



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

*EL DESGASTE LABORAL (BURNOUT), EN DIFERENTES AREAS DE TRABAJO
DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE BASE DEL HOSPITAL 1º DE OCTUBRE
DEL ISSSTE.*

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:

ELIZABETH LÓPEZ PÉREZ

DIRECTORA: MTRA. MIRIAM CAMACHO VALLADARES

REVISORA: LIC. ALEJANDRA GARCIA SAISO

JURADO

DRA. SOFIA RIVERA ARAGÓN

MTRO. SOTERO MORENO CAMACHO

MTRA. ANGELINA GUERRERO LUNA

NOVIEMBRE, 2012.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Índice

Índice.....	2
Dedicatoria.....	5
Agradecimientos.....	6
Introducción.....	7
Capítulo 1: Estrés y Estrés laboral.....	9
1.1 Estrés.....	9
1.1.1 Definición de Estrés.....	10
1.1.2 Sintomatología y Niveles de Estrés	12
1.2 Estrés Laboral.....	14
1.2.1 Definición de Estrés Laboral.....	15
Capitulo 2. Desgaste Laboral (<i>Burnout</i>)	19
2.1 Antecedentes	19
2.2 Definición de Desgaste Laboral (burnout)	20
Tabla 1. Incidencia de desgaste laboral en diferentes estudios epidemiológicos.....	25
2.2.1 Diferencias con otros conceptos.....	26
2.3 Síntomas.....	27
2.4 Causas del Desgaste Laboral	29
Tabla 2. Efecto de las condiciones de trabajo sobre el desempeño individual. (Adaptado de Bosqued, 2008)	29
2.5 Modelos explicativos del desgaste Laboral.....	34
Figura 1. Modelo teórico del Desgaste Laboral. (Tomado de Gil Monte, 2005).....	39
2.6 Repercusiones.....	40
2.7 Prevención	40
2.8 Medición del Desgaste Laboral.....	45

2.9 Estudios sobre Desgaste Laboral.....	47
2.10 Desgaste laboral en el ámbito hospitalario	48
Capítulo 3. Ambiente laboral en el Sector salud: Sector de Enfermería.	52
3.1 Surgimiento del Sector Salud en México.	52
3.2 Áreas de trabajo del Sector salud en México.	55
3.3 Características de la profesión de Enfermería.	56
4. Método	63
4.1 Planteamiento y justificación del problema.	63
4.2 Pregunta de Investigación.....	64
4.3 Objetivo.....	64
4.4 Hipótesis.....	64
4.5 Variables.....	64
4.5.1 Variables Demográficas.	65
4.5.2 Definición conceptual.	65
4.5.3 Definición operacional	66
4.6 Participantes	66
4.7 Tipo de Estudio.....	66
Estructura Teórica del C.B.B.....	67
5. Resultados.....	68
5.1 Datos Sociodemográficos.....	68
3.2 Datos Laborales.....	72
CORRELACIONES	76
Tabla 3. Correlación entre Edad y años de relación con Burnout.....	76
Tabla 4. Correlacion de Factores de Desgaste Laboral.	76
6. Discusión y Conclusiones.	80

Referencias.....	85
ANEXO 1.....	96
ANEXO 2.....	98
ANEXO 3.....	99

Dedicatoria

Este logro lo dedico a dios, por permitirme llegar a la culminación de este proyecto tan importante en mi profesión y mi vida; A mí, porque la vida me puso muchas pruebas por superar a lo largo del desarrollo de este propósito, aprendí a aferrarme a un sueño, sin importar que tan difícil fuera el camino para conseguirlo, aprendí a tomar grandes e importantes decisiones, a dejar ir cosas y personas que no me pertenecen; a ceder y aceptar que no siempre tengo la razón, que soy vulnerable y agradecer lo que tengo. Y lo más importante a crecer personal y profesionalmente.

A mi mamá Guadalupe, que desde niña me enseñó, que las cosas que deseo obtener se consiguen con preparación, lucha y trabajo diario; gracias por tus consejos, regaños, ejemplo y enorme sacrificio para que nada nos faltara. Te amo y admiro mami.

A mi hija Alondra, por ser el motor que me impulso a llegar a esta cima, con su amor, cariño y exigencia diaria para que yo, sea una mejor persona. Te amo mi niña hermosa.

A mis hermanos René, Sergio y Claudia, que han estado cerca mí, en el avance de este proyecto transmitiéndome constancia, perseverancia y exigencia. Gracias por sus observaciones y comentarios para fortalecer mi carácter. Los amo hermanitos.

A mis abuelos, Petra y Félix, Julia y Feliciano, que nos enseñaron a mis hermanos y a mí, a ser personas de bien, con su amor, sabiduría y consejo. Gracias abuelos, siempre están presentes en mi vida.

