circunstancia en la que labora, ya sea de base, confianza u otro.
- ψ Personal a cargo: Si tiene personas a cargo y el número de personas que tienen.

### **Definición operacional**

- ψ Percepción de la Calidad en el Servicio: Respuestas emitidas por los participantes de acuerdo al Instrumento de Medición de la Calidad en el Servicio desarrollada por Chávez (2010).
- ψ Desgaste Laboral: Respuestas emitidas por los participantes de acuerdo al Cuestionario Breve de Burnout desarrollada por Moreno (1997).
- ψ Datos sociodemográficos: Datos proporcionados por los participantes, incluidos en la hoja de Respuestas.

## **Participantes**

La muestra se conformó por 253 trabajadores del Hospital General de México y del Hospital General “Dr. Gregorio Salas Flores”, incluyendo personal de enfermería, médico, operativo y administrativo.

## **Muestreo**

La elección de los participantes se hizo a través de un muestreo no probabilístico, por selección intencional o de conveniencia, caracterizado por obtener muestras “representativas”, dado que los directivos de los hospitales seleccionaron directa e intencionadamente a los individuos de la población hospitalaria.

## **Tipo de estudio**

El tipo de estudio utilizado, es correlacional, el cual tiene como finalidad determinar el grado de relación o asociación no causal existente entre dos o más variables; de campo, ya que la aplicación será en escenarios naturales. No experimental, debido a que no se tienen control directo sobre las variables ni se pueden influir sobre ellas, porque ya sucedieron (Hernández, 1991, p. 149).

## **Instrumentos de medición**

Para la medición de la Percepción de la Calidad en el Servicio se utilizó el Instrumento de Medición de la Calidad en el Servicio (MEDSERV), desarrollado por Chávez Jiménez en el año 2010; se conforma por 37 reactivos con cinco opciones de respuesta tipo Likert (los reactivos van de Totalmente de Acuerdo a Totalmente en Desacuerdo), con un Alfa de Cronbach de 0.945 para los 4 factores, representando el 46.245% de la varianza explicada (Chávez, 2010, p. 102).

- ψ Capacidad de respuesta. Disposición y voluntad para ayudar a los usuarios y proporcionar un servicio rápido.
- ψ Confiabilidad. Habilidad para realizar el servicio prometido de una forma fiable, cuidadosa y consistente.

- ψ Empatía. Atención individualizada basada la facilidad de comunicación, comprensión del cliente y amabilidad.
- ψ Seguridad. Conocimientos mostrados por los empleados, así como sus habilidades para transmitir credibilidad y confianza.

Los reactivos correspondientes a cada factor son los siguientes:

---

ψ Capacidad de respuesta (CR).	10, 13, 15, 16, 23, 26, 30
ψ Confiabilidad (C).	1, 3, 5, 6, 9, 12, 22, 34
ψ Empatía (E).	2, 14, 18, 19, 25, 27, 29, 32, 33, 35, 36
ψ Seguridad (S).	4, 7, 8, 11, 17, 20, 21, 24, 28, 31, 37

---

El segundo instrumento utilizado es el Cuestionario Breve de Burnout (CBB), elaborado por Moreno y Cols., se compone por 21 ítems en escala Likert de 5 puntos; donde la opción de respuesta se basa en frecuencia; partiendo de Ninguna Ocasión a Siempre (Neudeck, 2007, p. 4 y Citado en Vargas, 2008, p. 21). Los niveles de consistencia alfa de Cronbach en cuanto a las categorías de la prueba son: Antecedentes .75, Consecuentes .63 y Burnout .71. El CBB proporciona una evaluación global del síndrome, tomando en cuenta los antecedentes y consecuentes de este, por lo cual puede ayudar a la elaboración de programas y políticas de prevención e intervención en las organizaciones (Moreno, 1997, p. 8).

- ψ Antecedentes: Características de la Tarea, Tedio y Organización.
- ψ Síndrome de Burnout: Agotamiento o cansancio emocional, Despersonalización y Baja realización personal o Profesional.
- ψ Consecuencias: Físicas, Sociales y Psicológicas.

Los reactivos correspondientes de cada factor son los siguientes:

---

ψ Antecedentes de Burnout	2, 4, 6, 8, 9, 10, 14, 16, 20
ψ Síndrome de Burnout	1, 3, 5, 7, 11, 12, 15, 18, 19
ψ Consecuencias	13, 17, 21

---

### **Procedimiento**

La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo en el Hospital General de México y en el Hospital Dr. Gregorio Salas Flores.

Se les presentó a los directivos de cada institución la propuesta de investigación que tenía como finalidad recabar datos para la obtención del título de Licenciatura; mostrándoles los cuestionarios y las hojas de respuestas.

Posteriormente enviaron a los participantes a la sala de juntas de cada área (Hospital General) y a la biblioteca (Hospital Gregorio Salas Flores). A cada participante se le proporcionó el cuestionario Breve de Burnout y el MEDSERV, así como la hoja de respuestas y variables sociodemográficas.

Se les informó a los participantes que formarían parte de una investigación, mencionándoles que su participación es anónima y confidencial, y que estos resultados no tendrían repercusión alguna en su trabajo; además les indicamos que si tenían alguna duda respecto a los cuestionarios que nos lo comunicaran de inmediato para ayudarlos.

## 5. RESULTADOS

Descripción de la muestra:

Se analizaron las frecuencias de las características sociodemográficas de los 253 participantes. Los resultados obtenidos para la variable edad fluctuaron entre los 19 y 78 años, siendo la edad promedio de 40 años.

En cuanto al género, 81 personas corresponden al masculino equivalente al 32% y 172 al sexo femenino lo que equivale al 68%.

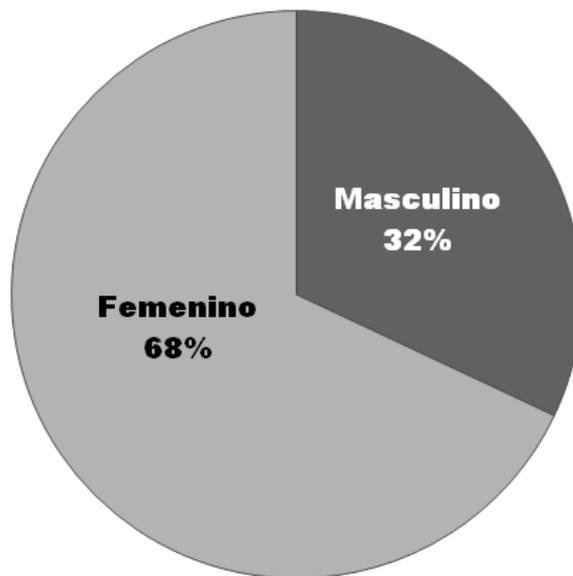


Figura 1. Porcentaje de la muestra respecto al género.

En lo referente al estado civil, las frecuencias arrojaron que 84 personas son solteras (33.3%); 119 son casadas (47%); 16 divorciadas (6.3%); 15 tienen pareja (5.9%) y 19 viven en unión libre (7.5%).

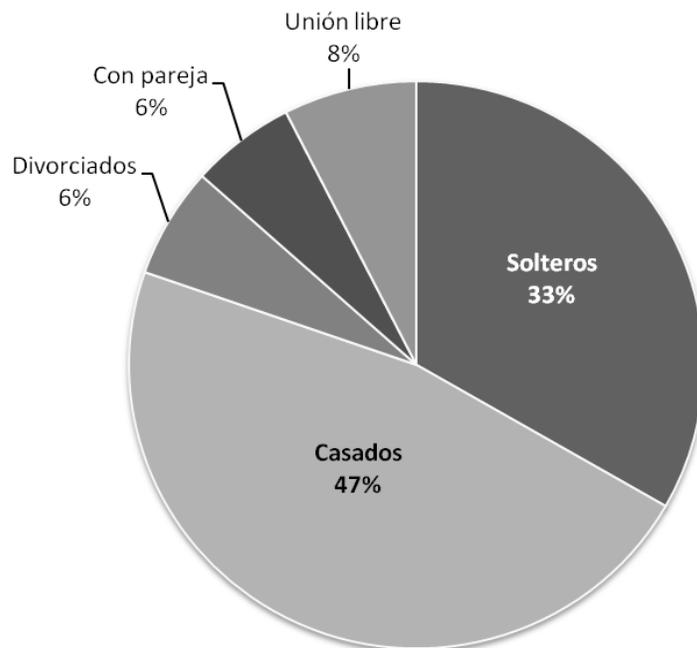


Figura 2. Porcentaje de la muestra de acuerdo al estado civil.

Respecto a la escolaridad, 2 participantes solo cuentan con nivel primaria, el 5.9% (15) corresponde al nivel secundaria, el 45.8% (116) se encuentran los del nivel medio superior, el 20.9% (53) corresponde al de licenciatura y 26.5% (67) a posgrado. Se observa que la mayoría de la población cuenta con estudios técnicos o bachillerato, siguiendo el de posgrado y de licenciatura.

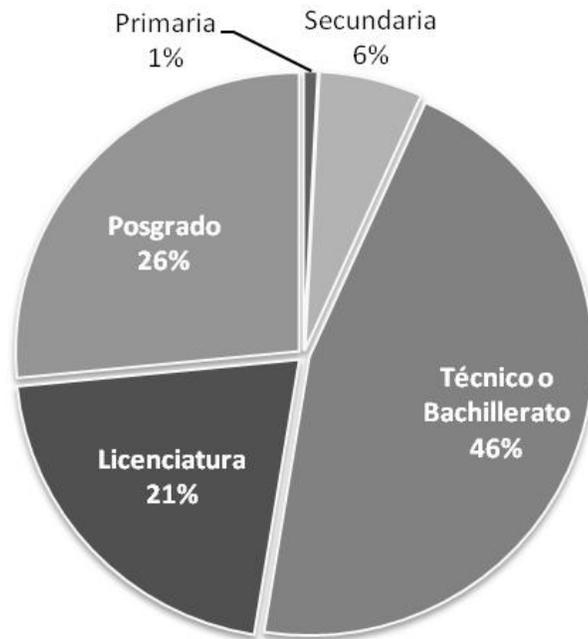


Figura 3. Porcentaje de la muestra por escolaridad.