A mis tíos y primos, que siempre han transmitido energía positiva y amor a mi vida.

A mi novio y amigo Norberto, quien estuvo a mi lado mostrándome su amor, apoyo y ayuda incondicional, sin importar que tan duro sea el camino, manteniéndonos juntos. Gracias por tus consejos y paciencia amor.

A mis amigas y amigos que fueron mis confidentes, apoyo y ayuda en todas mis locuras y retos. Gracias por su amistad, consejos y aliento para alcanzar este sueño. Los quiero amigos.

Gracias a todos.

Agradecimientos.

A mi maestra, guía, amiga y Directora de tesis Miriam Camacho, por compartir sus conocimientos, experiencia y sabiduría, durante los 12 años que llevo de conocerla, haz estado a mi lado en cada etapa de mi formación, haz confiado en mí y me haz brindado tu orientación para tomar decisiones importantes en mi vida, como mi elección de carrera, cuando te conocí en el CCH, por estar conmigo en este proyecto tan importante de principio a fin.

A mi revisora Alejandra García, que me guio para hacer un trabajo de calidad; a mis sinodales Doctora Sofía Rivera, Maestro Sotero Moreno y Maestra Angelina Guerrero, por su apoyo y tiempo en mi formación.

A mí amada Universidad, porque tengo la bendición de recibir educación de calidad.

A mis profesores de toda la carrera que sus conocimientos que me compartieron, formaron en mí a una persona y profesional comprometida y responsable, gracias por exigirme dar lo mejor y hacer las cosas, siempre bien.

A mi hermana Claudia, que ha sido gran ejemplo de lucha y profesionalismo a través de su ejemplo, lucha y amor.

A mi amigo y novio Norberto, quien compartió sus conocimientos y experiencia para lograr este proyecto.

A mi amigo Eder, que me brindo ayuda para lograr este sueño.

Gracias a todos

Introducción

En la actualidad, el término Desgaste laboral, Desgaste ocupacional o *burnout* (cuyos términos serán equivalentes en esta investigación), es posiblemente uno de los más utilizados en hospitales, centros educativos y empresas. Al mismo tiempo los trabajos acerca de este tema se han multiplicado a nivel internacional, el ámbito laboral, habla del Desgaste laboral, que de acuerdo con Buendía y Ramos (2001), amenaza con ser la plaga del siglo XXI.

Esta investigación tiene como objetivo, identificar la presencia del Desgaste Laboral, en enfermeras de base del Hospital 1º de Octubre del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado, siendo esta, una profesión que se enfrenta a innumerables fuentes de estrés como el cuidado de pacientes moribundos, escasez de personal y excesivo papeleo, sobrecarga de trabajo, conflicto de roles, temor del contagio de enfermedades. Desencadenando el Desgaste laboral y manifestándolo en: descenso del rendimiento, consumo de tranquilizantes, agotamiento emocional, ausentismo laboral, deterioro en la calidad de trato al paciente, despersonalización y falta de interés por el trabajo (Edelwich y Brodsky, 1980).

Para la obtención de los datos se utilizó el Cuestionario Breve de Burnout (CBB) (Moreno-Jiménez, Bustos, Matallana y Milalles, 1997) conformado por 21 reactivos. Los resultados obtenidos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS, versión 18.0. Se analizó la correlación entre el desgaste laboral, con edad y años de relación con la pareja actual. Así como, cada una de las variables y su relación con los reactivos sociodemográficos y temas laborales.

La organización de esta tesis fue presentar teóricamente los modelos del Desgaste laboral (Burnout); el surgimiento del sector salud en México; las

características de la profesión de enfermería, posteriormente, el proceso metodológico; la descripción de los resultados; las conclusiones; y finalmente, la revisión bibliográfica con la que se fundamentó la presente investigación.

Capítulo 1: Estrés y Estrés laboral

La experiencia del estrés ha sido una constante desde el comienzo de la humanidad. Podemos afirmar, que el cese del estrés se produce sólo cuando dejamos de existir. A raíz de esta continua presencia prehistórica e histórica del estrés, ha tomado una forma tumultuosa y masiva en la cultura occidental a partir de la revolución científico-industrial, o sea, a lo largo de los últimos dos siglos.

Hoy en día, es sumamente común que escuchemos decir “estoy muy estresado”, “este trabajo me estresa demasiado”, incluso ha tenido un auge comercial como nunca antes, los medios de comunicación han abierto mercado al estrés, ahora se pueden ver cualquier cantidad de medicamentos, y productos que prometen contrarrestarlo y lograr un mayor rendimiento en las actividades diarias, lo que ha contribuido a que el estrés ahora forme parte de nuestro vocabulario cotidiano, tanto a nivel clínico como a nivel laboral, al grado que estamos muy familiarizados con síntomas como la fatiga, ansiedad, dificultades para relajarse, insomnio, pérdida de apetito, entre otros.