La población se dividió de acuerdo a su puesto donde 32 participantes (12.6%) corresponde a los operativos, 97 personas en enfermería (38.3%), 79 médicos (31.2%) y 44 administrativos (17.4%).



Figura 4. Porcentaje de la muestra según el puesto.

En cuanto a la antigüedad de los trabajadores que laboran en los hospitales participantes, se encontró que el 52% de ellos tiene una antigüedad máxima de 5 años, mientras que el 48% ha trabajado en esas instituciones durante cinco años y medio hasta 52 años. Respecto al horario laboral, se obtuvo una media de 8 horas (48.2%), con tiempo para comer de 30 minutos en promedio (48.6%).

En conjunto, los Hospitales atendían de 10 a 30 usuarios al día. El 85.4% recibe supervisión en el trabajo; la mayoría de los participantes no tienen personal a cargo (63.2%), el 36.4% con personal a cargo, en promedio tiene bajo su supervisión de 1 a 5 personas.

De acuerdo a las medias obtenidas, los trabajadores dedicados a la salud ganan de \$3,000 a \$5,000; la mayoría ha tenido en promedio dos trabajos y actualmente no tienen otro trabajo. Sólo 11 personas reportaron que quieren cambiar de empleo.

En relación al apoyo, el 39.9% afirma que siempre recibe apoyo de sus compañeros; mientras que el 40.7% considera que en general hay apoyo entre compañeros de la misma área de trabajo.

### **Estadística Inferencial**

Para determinar la relación entre las variables del Cuestionario Breve de Burnout y el MEDSERV; se hizo una prueba de correlación producto momento de Pearson. En la tabla 1 se observa que existe una relación estadísticamente significativa entre los factores del Desgaste Laboral y la Percepción de la Calidad en el Servicio.

Tabla 1  
Correlación de los factores del CBB y factores del MEDSERV

<b>CALIDAD</b> <b>BURNOUT</b>	<b>Confiabilidad</b>	<b>Capacidad de respuesta</b>	<b>Seguridad</b>	<b>Empatía</b>
<b>Antecedentes</b>	-0.243**	-0.353**	-0.398**	-0.308**
<b>Síndrome</b>	-0.265**	-0.284**	-0.304**	-0.252**
<b>Consecuentes</b>	-0.176**	-0.273**	-0.312**	-0.234**

\*\* .La correlación es significativa al nivel 0.001 (bilateral)

\* .La correlación es significativa al nivel 0.005 (bilateral)

Se encontró una relación significativa y negativa entre el factor Consecuentes de Burnout y confiabilidad de la Percepción de la Calidad en el Servicio; lo que significa que a mayores antecedentes de Burnout existe una menor Confiabilidad, de igual forma con los factores de Capacidad de Respuesta, Seguridad y Empatía.

Para el factor Síndrome de Burnout; también se encontró una correlación negativa con los cuatro factores de Calidad; lo que indica que entre mayor sea el Síndrome de Burnout menor será la Confiabilidad, Capacidad de Respuesta, Seguridad y la Empatía de los trabajadores hacia los usuarios.

En cuanto a los resultados de las Consecuencias de Burnout indican que hay correlación negativa entre los factores de Calidad; es decir, un trabajador que ha tenido mayores consecuencias ya sea físicas, psicológicas y sociales presentará menor Capacidad de Respuesta, Confiabilidad, Seguridad y Empatía.

➤ Correlación entre factores del MEDSERV y variables sociodemográficas.

En la tabla 2 se muestra la correlación significativa positiva que tiene el factor Capacidad de Respuesta con la variable sociodemográfica edad; presentando una  $r=.134$  y  $\sigma=.03$ , esto significa que a mayor edad tenga el prestador de servicio habrá mayor disposición y voluntad para ayudar a las usuarios, actuando rápidamente.

Tabla 2  
Correlación entre el factor Capacidad de Respuesta y la variable sociodemográfica edad

<b>Calidad: Capacidad de respuesta</b>	<b>Edad</b>	
	Correlación de Pearson	.134*
Sig. (bilateral)	0.033	
N	253	

De igual forma, se observa que en la tabla 3 el factor Capacidad de Respuesta se relaciona positivamente con la variable dependientes económicos  $r=.151$  y  $\sigma=.017$ , lo que implica que los trabajadores que tienen mayor número de personas, cuya manutención depende principalmente de sus ingresos manifestarán mayor disposición y voluntad para ayudar a los usuarios.

Tabla 3  
Correlación entre el factor Capacidad de Respuesta y dependientes económicos

<b>Calidad: Capacidad de respuesta</b>	<b>Dependientes económicos</b>	
	Correlación de Pearson	.151*
Sig. (bilateral)	0.017	
N	250	

A su vez el factor Seguridad se relaciona positivamente con el número de usuarios atendidos presentando una  $r=.201$  y  $\sigma=.002$ , como se aprecia en la tabla 4. Esto indica que a mayor número de usuarios, el trabajador tendrá mayor conocimiento, así como habilidades para transmitir credibilidad y confianza.

Tabla 4  
Correlación entre el factor Seguridad y usuarios atendidos

<b>Calidad: Seguridad</b>	<b>Usuarios atendidos</b>	
	Correlación de Pearson	.201**
Sig. (bilateral)	0.002	
N	237	

- ➔ Correlaciones entre los Factores del Cuestionario Breve de Burnout y variables sociodemográficas.

En la tabla 5 se presenta la relación negativa, de la variable sociodemográfica de edad y el factor Antecedentes de Burnout, con una  $r=-.219$  y  $\sigma=.000$ ; es decir que a mayor edad habrá menos actividades monótonas y repetitivas; por tanto tareas más motivantes.

Tabla 5  
Correlación entre Burnout Antecedentes y la variable sociodemográfica edad

		<b>Edad</b>
<b>Burnout Antecedentes</b>	Correlación de Pearson	-.219**
	Sig. (bilateral)	0.000
	N	251

El factor Burnout Antecedentes, también se relaciona negativamente con la variable sociodemográfica antigüedad, mostrando una  $r=-.184$  y  $\sigma=.004$ , como se observa en la tabla 6. Por tanto, cuando se tiene menor antigüedad en el trabajo, mayor será la presencia del Burnout en los trabajadores.

Tabla 6  
Correlación entre Burnout Antecedentes y la variable sociodemográfica antigüedad

		<b>Antigüedad</b>
<b>Burnout Antecedentes</b>	Correlación de Pearson	-.184**
	Sig. (bilateral)	0.004
	N	247

En cambio, en la tabla 7 se observa una relación positiva entre el factor Antecedentes de Burnout con la variable traslado, arrojando una  $r=.207$  y  $\sigma=.001$ , lo que significa que a mayor tiempo se hace en el traslado de casa-trabajo, se presentará un mayor Antecedente de Burnout; lo que significa que entre más tiempo se pase en el traslado de la casa al trabajo, se presentaran una monotonía, ya que al no tener otra opción de transporte, el personal se sentirá con más tedio y no será motivante llegar al trabajo, sino algo desgastante.

Tabla 7  
Correlación entre Burnout Antecedentes y tiempo de traslado

		<b>Traslado</b>
<b>Burnout Antecedentes</b>	Correlación de Pearson	.207**
	Sig. (bilateral)	0.001
	N	251

La tabla 8 muestra que el factor Antecedentes de Burnout, se relaciona negativamente con el número de trabajadores a cargo, presentando una  $r=-.169$  y  $\sigma=.009$ , manifestando que a menor número de personas a cargo, el trabajador tendrá mayor Antecedentes del Desgaste Laboral.

Tabla 8  
Correlación entre Burnout Antecedentes y el personal que tienen a cargo

		<b>Personal a cargo</b>
<b>Burnout Antecedentes</b>	Correlación de Pearson	-.169**
	Sig. (bilateral)	0.009
	N	239

El segundo factor de Burnout se relaciona negativamente con la variable edad, con una  $r=-.142$  y  $\sigma=.026$ , señalado en la tabla 9. Con ello podemos decir que a menor edad, habrá mayor probabilidad de padecer el Síndrome de Burnout.

Tabla 9  
Correlación entre el factor Burnout Síndrome y la variable sociodemográfica edad

		<b>Edad</b>
<b>Burnout Síndrome</b>	Correlación de Pearson	-.142*
	Sig. (bilateral)	0.026
	N	245

En la tabla 10 se muestra la relación negativa del factor Síndrome y la variable antigüedad, con una  $r=-.130$  y  $\sigma=.044$ , indica que a menor experiencia laboral, el trabajador estará más propenso a tener el Síndrome de Burnout.

Tabla 10  
Correlación entre el factor Burnout Síndrome y la variable sociodemográfica antigüedad

Burnout Síndrome	Antigüedad	
	Correlación de Pearson	-.130*
Sig. (bilateral)	0.044	
N	241	

También se encontró una relación estadísticamente significativa de  $r=-.135$  y  $\sigma=.034$ , para los factores de Burnout Consecuentes y antigüedad en el trabajo, señalada en la tabla 11. Esto indica que a mayor antigüedad, habrá menores Consecuencias físicas, psicológicas y sociales.

Tabla 11  
Correlación entre el factor Burnout Consecuentes y la variable sociodemográfica antigüedad

Burnout Consecuentes	Antigüedad	
	Correlación de Pearson	-.135*
Sig. (bilateral)	0.034	
N	247	

Como podemos ver en la tabla 12 se obtuvo una relación negativa entre las variables, número de trabajos que ha tenido y Consecuentes de Burnout, arrojando una  $r=-.194$  y  $\sigma=.002$ , esto muestra que cuando el trabajador ha tenido varios empleos, habrá menores consecuentes de Burnout; debido a que la persona adquirirá la experiencia de los trabajos anteriores, llegando con más conocimientos y habilidades (sociales, interpersonales, entre otras) que le permitirán desenvolverse mejor en el nuevo ámbito organizacional.

Tabla 12  
Correlación entre el factor Burnout Consecuentes y número de empleos que ha tenido el trabajador

Burnout Consecuentes	Número de trabajos	
	Correlación de Pearson	-.194**
Sig. (bilateral)	0.002	
N	244	

➔ Análisis de varianza (ANOVAS)

Con objeto de determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias grupales, se llevo a cabo un Análisis de Varianza de un Factor entre el Cuestionario Breve de Burnout (Antecedentes: Tedio, Características de la Tarea, Organización; Síndrome: Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Profesional; Consecuencias: físicas, sociales y psicológicas), el MEDSERV (Capacidad de respuesta, Confiabilidad, Empatía y Seguridad) y las variables sociodemográficas (género, estado civil, escolaridad, puesto, situación laboral, turno, personal a cargo, salario, otro trabajo, cambio de trabajo y apoyo de compañeros).

En la tabla 13, observamos que en Burnout Antecedentes: Tedio, la población más propensa es del género masculino, con una  $\sigma=.039$ . De igual forma, el género masculino se ve afectado por la variable de Burnout Síndrome: Despersonalización arrojando una  $\sigma=.012$ .

Tabla 13  
Comparación de medias para la variable sociodemográfica género

		Media	F	Sig.
<b>Burnout Antecedentes Tedio</b>	Masculino	1.98	4.308	.039
	Femenino	1.78		
<b>Burnout Síndrome Despersonalización</b>	Masculino	2.99	6.402	.012
	Femenino	2.70		

Para el Análisis de Varianza del estado civil se encontraron significativas el factor de Calidad Capacidad de Respuesta con una  $\sigma=.034$ , esto indica que las personas solteras y casadas tienen mayor disposición para ayudar a los usuarios y proporcionar un servicio rápido. El otro factor es el de Burnout Antecedentes Organización con una  $\sigma=.022$ , indicando que las personas que viven en unión libre poseen mayor antecedentes en los aspectos funcionales de la institución.

Tabla 14  
Resultado del Análisis de Varianza para la variable sociodemográfica estado civil

		Media	F	Sig.
<b>Calidad Capacidad de Respuesta</b>	Soltero	26.42	2.655	.034
	Casado	26.68		
	Divorciado	25.19		
	Con pareja	23.53		
	Unión libre	24		
<b>Burnout Antecedentes Organización</b>	Soltero	2.23	2.918	.022
	Casado	2.02		
	Divorciado	2.1		
	Con pareja	2.06		
	Unión libre	2.63		

En cuanto a los resultados de la variable escolaridad, presentados en la tabla 15, se establece el Análisis de Varianza con los factores de Burnout:

- Antecedentes con una  $\sigma=.002$
- Antecedentes Características de la Tarea con una  $\sigma=.023$
- Antecedentes Organización se presentó una  $\sigma=.008$
- Burnout Síndrome con una  $\sigma=.036$
- Síndrome Realización Profesional con  $\sigma=.000$

Tabla 15  
Análisis de Varianza para la variable escolaridad

		Media	F	Sig.
<b>Burnout Antecedentes</b>	Primaria	19	4.323	.002
	Secundaria	20.07		
	Bachillerato	18.55		
	Licenciatura	17.75		
	Posgrado	15.79		
<b>Burnout Antecedentes Características de la Tarea</b>	Primaria	1.33	2.889	.023
	Secundaria	2.09		
	Bachillerato	2.1		
	Licenciatura	1.97		
	Posgrado	1.67		
<b>Burnout Antecedentes Organización</b>	Primaria	19	3.527	.008
	Secundaria	20.07		
	Bachillerato	18.55		
	Licenciatura	17.75		
	Posgrado	15.79		

<b>Burnout Síndrome</b>	Primaria	20	2.608	.036
	Secundaria	19.93		
	Bachillerato	19.95		
	Licenciatura	20.08		
	Posgrado	17.71		
<b>Burnout Síndrome Realización Profesional</b>	Primaria	2.67	6.345	.000
	Secundaria	2.47		
	Bachillerato	2.02		
	Licenciatura	2.10		
	Posgrado	1.60		

En la tabla 16; la variable puesto mostró diferencias significativas con los factores:

- Burnout Antecedentes ( $\sigma=.001$ ).
- Antecedentes Características de la Tarea ( $\sigma=.025$ ).
- Antecedentes Organización ( $\sigma=.001$ ).
- Antecedentes Tedio ( $\sigma=.000$ ).
- Burnout Síndrome ( $\sigma=.046$ ).
- Síndrome Realización Profesional ( $\sigma=.000$ ).
- Burnout Consecuentes Físicos ( $\sigma=.041$ ).

Tabla 16  
Análisis de Varianza para la variable puesto.

		Media	F	Sig.
<b>Burnout Antecedentes</b>	Operativo	18.53	5.309	.001
	Enfermería	18.44		
	Médicos	15.92		
	Administrativo	18.86		
<b>Burnout Antecedentes Características de la Tarea</b>	Operativo	1.97	3.176	.025
	Enfermería	2.01		
	Médicos	1.71		
	Administrativo	2.04		
<b>Burnout Antecedentes Organización</b>	Operativo	2.14	5.796	.001
	Enfermería	2.37		
	Médicos	1.90		
	Administrativo	2.04		
<b>Burnout Antecedentes Tedio</b>	Operativo	2.06	7.472	.000
	Enfermería	1.72		
	Médicos	1.69		
	Administrativo	2.19		

<b>Burnout Síndrome</b>	Operativo	20.41	2.705	.046
	Enfermería	19.35		
	Médicos	18.26		
	Administrativo	20.60		
<b>Burnout Síndrome Realización Profesional</b>	Operativo	2.28	6.903	.000
	Enfermería	1.96		
	Médicos	1.68		
	Administrativo	2.20		
<b>Burnout Consecuentes Físicos</b>	Operativo	1.97	2.797	.041
	Enfermería	2.04		
	Médicos	2.26		
	Administrativo	1.69		

En lo que respecta a la situación laboral, en la tabla 17 se pueden observar las diferencias significativas con los factores de Burnout Consecuentes ( $\sigma=.007$ ) y Consecuentes Sociales ( $\sigma=.001$ ), esto se refiere a los trabajadores que se encuentran en la categoría de confianza presentan mayores consecuencias de Burnout.

Tabla 17  
Análisis de Varianza para la variable situación laboral

		Media	F	Sig.
<b>Burnout Consecuentes</b>	Base	5.31	5.038	.007
	Confianza	7.23		
	Otro	5.18		
<b>Burnout Consecuentes Sociales</b>	Base	1.57	7.656	.001
	Confianza	2.64		
	Otro	1.59		

La tabla 18 muestra las diferencias estadísticamente significativas de la variable turno con los factores de Burnout:

- Consecuentes del Burnout ( $\sigma=.001$ ).
- Consecuentes Físicos ( $\sigma=.001$ ).
- Consecuentes Psicológicos ( $\sigma=.000$ ).
- Burnout Síndrome Cansancio Emocional ( $\sigma=.002$ ).
- Síndrome Realización Profesional ( $\sigma=.033$ ).

Tabla 18  
Análisis de Varianza para la variable sociodemográfica turno

		<b>Media</b>	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
<b>Burnout Consecuentes</b>	Matutino	5.50	4.774	.001
	Vespertino	4.84		
	Nocturno	4.75		
	Mixto	7.10		
	Fines de semana	5.33		
<b>Burnout Consecuentes Físicos</b>	Matutino	2.01	4.959	.001
	Vespertino	1.80		
	Nocturno	1.79		
	Mixto	2.80		
	Fines de semana	2.60		
<b>Burnout Consecuentes Psicológicos</b>	Matutino	1.85	5.741	.000
	Vespertino	1.44		
	Nocturno	1.33		
	Mixto	2.20		
	Fines de semana	1.25		
<b>Burnout Síndrome Cansancio Emocional</b>	Matutino	1.77	4.475	.002
	Vespertino	1.56		
	Nocturno	1.55		
	Mixto	2.20		
	Fines de semana	1.52		
<b>Burnout Síndrome Realización Profesional</b>	Matutino	2.09	2.662	.033
	Vespertino	1.94		
	Nocturno	1.73		
	Mixto	1.78		
	Fines de semana	1.55		

En la tabla 19 se observan las diferencias del factor Burnout Antecedentes ( $\sigma=.004$ ) y Burnout Antecedentes Organización ( $\sigma=.002$ ) se presentan diferencias significativas con la variable personal a cargo, esto indica que los trabajadores sin personal a cargo tienen más posibilidades de padecer Desgaste Laboral. Por otro lado, con  $\sigma=.007$  los participantes que no tienen personal a cargo poseen baja Realización Profesional en el trabajo.

Tabla 19  
Análisis de Varianza para la variable personal a cargo

		Media	F	Sig.
<b>Burnout Antecedentes</b>	Si	17.72	8.671	.004
	No	17.86		
<b>Burnout Antecedentes Organización</b>	Si	2.15	9.458	.002
	No	2.14		
<b>Burnout Síndrome Realización Profesional</b>	Si	1.97	7.356	.007
	No	1.90		

Respecto al salario en la tabla 20, se muestra diferencia significancia con el factor Burnout Antecedente ( $\sigma=.043$ ); por consiguiente, el trabajador que tiene menor salario estará predispuesto al Desgaste Laboral. Además de tener baja Realización Profesional ( $\sigma=.012$ ). También se presentó una diferencia con el factor Burnout Consecuencias Psicológicas ( $\sigma=.046$ ).

Tabla 20  
Análisis de Varianza para la variable sociodemográfica salario

	F	Sig.
<b>Burnout Antecedentes</b>	2.113	.043
<b>Burnout Síndrome Realización Profesional</b>	2.645	.012
<b>Burnout Consecuentes Psicológicos</b>	2.087	.046

En la tabla 21, el factor Burnout Consecuente Social tienen una diferencia estadísticamente significativa con la variable de otro trabajo ( $\sigma=.008$ ); de manera que los trabajadores que tienen otro empleo se ven afectados socialmente, originando fricciones importantes en la familia, amigos y estilos de vida.

Tabla 21  
Análisis de Varianza para la variable sociodemográfica otro trabajo

		<b>Media</b>	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
<b>Burnout Consecuentes Sociales</b>	Si	1.92	7.142	.008
	No	1.53		

Para la variable cambio de trabajo, presentado en la tabla 22; se aprecian diferencias significativas con los factores:

- Burnout antecedentes ( $\sigma=.000$ ).
- Antecedentes Característica de la Tarea ( $\sigma=.000$ ).
- Antecedentes Organización ( $\sigma=.000$ ).
- Antecedentes Tedio ( $\sigma=.007$ ).