La dimensión del problema ha llegado hasta el punto de que según la Unión Europea, el estrés está en el origen del 50% de todas las bajas laborales, teniendo un costo económico al año de 20,000 millones de euros sólo en Europa, con una incidencia del 28% en los trabajadores, sobre todo los de ciertos sectores como el sanitario, el educativo, o la minería (Ovejero, 2006). Lo anterior resalta no solo su importancia por razones humanas, sino también en el aspecto económico, por lo que hay que conocer cómo surge el estrés.

1.1 Estrés

A mediados del siglo pasado, el concepto de estrés, se incorporó a las ciencias sociales y de la salud en forma de un fenómeno de amplitud biopsicosocial. De acuerdo con Alonso-Fernández (2008), dicha catalogación está justificada ya que, en primera, la experiencia de estrés es un registro verificado en el campo mental de la conciencia

(esfera psicológica); segunda, como estresor suele operar un factor externo interpersonal o social (esfera social) y tercera, el dispositivo del que se sirve el estresor para provocar el estrés es en una amplia medida un mecanismo biológico neuroendócrino (esfera biológica).

1.1.1 Definición de Estrés

Fernández (2008) expone que la noción de estrés se remonta a la física, cuando hace más de dos siglos, esta ciencia comenzó a utilizar el vocablo inglés *stress* para designar el desplazamiento del cuerpo elástico por fuera de su línea de equilibrio, propulsado por una enérgica fuerza externa.

Es en el año de 1936, donde el concepto de estrés se relaciona con la medicina. El investigador canadiense Hans Selye, quien dio carta científica al fenómeno del estrés, con ocasión de describir *el síndrome de estrés biológico* como la respuesta fisiopatológica inespecífica o común a diversos agentes nocivos de tipo físico, químico o biológico, como traumatismos, intoxicaciones, infecciones o hemorragias. El síndrome de estrés biológico se hizo más popular en los círculos médicos como síndrome general de adaptación en (Fernández, 2008).

A partir de que el fenómeno es asumido como biopsicosocial, el énfasis, se traslada desde la fisiopatología, que era el campo de investigación del canadiense, a la psicopatología, en la que la personalidad juega un papel importante en la relación con el entorno.

La manera más popular y de sentido común para definir el estrés es como un estímulo. Holmes (1974) definió al estrés como un acontecimiento estímulo que requiere una adaptación por parte del individuo. Es así que el estrés sería cualquier circunstancia que de forma inusual o extraordinaria exige del individuo un cambio en su modo de vida habitual. Este mismo autor, llevó a cabo en la Escuela de Medicina de la Universidad de Washigton (EEUU) los primeros estudios sobre el estrés psicosocial y la

salud, los cuales supusieron un cambio copernicano en la concepción de las causas de las enfermedades, desviándose de la idea biologista de la medicina de la época y perfilando lo que poco más tarde se conocería como modelo biopsicosocial de la salud.

Ovejero (2006) ha definido el estrés como un problema de adaptación a nuestro entorno, el cual se caracteriza ante todo por un agotamiento tanto físico, como mental y emocional, que lleva a una autoestima baja y relaciones interpersonales problemáticas. Gibson (2006) destaca que esta respuesta de adaptación está mediada por diferencias individuales, y que surge como consecuencia de cualquier acción, situación o evento que impone una demanda especial en una persona. Por lo tanto, el estrés estaría condicionado a una interacción única entre las condiciones de estímulo en el ambiente y la predisposición del individuo a responder de una forma en particular.

No obstante, en los últimos años, el estrés no se viene definiendo ni como acontecimiento estímulo, ni como respuesta fisiológica, sino como un proceso. Autores como Lazarus y Folkman (1984) se manifiestan en contra de una conceptualización del estrés como estímulo porque las personas diferimos mucho en cuanto a las reacciones que tienen ante estresores potenciales.

Lazarus (1999) hace una renovación del concepto de estrés, ya que define al estrés psicológico como la transacción entre la persona y su ambiente; y plantea como un nuevo problema el por qué un individuo percibe o no un acontecimiento o una situación como estresante y cómo es su estrategia de adaptación. Con ésto queda subrayada la intervención activa del individuo estresado, a diferencia del punto de vista mantenida por la doctrina biológica previa.