Esto señala que los trabajadores que sí quieren cambiar de empleo en comparación con las personas que no lo desean padecen más antecedentes de Burnout. También existen diferencias con el factor Burnout Síndrome ( $\sigma=.042$ ), Síndrome Realización Profesional ( $\sigma=.012$ ), indicando que los participantes que tienen pensado cambiar de empleo presentan mayor Síndrome de Desgaste laboral.

En la misma tabla se observan las diferencias que tiene la variable cambio de trabajo con el MEDSERV:

- Capacidad de Respuesta ( $\sigma=.009$ ).
- Seguridad ( $\sigma=.003$ ).
- Empatía ( $\sigma=.048$ ).

De manera que los participantes que piensan cambiar de empleo expresan menor Calidad en la realización de su tarea.

Tabla 22  
Análisis de Varianza para la variable cambio de trabajo

		<b>Media</b>	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
<b>Burnout Antecedentes</b>	Si	25.36	29.376	.000
	No	17.40		
<b>Burnout Antecedentes Características de la Tarea</b>	Si	2.88	20.389	.000
	No	1.89		
<b>Burnout Antecedentes Organización</b>	Si	3.18	21.705	.000
	No	2.09		

<b>Burnout Antecedentes Tedio</b>	Si	2.39	7.295	.007
	No	1.82		
<b>Burnout Síndrome</b>	Si	22.36	4.188	.042
	No	19.25		
<b>Burnout Síndrome Realización Profesional</b>	Si	2.54	6.397	.012
	No	1.93		
<b>Calidad Capacidad de Respuesta</b>	Si	22.36	6.973	.009
	No	26.28		
<b>Calidad Seguridad</b>	Si	36.73	9.210	.003
	No	43.75		
<b>Calidad Empatía</b>	Si	37.36	3.944	.048
	No	2.09		

En cuanto al apoyo que recibe el trabajador, en la tabla 23 se observan las diferencias significativas con los factores de Burnout:

- Antecedentes ( $\sigma=.000$ ).
- Antecedentes Característica de la Tarea ( $\sigma=.000$ ).
- Antecedentes Organización ( $\sigma=.000$ ).
- Antecedentes Tedio ( $\sigma=.000$ ).
- Burnout Síndrome ( $\sigma=.004$ ).
- Síndrome Cansancio Emocional ( $\sigma=.024$ ).
- Realización Profesional ( $\sigma=.002$ ).
- Burnout Consecuentes ( $\sigma=.021$ ).
- Consecuentes Psicológicos ( $\sigma=.002$ ).

Por tanto, las personas que “a veces” reciben apoyo llegan a presentar mayor Burnout, en comparación de las que siempre reciben apoyo. Del mismo modo, se presentaron diferencias significativas con el factor de Calidad Capacidad de Respuesta ( $\sigma=.042$ ), dónde los trabajadores que regularmente y siempre reciben apoyo muestran mayor disposición, voluntad para ayudar a los usuarios y proporcionar un servicio rápido.

Tabla 23  
Análisis de Varianza para la variable apoyo recibido

		<b>Media</b>	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
<b>Burnout Antecedentes</b>	Nunca	21.18	16.325	.000
	A veces	20.14		
	Regular	18.07		
	Siempre	15.47		

<b>Burnout Antecedentes Características de la Tarea</b>	Nunca	2.36	8.927	.000
	A veces	2.18		
	Regular	1.94		
	Siempre	1.66		
<b>Burnout Antecedentes Organización</b>	Nunca	2.60	10.875	.000
	A veces	2.47		
	Regular	2.16		
	Siempre	1.86		
<b>Burnout Antecedentes Tedio</b>	Nunca	2.09	6.490	.000
	A veces	2.05		
	Regular	1.91		
	Siempre	1.62		
<b>Burnout Síndrome</b>	Nunca	19.60	4.473	.004
	A veces	20.65		
	Regular	20.07		
	Siempre	18.04		
<b>Burnout Síndrome Cansancio Emocional</b>	Nunca	1.51	3.211	.024
	A veces	1.85		
	Regular	1.81		
	Siempre	1.57		
<b>Burnout Síndrome Realización Profesional</b>	Nunca	2.46	5.076	.002
	A veces	2.18		
	Regular	1.93		
	Siempre	1.78		
<b>Burnout Consecuentes</b>	Nunca	6.30	3.285	.021
	A veces	5.70		
	Regular	5.68		
	Siempre	4.87		
<b>Burnout Consecuentes Psicológicos</b>	Nunca	2	5.016	.002
	A veces	1.82		
	Regular	1.90		
	Siempre	1.42		
<b>Calidad Capacidad de Respuesta</b>	Nunca	23.64	2.768	.042
	A veces	25.12		
	Regular	26.49		
	Siempre	26.79		

En la tabla 24 se presentan las diferencias obtenidas de los participantes que consideran que en general hay apoyo entre compañeros de la misma área de trabajo, con los factores:

- Burnout Antecedentes ( $\sigma=.000$ ).
- Burnout Síndrome ( $\sigma=.005$ ).
- Síndrome Cansancio Emocional ( $\sigma=.023$ ).
- Burnout Consecuentes ( $\sigma=.047$ ).
- Burnout Consecuentes Psicológicos ( $\sigma=.019$ ).

Por consiguiente, los que nunca y a veces consideran que hay apoyo, tienen mayor probabilidad de padecer Desgaste Laboral. Además, existen diferencias significativas con los factores de Calidad:

- Capacidad de Respuesta ( $\sigma=.000$ ).
- Calidad Seguridad ( $\sigma=.008$ ).
- Calidad Empatía ( $\sigma=.001$ ).

Indicando que las personas que consideran que regularmente y siempre hay apoyo entre compañeros están menos propensos a tener Burnout.

Tabla 24  
Análisis de Varianza para la variable apoyo general

		Media	F	Sig.
<b>Burnout Antecedentes</b>	Nunca	24.83	18.802	.000
	A veces	20.05		
	Regular	17.88		
	Siempre	15.58		
<b>Burnout Antecedentes Características de la Tarea</b>	Nunca	2.89	8.489	.000
	A veces	2.12		
	Regular	1.90		
	Siempre	1.71		
<b>Burnout Antecedentes Organización</b>	Nunca	3	15.445	.000
	A veces	2.49		
	Regular	2.17		
	Siempre	1.82		
<b>Burnout Antecedentes Tedio</b>	Nunca	2.38	6.868	.000
	A veces	2.05		
	Regular	1.87		
	Siempre	1.64		
<b>Burnout Síndrome</b>	Nunca	23.20	4.418	.005
	A veces	20.21		
	Regular	20.14		
	Siempre	18.14		
<b>Burnout Síndrome Cansancio Emocional</b>	Nunca	1.78	3.245	.023
	A veces	1.80		
	Regular	1.85		
	Siempre	1.56		
<b>Burnout Consecuentes</b>	Nunca	4.80	2.695	.047
	A veces	5.83		
	Regular	5.60		
	Siempre	4.94		
<b>Burnout Consecuentes Psicológicos</b>	Nunca	1.67	3.367	.019
	A veces	1.92		
	Regular	1.76		
	Siempre	1.48		
<b>Calidad Capacidad de Respuesta</b>	Nunca	19.50	8.209	.000
	A veces	25.05		
	Regular	25.79		
	Siempre	27.46		
<b>Calidad Seguridad</b>	Nunca	36	4.056	.008
	A veces	42.04		
	Regular	43.50		
	Siempre	44.85		
<b>Calidad Empatía</b>	Nunca	36.83	5.436	.001
	A veces	40.72		
	Regular	40.02		
	Siempre	43.87		

Para el Cuestionario Breve de Burnout, se analizaron los factores; obteniendo las medias para cada factor y subfactor:

Tabla 25  
Medias poblacionales por factor y subfactor de Burnout

<b>Factores</b>	<b>Subfactores</b>	<b>Media de los subfactores</b>	<b>Media del factor</b>
<b>Antecedentes</b>	Características de la tarea	1.91	<b>17.74</b>
	Organización	2.14	
	Tedio	1.84	
<b>Síndrome</b>	Cansancio emocional	1.71	<b>19.38</b>
	Despersonalización	2.79	
	Realización Personal	1.96	
<b>Consecuentes</b>	Físicos	2.03	<b>5.38</b>
	Sociales	1.64	
	Psicológicos	1.69	

La media del factor antecedentes es de 17.74, para el factor síndrome es de 19.38 y para el consecuente 5.38. Comparando los resultados con la tabla 26; se puede decir que la población en general presenta bajo Desgaste Laboral.

Tabla 26  
Criterios de diagnóstico del Burnout para cada factor son los siguientes:

<b>Proceso de Burnout:</b>	<b><u>Bajo</u></b>	<b><u>Medio</u></b>	<b><u>Alto</u></b>
<b>ANTECEDENTES</b>	9-19	>19-29	>29
<b>SÍNDROME</b>	9-19	>19-25	>25
<b>CONSECUENTES</b>	3- 6	>6 – 8	>8

\*Para efectos poblacionales e individuales, se considera que está afectada por Burnout a partir de una puntuación igual o superior a 25 en el factor Síndrome.

## 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Dado que las Organizaciones constituyen instituciones eminentemente de carácter social, presentan múltiples formas de comunidades, interacciones de sus integrantes y de sus elementos; por tanto son un medio creado y sostenido por el ser humano para sus propios fines. Estos se construyen para atender y satisfacer necesidades individuales, grupales, organizacionales y sociales; así mismo se constituye en espacios de socialización donde las personas desarrollan sus capacidades creativas. Sin embargo, una de las mayores preocupaciones de las instituciones de servicio es brindarlo con Calidad.

Como mencionaba Verheggen (1993, p. 318), la Calidad en la atención de salud involucra múltiples dimensiones, incluyendo efectividad, eficiencia y satisfacción, así como algunas condiciones específicas y propias de su ámbito, es referida a estándares, debe ser de costo alcanzable y capaz de producir un impacto demostrable. La Calidad de la atención es definida como un equilibrio entre la experiencia y las expectativas de los usuarios.

Sin embargo, se puede identificar que los problemas que afectan a la Calidad de los Servicios son múltiples y aparecen en los diferentes niveles de responsabilidad: se presentan desde la insuficiente disponibilidad de recursos, adquisición de equipo, instrumental o material de consumo para la prestación de los servicios; hasta una Organización deficiente de los servicios y un proceso de atención llevado a cabo de forma incorrecta. Estas características o problemas, se relacionan con el Desgaste Laboral, ya que, se manifiesta con mayor frecuencia cuando se localiza en el campo de los servicios humanos, como es el caso de los hospitales gubernamentales; debido a que es un medio accesible y el más utilizado por la población.

En ese sentido, es interesante observar, analizar e intervenir en los fenómenos psicosociales que se producen en dichas Organizaciones, en su proceso de desarrollo, tanto en momentos de decaimiento, como en momentos progresivos; pues como lo menciona Peirón (1993), “los fenómenos psicosociales se muestran y se comprenden de una forma mucho más rica y genuina en los procesos de cambio y transformación”.

Por esta razón, las Organizaciones dedicadas al servicio tienen que desarrollar la habilidad de entender que sus clientes poseen necesidades y gustos permanentemente cambiantes, que cada día exigen un buen servicio, que deben atenderse con prontitud y capacidad innovadora, comenzando por ejemplo, dialogando con los usuarios. Ya que, en caso contrario, si el usuario tiene la oportunidad, ya no volverá a solicitar el servicio; sin embargo la mayoría de la población acude a un hospital público porque tiene la necesidad de adquirir los servicios aunque sean de mala calidad, esta situación va generando malestar e inconformidad, lo cual tiene una repercusión importante dentro de la sociedad.

Debido a que ya sabemos este tipo de problemáticas en el sector salud, tuvimos como objetivo de la investigación el comprobar si existe alguna relación entre el Desgaste Laboral y la Percepción de la Calidad en el Servicio ofrecido por los hospitales gubernamentales, los resultados muestran que sí se hallaron relaciones significativas (.001) en relación a cada uno de los factores de Burnout y la Percepción de Calidad en el Servicio (MEDSERV) del Hospital General de México y Hospital Gregorio Salas Flores. Lo que nos indica que cuando existe Desgaste Laboral en los trabajadores tendrán una menor Percepción de la Calidad en el Servicio que se brinda.

Lo anterior se relaciona con la literatura revisada (Doucet, 2004), pues considera que la actitud de servicio, es la disposición de quienes atienden a los usuarios para escuchar y resolver sus problemas o emergencias de la manera conveniente. Por esta razón, un comportamiento hostil en la interacción interpersonal con el cliente es perjudicial para su Percepción en la Calidad del Servicio.

Por ello, las condiciones de trabajo tienen una influencia significativa sobre la calidad de vida laboral y sobre la Calidad del Servicio que ofrecen las Organizaciones; en este caso, en el sistema hospitalario se presentan consecuencias como, la tasa de accidentabilidad, la morbilidad y el ausentismo. De igual manera, las actitudes que desarrollan los profesionales hacia los usuarios de la Organización y el servicio que ofrecen están asociadas a los riesgos laborales de su entorno, siendo de especial relevancia en el sector hospitalario los riesgos laborales de origen psicosocial debido a que los profesionales trabajan en continua interacción con personas.

Cuando la actividad laboral no satisface sus objetivos, el profesional se agota física y mentalmente, pierde la ilusión, la motivación y corre el riesgo de caer en la apatía y en el

desinterés; facilitando la aparición de altos niveles de tensión (Gil-Monte, 2007), reduciendo así su rendimiento laboral.

Las consecuencias del Desgaste Laboral, se derivan de sus componentes actitudinales y especialmente de las actitudes de despersonalización. La disminución de la satisfacción y motivación laboral, junto con el deterioro del rendimiento de los profesionales en el trabajo, especialmente en lo que a Calidad se refiere, así como el incremento de la frustración va a condicionar el desarrollo de actitudes de desinterés. No solamente se adoptan actitudes rutinarias en la prestación del servicio, sino que se presta menos atención a las necesidades humanas del receptor.

Maslach en 1986 señala que el contacto con los usuarios es una variable que contribuye al Desgaste Laboral y por ello no es sorprendente que éste lleve una serie de conductas que amplían un distanciamiento con los pacientes. Los profesionales del hospital suelen evitar ciertas tareas bajo la excusa de que no son los únicos para realizarlas y emplean menos tiempo con los usuarios (Gil-Monte y Peiró 1997).

En ocasiones, médicos y enfermeras llegan a desconectarse psicológicamente de forma que, aunque el destinatario del servicio se encuentre presente físicamente, actúan como si no lo estuviera, evitan el contacto visual y físico, en ocasiones las preguntas son respondidas con gruñidos, y se entretienen en otras tareas, evadiendo al usuario. El profesional intenta constantemente abandonar el lugar de trabajo, alargando el tiempo del desayuno o adelantando una hora de salida.

En este contexto, se suman ciertas variables que aumentan la aparición del Desgaste Laboral, afectando la Percepción de la Calidad en el Servicio. Considerando la rotación del turno laboral y el horario, pueden causar, la presencia del Desgaste Laboral (Gil-Monte y Peiró 1997). En esta investigación los resultados señalan que los trabajadores del turno mixto presentan mayores consecuencias de Desgaste Laboral, manifestando mayor fatiga física, psíquica o una combinación de ambos, debido a que no cuentan con un horario fijo, provocando alteraciones de los ritmos cardíacos, del ciclo sueño-vigilia, así como un desajuste de la vida social del trabajador.

Firth, McKeown y Britton (Moreno y cols., 2003) disponen que el Desgaste Laboral se caracteriza por actitudes negativas hacia los sujetos que constituyen el objeto de su trabajo y hacia el propio trabajo, ausentismo, uso de alcohol y otras drogas, pesimismo,

apatía, escasa o nula motivación laboral, baja implicación laboral, irritabilidad hacia las personas destinatarias del trabajo, preocupación excesiva por el confort y el bienestar laboral, tendencia a racionalizar los fracasos culpando a los usuarios o al sistema, resistencia al cambio y baja creatividad.

Sobre las relaciones entre las variables sociodemográficas y el Desgaste Laboral se puede decir que se encontraron significativas la edad y antigüedad. Como mencionaba Buendía (2001, p. 43), los profesionales más jóvenes tienden a experimentar mayores cantidades de Desgaste Profesional, en cambio si la profesión se ha ejercido durante mucho tiempo, es menos probable la experiencia del Desgaste Laboral. Esta relación coincide con los resultados obtenidos ya que se encontró una relación negativa entre la edad y el Desgaste Laboral; este es un dato muy importante, ya que se les da menor importancia a los profesionales que apenas comienzan su carrera laboral, por ser jóvenes y aparentemente saludables.

A esto se le suma el factor de antigüedad, pues es uno de los factores que se relaciona negativamente con el Desgaste Laboral, ya que mientras el trabajador tenga mayor experiencia laboral, estará menos expuesto al Desgaste Laboral. Relación que encontraron en 1991 los autores Naisberg y Fenning (citado en García 2006, p.38) quienes indicaron que los sujetos que padecían mayor Burnout acabarían por abandonar la profesión, por lo que los trabajadores más antiguos serían los que menos nivel de Burnout presentarían.

Como lo señala Cooper, Dewe y O' Driscoll, (2001; Topa y cols., 2006, p.119) el Desgaste Laboral puede considerarse la etapa final de quiebra de la adaptación, resultante de un desequilibrio prolongado entre las demandas del medio y los recursos de la persona, que trae consecuencias perjudiciales para el trabajador.

Asimismo se obtuvo una relación negativa con el número de trabajos que ha tenido el personal; es decir, que entre más empleos haya tenido, habrá menores consecuentes de Burnout. Ya que la persona adquirirá la experiencia de los trabajos anteriores, llegando con más conocimientos y habilidades (sociales, interpersonales, técnicas, entre otras) que le permitirán desenvolverse mejor en el nuevo ámbito Organizacional.

A pesar de que la población más grande es del género femenino, observamos que en Burnout Antecedentes: Tedio, la población más propensa es del género masculino y de igual forma, se ve afectado por la variable de Burnout Síndrome: Despersonalización. Esto nos indica, que aunque no sea en alto grado, están propensos a sufrir Desgaste Laboral, dado que tienen características de monotonía y comienzan a afectar a los usuarios, pues les está dejando de importar el contacto con ellos y una de las consecuencias es que, estos pacientes sufrirán más su padecimiento.

De acuerdo a estos resultados coincidimos con la literatura revisada, debido a que Maslach y Jackson (Buendía y cols., 2001) encontraron que los varones puntúan alto en Despersonalización, mostrando actitudes más negativas hacia los clientes que las mujeres. Respecto al salario ha sido uno de los factores involucrados, ya que la falta de recompensa, tanto económica como social, en un trabajo bien realizado predice la aparición del Desgaste Laboral. Para que brinden un buen servicio, se considera que un trabajador motivado es un trabajador bien considerado y bien retribuido; por consiguiente, el trabajador que tiene menor salario estará predispuesto al Desgaste Laboral.

En investigaciones, como las de Palmer y cols., se encontraron que la escolaridad no influye con el Desgaste Laboral; sin embargo, en esta investigación se obtuvieron diferencias con los factores de Antecedentes de Burnout y Síndrome, indicando que los participantes que cuentan con el nivel de secundaria tienden a presentar mayor Desgaste Laboral. En cuanto al factor Antecedentes Características de la Tarea y Organización, los trabajadores con posgrado están menos propensos a sentir que las tareas realizadas no son motivantes.

El puesto es un factor desencadenante en la presencia del Desgaste Laboral, ya que el ambiente físico del trabajo y las actividades a realizar pueden afectar a la persona. En la presente investigación encontramos que los sujetos que laboran en el nivel operativo y enfermería, tienen más probabilidades de sufrir Desgaste Laboral, dado que sus antecedentes, aunque no son muy elevados, son susceptibles de generar el Desgaste Laboral; debido a que tienen el primer contacto con los usuarios, tratan a enfermos graves o terminales, y tienen factores que no están bajo su control.

El aspecto más interesante de este problema y al que se le otorga especial importancia, es al papel que juega el Desgaste Laboral en las relaciones interpersonales (Topa y Fernández, 2006). Dado que la percepción de apoyo social, ya sea de la familia o de los compañeros de trabajo, es fundamental para el individuo. A través del apoyo social en el trabajo, las personas obtienen nueva información, adquieren nuevas habilidades o mejoran las que ya poseen, obtienen refuerzo social y retroinformación sobre la ejecución de las tareas; como ganancia secundaria, consiguen apoyo emocional. Por tanto, los participantes que mencionaron que “a veces” reciben apoyo de sus compañeros llegan a presentar mayor Desgaste Laboral, ya que aprenden a creer que no tiene ningún control sobre la situación en la que se encuentran y que cualquier cosa que hagan es inútil; en cambio los que “siempre” reciben apoyo se sienten motivadas por la ayuda o retroalimentación dada por sus compañeros, por consiguiente tendrán menor Desgaste Laboral.

Como propone Gil-Monte (1997) el apoyo social es un factor muy importante para prevenir o tratar el Desgaste Laboral, ya que, se ha demostrado que disminuye el impacto de los estresores crónicos relacionados con el trabajo, aumenta los niveles de realización personal, disminuye el cansancio emocional y las actitudes y conductas negativas hacia otros.

Por ejemplo, en las instituciones de servicios de salud se proporciona ayuda a los pacientes y familiares. En este caso, si la persona que brinda el servicio no acierta en dar una respuesta satisfactoria, o no son las esperadas por el usuario, se genera una situación de frustración, tanto para el cliente y su familia, como para el profesional, generando una mala imagen para la institución. Es así como el personal de salud que está continuamente bajo estas circunstancias y que no recibe apoyo de sus compañeros médicos, enfermeros o administrativos, va acumulando decepción y con el tiempo se va transformando en una sensación de fracaso y rechazo hacia su profesión.

Además, se incrementan los sentimientos de agotamiento emocional, hasta el punto de sentir que ya no puede más; en el caso de un médico, ya no quiere atender a más pacientes y llega a desarrollar sentimientos de desesperanza, piensa que ya no es capaz de ofrecer nada de sí mismo, ni al usuario, compañeros y familia. Ello implica un bajo autoconcepto, insatisfacción e incompetencia.

Posteriormente, hemos visto que algunos trabajadores del hospital, como enfermeras, administrativos o médicos con Desgaste Laboral, desarrollan actitudes frías y sentimientos negativos ante los propios usuarios, apareciendo actitudes distantes, insensibles y negativas hacia el cliente; a los que incluso se puede llegar a tratar de forma deshumanizada, en este trato no hay contacto visual, llegando a convertir a la persona en simple objeto, exteriorizando una actitud de cinismo.

Por consiguiente, la ausencia de habilidades sociales ocasionará en el trabajador un servicio deficiente; el usuario mostrará insatisfacción con el trato recibido, el cual afectará negativamente al profesional, debido a que el cliente dudará no solo de su competencia social, sino también de la técnica. Estos son algunos de los factores humanos que como sociedad nos afecta en la Calidad de la atención médica.

Hasta cierto punto, las personas necesitan tanto información proveniente de sus compañeros de trabajo o familia, así como motivación intrínseca; ambas han de actuar en conjunto para dar estructura y dirección a la conducta. A través de este proceso, los puntos de vista individuales se coordinan y se transforman en creencias, valores, normas y comportamientos compartidos. En este sentido dice Haslam que aquello que en principio era solamente en opinión personal se transforma un hecho social (Haslam, 2004; Topa y Fernández, 2006, p. 117).

Maslach (en Gil Monte y Peiró, 1997) señala que las consecuencias e implicaciones del Desgaste Laboral no terminan cuando la persona deja el trabajo, por el contrario afectan a su vida privada; por dichas razones, es un problema social que tiene que ver con las relaciones de las personas, tanto en el trabajo como con sus amigos y familia, ya que requiere de un importante grado de implicación personal con la tarea y con los usuarios.

Como podemos apreciar, el Desgaste Laboral puede ser causa no solo de un deterioro de la Calidad de los Servicios que se ofrecen al impactar sobre el ausentismo, el desinterés, los malos tratos o los ambientes laborales decadentes; sino que se traduce en una repercusión en cada uno de los aspectos individuales y sociales en el que el individuo se ve inmerso, generando que el problema se multiplique, lo mismo que sus consecuencias.

Por consiguiente, esta temática ha despertado interés en la población en general ya que parece que se trata de una problemática que afecta a mucha gente y que añade unos costes personales, sociales y económicos elevados. Investigadores como María Eloísa Dickinson (Huerta, 2011), consideran que el Desgaste Laboral está asociado a una problemática social, que se presenta aparentemente con mayor frecuencia, en los servicios de salud pública. Ya que estos se deterioran cada vez más y los médicos, finalmente, son quienes deben enfrentar los males del paciente. Pero al mismo tiempo las instituciones donde laboran no cuentan con recursos suficientes; esto lo podemos corroborar con los comentarios que los trabajadores de los hospitales expresaban cuando realizábamos las prácticas profesionales, dado que mencionaban la falta de camillas, silla de ruedas o material quirúrgico. De aquí la presencia creciente del Desgaste Laboral entre el personal de salud. En este sentido Cherniss (1980; Ortega, 2004, p. 138) describió el interés de este concepto basándose en cuatro razones: afecta a la moral y el bienestar psicológico del personal implicado, afecta a la calidad de los cuidados y tratamiento que reciben los pacientes, tiene una fuerte influencia en las funciones administrativas y es necesario prevenir a nivel comunitario en programas de servicios.

Para concluir, nuestros datos la investigación realizada confirma que el Desgaste Laboral es una variable que se relaciona de manera importante con la Percepción de la Calidad en el Servicio que el trabajador del hospital brinda. En este caso se observa que conforme aumenta el Desgaste Laboral, la Calidad en el Servicio disminuye. Este aumento se da por diferentes factores, aspectos que se encuentran fuera del control directo de los trabajadores, como mencionamos anteriormente: el exceso de actividades, salario, déficit de apoyos en el trabajo, cambio de empleo, entre otros; que en un momento determinado afectan la Percepción de la Calidad en el Servicio, generando molestias e inconformidad para los usuarios.

Hay que tener presente que todo esto no se produce de un día para otro. Se genera mediante una serie de etapas que no se previnieron; situaciones que facilitan llegar al Desgaste Laboral, que influyan en la persona, como la naturaleza del trabajo que realizan, el tipo de institución en la que laboran, los recursos disponibles para realizar el trabajo con Calidad, los vínculos entre la gente y la personalidad de cada uno. Para tener la oportunidad de tratarlo, lo principal es detectarlo de manera temprana.

Evaluar oportunamente a los prestadores del servicio de salud, puede constituir un elemento valioso en la toma de decisiones, con el fin de determinar qué aspectos se podrían modificar en la Organización hospitalaria y qué factores fortalecer. Finalmente, conocer que los Hospitales Gubernamentales tienen Desgaste Laboral, ayudará a que su diagnóstico, prevención y medición, adquieran sentido en la medida que, los directivos de las instituciones lo utilicen para establecer estrategias de intervención para que esta enfermedad aparezca lo menos posible en sus trabajadores; al mismo tiempo, si se toma esto en cuenta se estaría mejorando la Calidad del Servicio, ya que los resultados nos indican que el Desgaste Laboral afecta directamente a la Calidad brindada, saliendo perjudicadas, tanto las instituciones como los usuarios.

### **LIMITACIONES Y SUGERENCIAS**

Unas de las limitaciones de esta investigación es no poder aplicar los cuestionarios a todas las áreas de especialidades que conforman los hospitales.

Así mismo, encontramos poca colaboración de las personas, debido a las actividades que desempeñaban a lo largo de su jornada laboral.

Otra de las limitaciones, fue la dificultad del horario laboral, ya que no se contó con la mayoría de la población de los turnos vespertino, nocturno y de fines de semana.

En cuanto a las sugerencias se tienen las siguientes:

Para prevenir el problema se recomienda implementar estrategias; a nivel individual, organizacional, y a un nivel gubernamental. Como es muy difícil cambiar los ambientes laborales, lo que se puede hacer es que la persona desarrolle todas sus capacidades y habilidades para enfrentar saludablemente el estrés crónico; para que los efectos no dañen a sus integrantes, también es importante que el Estado comience a tomar medidas necesarias para mantener el bienestar de la población y así evitar la aparición del Desgaste Laboral.

Para futuras investigaciones sobre el tema se sugiere realizar la aplicación de los instrumentos en instituciones de servicios del sector privado y público, donde se consideren, tanto a las personas que brindan el servicio, como a los usuarios.

## 7. REFERENCIAS

- Aguirre, A. (2004). *La cultura de las organizaciones*. Madrid: Ariel.
- Aguirre, H. (1990). Evaluación de la calidad de la atención Médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. *Salud Pública de México*, marzo-abril, 32 (2).
- Aguirre, H. (1997). Administración de la calidad de la atención Médica. *Revista Médica IMSS*, 35 (4), 257-264.
- Aguirre, H. (2007). Evaluación de la calidad de la atención médica. ¿Una tarea para médicos? *Cirugía y Cirujanos*, mayo-junio, 75 (003), 149-150.
- Apiquian, A. (2007). *El Síndrome del Burnout en las empresas*. México: Universidad Anáhuac.
- Aranda, C., Pando, M., Pérez, M. (2004). Apoyo Social y Síndrome de Quemarse en el Trabajo o Burnout: Una Revisión. *Psicología y Salud*, enero-junio, 14 (1), 78-87.
- Atance, J. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública*, 71 (3) May-Jun 1997, 293-303.
- Barranco, C. (2002). Calidad del servicio: estudio realizado en CAMPs de Tenerife. *Intervención Psicosocial*, 11 (3), 371-382.
- Boada, J. (2004). El burnout y las manifestaciones psicosomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación. *Universitat Rovira i Virgili*.
- Borritz, M. (2006). Burnout among employees in human service work: design and baseline findings of the PUMA study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34, 49-58.
- Botero, M. (2006). Calidad en el Servicio. El cliente incógnito. *Suma Psicológica*, 13(2), 217-228.
- Buendía, J., Ramos, F. (2001). *Empleo, Estrés y Salud*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Caballero, C., Hederich, C., Palacio, J. (2010). El burnout académico: delimitación del síndrome y factores asociados con su aparición. *Revista latinoamericana de Psicología*, 42 (1), 131-146.
- Castillo, S. (2001). El síndrome de "Burnout" o síndrome de agotamiento profesional. *Med. Leg. Costa Rica*, 17 (2), Marzo 2001, 11-14.
- Chávez, J. (2010). *Desarrollo y validación del instrumento de medición de la calidad en el servicio (MEDSERV) en una muestra de trabajadores y usuarios mexicanos de servicio médicos*. Tesis de licenciatura inédita. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, D.F. México.

- Cherniss, C. (1980) *Profesional burnout in human service organizations*. Nueva York: Preager
- Chiavenato, I. (1993). *Administración de Recursos Humanos*. México: Mc Graw-Hill.
- Colunga, C. (1995). *La calidad en el servicio*. México: Panorama Editorial.
- Corella, J. (1996). *La gestión de servicios de salud*. Madrid: Díaz de Santos.
- Coe, R. (1973). *Sociología de la Medicina*. Madrid: McGraw Hill.
- Daft, R. (2005). *Teoría y Diseño Organizacional*. México: Thomson.
- De la Fuente, J. (1996). *La educación médica y la salud en México*. México: Siglo XXI editores.
- De la Garza, M. (2003). *Salud y Sociedad*. México: Méndez Editores.
- Edwards, D., Burnard, P. (2000). Stress and burnout in community mental health nursing: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7: 7-14.
- Evans, J. (2000). *Administración y Control de Calidad*. México: Trillas.
- Fajardo, G. (1980). Breve historia de los hospitales de la Ciudad de México. México: Asociación Mexicana de Hospitales.
- Fajardo, G. (2005). La medicina mexicana de 1901 a 2003. Fechas y legados. *Revista Mexicana de Patología Clínica*, 52(2), 118-123.
- Fernández, M. (1997). *Eficacia Organizacional: Concepto, desarrollo y evaluación*. Madrid: Díaz de Santos.
- Fernández, M. (2005). Calidad en el servicio y calidad del servicio en la gestión de la calidad total. *Santiago*, 108, pp. 633-639.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burnout. *Journal of social Issues*, 30 (1), 159-165.
- Freudenberger, H., Richelson, G. (1980). *Burn-out: The high cost of high achievement*. Norwell, MA: Anchor Press.
- Garcés de Los Fayos, E. (2004). *Burnout en deportistas: Propuesta de un sistema de evaluación e intervención integral*. Madrid: EOS.
- García, C. (2006). *Una aproximación al concepto de cultura organizacional*. Univ. Psychol. Bogotá, 5 (1), 163-174.
- García, J., Ladrón, J. (2006). *Psiquiatría Laboral*. Madrid: Edikamed.
- Garrido, M., Del Moral, G. (2009). Estudio del Burnout entre los profesionales de los Equipos de Tratamiento Familiar en la atención a las familias en riesgo psicosocial. *Apuntes de Psicología*, 27(2-3), 517-537.
- Gil-Monte, P. (2007). El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) como fenómeno transultural. N. 91-92, septiembre 2007, 4-11.

- Gil-Monte, P. y Peiró, J. (1997). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 15 (2), 261-268.
- Gil-Monte, P. y Peiró, J. (1999). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*, Vol.11, no. 3, pp. 680.
- Glen, F. (1983). *La Psicología Social de las organizaciones*. México: Editorial Continental.
- Gómez, (2009). El estrés laboral: una realidad actual. Grupo Flextronics Campus Norte de México.
- González, M. (2006). *Manejo del estrés*. Madrid: INOVA
- Grau, A., Suñer, R., García, M. (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gac Sanit.* 19 (6), 463- 470.
- Grönroos, C. (1994). *Marketing y gestión de servicios*. Madrid: Díaz de Santos.
- Gutiérrez, M. (2004). *Administración para la Calidad*. México: Limusa.
- Halbesleben, J., Buckley, R. (2006). Social comparison and Burnout: The role of relative Burnout and received social support. *Anxiety, Stress, and Coping*, 19(3), 259-278.
- Hernández, R. (1991). *Metodología de la Investigación*. Chile: McGraw Hill.
- Hernández, C. y Dickinson, M. (2006). Engagement vs Burnout. *Atención Familiar*, 13 (1): 1:2
- Hervás, F. (2007). *El hospital empresa y la sanidad asistencial. Calidad y Rentabilidad*. Madrid: Editorial Díaz de Santos.
- Hodge, B. (2001). *Teoría de la Organización: Un enfoque estratégico*. Madrid: Prentice Hall.
- Huerta, L. (2011). Estudian el Síndrome de Burnout. *El Universal*, Cultura.
- Huse, E., Bowditch, J. (1986). *El comportamiento Humano en la Organización*. México: Sistemas Técnicos de Edición.
- Ivancevich, J. (1992). *Estrés y Trabajo: Una perspectiva gerencial*. México: Trillas
- Kisnerman, N. (1990). *Salud Pública y Trabajo Social*. Buenos Aires: Editorial Hvmánitas.
- Larrea, P. (1991). Calidad de Servicio. Del Marketing a la estrategia. Recuperado el 06 de octubre del 2010 en <http://books.google.com.mx/books?id=hJVcH5nSp0C&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>, p. 85.
- Llaneza, J. (2002). *Ergonomía y Psicología Aplicada*. Madrid: Lex Nova, S.A.
- Lloréns, F. (1996). *Medición de la Calidad de Servicio: Una Aproximación a diferentes alternativas*. Madrid: Universidad de Granada.
- Loyo-Varela, M. (2009). Hospitales en México. *Cirugía y Cirujanos*, 77, pp. 497-504.

- Maqueda, J. (1995). *Marketing estratégico para empresas de servicios*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Mariño, H. (1993). *Gerencia de la Calidad total*. Colombia: Tercer Mundo Editores.
- McManus, I., Keeling, A. (2004). Stress, Burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: A twelve year longitudinal study of UK medical graduates. *BMC Medicine*, 2(29), 1-12.
- Marrau, M. (2009). El Síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout), en el marco contextualizador del estrés laboral. *Fundamentos en humanidades*. N. 1 (19).
- Martínez, E., Robles, C. (2009). Cultura Organizacional en el Sistema de Gestión de Calidad en las Dependencias de Educación Superior (DES) Valle de México. *Gestión y estrategia*, N. 36, julio/diciembre.
- Martínez, M., Sánchez, N., Escamilla, J. (1992). Calidad de la atención médica: efectos de la inasistencia del personal de salud. *Revista IMSS*, 5 (1), 37-43.
- Maslach, C., Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, vol. 2, 99-113.
- Mintzberg, H. (1983). *Diseño de organizaciones eficientes*. Buenos Aires: McGill University, "el ateneo" editorial.
- Miranda, F. (2007). *Introducción a la gestión de calidad*. Madrid: Delta Publicaciones.
- Moreno, J. B. y Cols., (1997). La evaluación del Burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. *Revista de Psicología de trabajo y las organizaciones*, Universidad Autónoma de Madrid, p. 8-9.
- Moreno, B. (2001). *Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida*. Empleo, estrés y salud. Madrid: Pirámide.
- Moreno, B. (2003). Estudios Transculturales del Burnout: Los estudios transculturales Brasil-España. *Revista Colombiana de Psicología*, No. 12, 9-18.
- Morillo, M. (2009). La calidad en el servicio y la satisfacción del usuario en instituciones financieras del municipio Libertador del estado de Mérida. *Economía*, XXXIV, 27, (enero junio).
- Moya-Albiol, L., Serrano, M. (2005). Respuesta psicofisiológica de estrés en una jornada laboral. *Psicothema*, 17(2), 205-211.
- Munguía, A. (2006). *Organizaciones formales e informales. Teoría de las organizaciones*. México: Umbral.
- Navarro, P. (1991). *Hospitales normas y procedimientos*. México: Trillas

- Olmedo, M., Santed, M., Jiménez, R., Gómez, M. (2001). El síndrome de Burnout: variables laborales, personales y psicopatológicas asociadas. *Psiquis*, 22 (3), 117-129.
- Ortega, C., 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), 137- 160.
- Palmer, Y., Gómez, A. (2005). Factores de riesgo organizacionales asociados al síndrome de burnout en médicos anesestesiólogos. *Salud Mental*, 28 (1) febrero 2005, 82-91.
- Pando, M., Aranda, C., Aldrete, M. (2006). Factores psicosociales y burnout en docentes del centro universitario de ciencias de la salud. *Investigación en salud: Artículo de investigación*. Vol. VIII (3) Diciembre.
- Papovic, S. (2009). Professional Burnout Syndrome. *Materia socio medica*, 21 (4), 213-215.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1985). A conceptual Modelo of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, p. 50.
- Peiró, J. (1997). *Desgaste físico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis
- Quiceno, J., Vinaccia, S. (2007). Burnout: "Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)". *Acta Colombiana de Psicología*, 10 (2): 117-125.
- Ramírez, A. (1995). Definición del Problema de la Calidad de la Atención Médica y su Abordaje Científico: Un Modelo Para La Realidad Mexicana. *Cad. Saúde Públ.*, 11 (3), 456-462.
- Reyes, A. (1966). *Administración de empresas teoría y práctica*. México: Editorial Limusa.
- Reyes, J. M. (2007). El síndrome de burnout en personal médico y de enfermería del hospital "Juan Ramón Gómez" de la localidad de Santa Lucia, Corrientes. *Revista de Posgrado de la vía Cátedra de Medicina*. No. 167, marzo.
- Rivero, M. (2009). Organizaciones gubernamentales para la planeación urbana en la Zona Metropolitana del Valle de México. *Espacios Públicos*, 12(26), 243-260.
- Robbins, S. (2004). *Comportamiento Organizacional*. México: Pearson Educación.
- Ruelas, B. y Zurita, G. (1993). Nuevos horizontes de la calidad de la atención a la salud. *Salud Pública de México*, Vol. 35.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3 (1), 141-157.
- Schaufeli, W. (2005). Burnout en profesores: Una perspectiva social del intercambio. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21 (1-2), 15-35.

- Secretaría de Salud del D.F. Recuperado el 29 de Octubre de 2010, en <http://www.salud.df.gob.mx/ssdf>
- Topa, G., Fernández, I. (2006). Identidad social, Burnout y satisfacción laboral: estudio empírico basado en el modelo de la categorización del yo. *Revista de Psicología Social*, 27(2), 115-126.
- Topa, G., Fernández, I., Lisbona, A. (2005). Ruptura de contrato psicológico y burnout en equipos de intervención en emergencias y catástrofes. *Ansiedad y Estrés*, 11(2-3), 265-279.
- Valenzuela, L. (2008). La calidad de servicio en el sector de salud pública: una investigación empírica. *Estudios de Administración*, 15(2), 65-94.
- Vargas, L. (2008). *Síndrome Burnout en Organizaciones Mexicanas*. Tesina de Licenciatura. Centro Universitario Indoamericano, Tlalnepantla, Estado de México.
- Vargas, M., Aldana, L. (2006). *Calidad y Servicio*. Bogotá: ECOE
- Varo, J. (1994). *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios*. Madrid: Díaz de Santos.
- Verheggen, F., Harteloh, P. (1993). La calidad de servicio en la atención a la salud: aplicación de resultados de la investigación mercadotécnica. *Salud Pública de México*, 35 (3), 316-320.
- Zeithaml, V., Berry, L., Parasuraman, A. (1993). The Nature and Determinants of Customer Expectations of Service. *Journal of the Academy of Marketing Science*. Vol. 21 (1).

# 8. ANEXOS

**1**

**INSTRUCCIONES:** A continuación se le presentan una serie de afirmaciones; conteste que tan de acuerdo o no, está usted con esta afirmación tachando la opción elegida en la hoja de respuestas; donde se presenta una escala del 1 al 5, donde 1 equivale a “nunca o nada”, 2 “raramente o poco”, 3 “algunas veces”, 4 “frecuentemente” y 5 “siempre o mucho”. Procure no rayar el cuestionario y contestar solo en la hoja de respuestas.

1.-En general, estoy harto de mi trabajo.

2.-Me siento identificado con mi trabajo.

3.-Los usuarios de mi trabajo tienen frecuentemente exigencias excesivas y comportamientos irritantes.

4.-Mi jefe me apoya en las decisiones que tomo.

5.-Mi trabajo profesional me ofrece actualmente escasos retos profesionales.

6.-Mi trabajo actual carece de interés.

7.-Cuando estoy en mi trabajo me siento de mal humor.

8.-Los compañeros nos apoyamos en el trabajo.

9.-Las relaciones personales que establezco en el trabajo son significativas para mí.

10.-Para la responsabilidad que tengo en mi trabajo, no conozco bien los resultados y el alcance del mismo.

11.-Las personas a quienes tengo que atender reconocen muy poco los esfuerzos que se hacen por ellos.

12.-Mis intereses por el desarrollo profesional son adecuadamente muy escasos.

13.-Considero que en trabajo que realizo repercute en mi salud personal (dolor de cabeza, insomnio, etc.)

14.-Mi trabajo es muy repetitivo.

15.-Estoy “quemado” (es decir cansado emocionalmente) por mi trabajo.

16.-Me gusta el ambiente y clima de mi trabajo.

17.-El trabajo está afectando mis relaciones familiares y personales.

18.-Las relaciones con los usuarios de mi trabajo procuro despersonalizarlas.

19.-El trabajo que yo hago dista de ser el que yo hubiera querido.

20.-Mi trabajo me resulta aburrido.

21.-Los problemas en mi trabajo hacen que mi rendimiento sea menor.

**2**

**INSTRUCCIONES:** En la siguiente lista de afirmaciones, usted debe indicar en la hoja de respuestas, en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas. Hay cinco respuestas posibles, donde **1** es totalmente en desacuerdo; **2** desacuerdo; **3** indiferente; **4** de acuerdo y **5** totalmente de acuerdo. Conteste todas las afirmaciones apegándose a su criterio y trate de contestar lo menos posible la opción 3.

**1.-**El servicio de los empleados es acertado.

**2.-**El personal tiene un trato grosero con los usuarios.

**3.-**Cuando el personal se compromete hacer algo para una fecha establecida, lo hace.

**4.-**Los trabajadores tienen los conocimientos necesarios para contestar las preguntas de los usuarios.

**5.-**Los servicios que presta el personal son puntuales.

**6.-**El personal tiene un servicio eficaz con los usuarios.

**7.-**Los trabajadores no están preparados para brindar el servicio.

**8.-**El personal es competente para atender correctamente al público.

**9.-**El servicio de los empleados es eficiente todo el tiempo.

**10.-**Las quejas se resuelven lentamente.

**11.-**El personal no ha sido capacitado para atender a los usuarios.

**12.-**Los empleados realizan el servicio en el tiempo establecido.

**13.-**El personal es servicial.

**14.-**El trato de los empleados es desconsiderado.

**15.-**Cuando los usuarios necesitan ayuda no encuentran personal disponible.

**16.-**Los empleados están ocupados para atender las demandas de los pacientes puntualmente

**17.-**Los empleados conocen las condiciones del servicio.

**18.-**Los empleados tienen el tiempo de escuchar las quejas de los usuarios.

**19.-**Los empleados prestan un servicio cordial.

**20.-**Los empleados están informados sobre todos los servicios que prestan.

**21.-**El personal se muestra confiado al brindar el servicio.

**22.-**El servicio de los empleados es ineficiente.

**23.-**El personal no está dispuesto a ayudar a los usuarios.

**24.-**Los trabajadores desconocen los servicios que prestan a los usuarios.

**25.-**Los empleados son desatentos con el público.

**26.-**Los empleados evaden su responsabilidad con los usuarios.

**27.-**El personal es amable.

**28.-**Los empleados tienen los conocimientos para realizar sus actividades.

**29.-**Los empleados conocen las necesidades de sus usuarios.

**30.-**El personal no está dispuesto a orientar a los usuarios.

**31.-**Los trabajadores no pueden contestar a las preguntas de los usuarios.

**32.-**El personal tiene como prioridad los problemas del usuario.

**33.-**Los empleados son hábiles para atender las expectativas del usuario.

**34.-**El servicio del personal es impuntual.

**35.-**Los empleados responden a las inquietudes de los usuarios.

**36.-**El trato del personal hacia los usuarios es cortés.

**37.-**El personal está especializado en su trabajo.

**38.-**Mi estado de ánimo en este momento es:



(1) (2) (3) (4) (5)

## HOJA DE RESPUESTAS

**1**

<b>AFIRMACIÓN</b>	En ninguna Ocasión 1	Raramente 2	Algunas veces 3	Frecuentemente 4	Siempre 5
-------------------	----------------------	-------------	-----------------	------------------	-----------

1.-					
2.-					
3.-					
4.-					
5.-					
6.-					
7.-					
8.-					
9.-					
10.-					
11.-					
12.-					
13.-					
14.-					
15.-					
16.-					
17.-					
18.-					
19.-					
20.-					
21.-					

**2**

**AFIRMACIÓN**

Totalmente desacuerdo 1	Desacuerdo 2	Indiferente 3	De acuerdo 4	Totalmente de acuerdo 5
-------------------------	--------------	---------------	--------------	-------------------------

	1	2	3	4	5
1.-					
2.-					
3.-					
4.-					
5.-					
6.-					
7.-					
8.-					
9.-					
10.-					
11.-					
12.-					
13.-					
14.-					
15.-					
16.-					
17.-					
18.-					
19.-					
20.-					
21.-					

	1	2	3	4	5
22.-					
23.-					
24.-					
25.-					
26.-					
27.-					
28.-					
29.-					
30.-					
31.-					
32.-					
33.-					
34.-					
35.-					
36.-					
37.-					
38.-	(1) 	(2) 	(3) 	(4) 	(5) 

3

**INSTRUCCIONES:** Por favor, conteste a las siguientes preguntas tachando la opción elegida o llenando el recuadro de la derecha. Los datos recabados son impersonales y se usarán únicamente con fines de investigación, por lo cual se le pide que conteste de la manera más sincera a todas las preguntas.

1. Mi edad es:	_____ Años				
2. Sexo	Masculino		Femenino		
3. Estado civil	Soltero	Casado	Divorciado	Con pareja	Unión libre
4. Número de Personas con quien vivo	No. _____				
5. Número de dependientes económicos	No. _____				
6. Escolaridad	Primaria	Secundaria	Técnico ó bachillerato	Licenciatura	Posgrado

7. Puesto	Operativo	Enfermera	Doctor	Administrativo	
8. Antigüedad en años	Años: _____				
9. Tiempo de traslado casa al trabajo	Horas: _____ Minutos: _____				
10. Departamento en el que colabora	_____				
11. Situación en la que labora	Base	Confianza		Otro _____	
12. Horario de trabajo	Matutino	Vespertino	Nocturno	Mixto	Fines de Semana
13. Número de horas que laboras al día	Horas: _____				
14. Tiempo que usas para comer	Minutos: _____				

15. ¿Aproximadamente cuántos usuarios atiendes al día?	No. _____	
16. ¿Recibes supervisión en tu trabajo?	Sí	No
17. ¿Tienes personas a tu cargo?	Sí	No
18. ¿Cuántas personas tienes a tu cargo?	No. _____	
19. ¿Aproximadamente a cuánto asciende tu salario en este trabajo?	a) De \$1,000 a \$ 3,000 b) De \$3,000 a \$5,000 c) De \$5,000 a \$7,000 d) De \$7,000 a \$ 9.000 e) De \$9,000 a \$11,000 f) De \$11,000 a \$13,000 g) De \$13,000 a \$15,000	

20. Número de trabajos que has tenido	No. _____			
21. ¿Tienes otro trabajo actualmente?	Sí		No	
22. ¿Tienes pensado actualmente en cambiar de trabajo?	Sí		No	
23. ¿Recibes cotidianamente apoyo de tus compañeros con los que laboras en tu misma área?	Nunca	A veces	Regularmente	Siempre
24. ¿Consideras que hay apoyo entre compañeros de la misma área de trabajo?	Nunca		A veces	
	Regularmente		Siempre	