Fernández (2008) entiende por estrés, la sobrecarga de temor o ansiedad que experimenta un sujeto cuando opera sobre él una enérgica presión externa. Este mismo autor señala que el estrés podría definirse como la respuesta emocional y corporal a un acontecimiento ambiental agudo o una situación crónica de agobio, entendida como la interconexión entre la personalidad y el entorno. Este fenómeno se

compone de un binomio: por una parte el estrés propiamente dicho, integrado por la intensa experiencia emocional interior, y por la otra, la sobreexigencia o sobreestimulación externa que es el agente determinante del estrés o el factor de estrés, que se conoce como el *estresor*.

Según Lazarus y Folkman, (1986) se puede distinguir dentro de la gama del estrés dos extremos: el grado tenue de estrés que opera como un estímulo conveniente o necesario para vivir, también denominado *eustrés* por sus efectos positivos, plasmados en forma de una activación del sistema individual de alerta. Y el grado excesivo o desbordante, conocido como *distrés* o *hiperestrés*, dotado de una especial propensión para abocar a alteraciones patológicas tipificadas sobre todo como trastorno de ansiedad, agotamiento emocional o cuadro depresivo. En medicina, cuando se habla del estrés se hace referencia al *distrés*, el cual como toda enfermedad, se caracteriza por tener cierta sintomatología para poder ser diagnosticado.

1.1.2 Sintomatología y Niveles de Estrés

Un individuo que padece de estrés presenta algunos síntomas, ya que está tratando de luchar con un estresor (Du Brin, 2003). Estos síntomas pueden ser fisiológicos, en los cuales se observa una aceleración del ritmo cardiaco, aumento de la presión sanguínea, dilatación de la pupila y un aumento de la respiración y transpiración. También encontramos los síntomas emocionales que incluyen ansiedad, depresión, desánimo, aburrimiento, fatiga prolongada, sentimientos de desesperanza y diferentes clases de pensamientos ofensivos, frustración, agresividad y produce una disminución en la autoconfianza y la autoestima (Gibson, 2006).

Por último, se encuentran los síntomas conductuales, que son hábitos nerviosos como tics faciales y súbitas disminuciones en el rendimiento laboral debido a olvidos y errores de concentración o juicio (Aranda, 2003); así como impulsividad, temperamento explosivo, degradación en diversos roles de la vida (por ejemplo malos

tratos a la esposa e hijos) y conductas autodestructivas como el consumo de alcohol y drogas (Gibson, 2006).

Si los síntomas son severos o persistentes pueden ocasionar hipertensión, migraña, úlceras, colitis o alergias. Por otra parte, puede producir un desequilibrio químico que afecta de forma adversa el sistema inmunológico del cuerpo, por lo que una persona muy tensa es más vulnerable a las enfermedades y sufre con más intensidad los problemas de salud que ya tiene (Dubrin, 2003). También pueden presentar taquicardia, presión arterial elevada, sudoración, aumento en los niveles de glucosa en la sangre y síntomas gastrointestinales, como acidez estomacal y las úlceras, además de los síntomas cardiovasculares, como el aumento del nivel de colesterol y de las medidas bioquímicas, como las catecolaminas y el ácido úrico (Gibson, 2006).

En general, una persona que está bajo estrés, presenta un mal rendimiento en el desempeño de sus labores, afecta los roles de su vida, la salud, la actitud y conducta en el trabajo (Muchinsky, 2002).

Pero no siempre el estrés es malo, las personas necesitan cierta cantidad de estrés para mantenerse alerta en lo mental y físico. La percepción que tiene la persona de algo o alguien suele determinar si será un estresor positivo o negativo, por ejemplo un supervisor de cierta área podría percibir que una auditoria de calidad es algo terrible, pero otra persona podría considerar esa visita como una oportunidad para demostrar el buen desempeño que se tiene en esa área.

Uno de los precios más altos que se pagan por una mala gestión del estrés es el mal rendimiento. Tenemos dificultades para ponernos a punto de realizar una tarea, hipoestrés, o tenemos demasiada energía que no podemos canalizarla adecuadamente, hiperestrés (Barlow, 1996).

Cuando la persona cuenta con un grado de estrés óptimo, presenta alta motivación, se siente con suficiente energía, tiene sensación de alegría y seguridad, capacidad de captar y procesar la información rápidamente, puede emitir juicios acertados y reporta altos niveles de producción (Davis, 2001) .

Pero si el nivel de estrés está por debajo del óptimo se habla de hipoestrés, el cual se caracteriza por la presencia de apatía, aburrimiento, inquietud, falta de interés y motivación, baja producción, incapacidad para concentrarse en las tareas importantes y postergarlas. Por el contrario, si los niveles óptimos de estrés son rebasados se dice que hay hiperestrés donde va a predominar en la persona una baja autoestima, emisión de juicios defectuosos, sensación de estar abrumado, olvidados frecuentes, incapacidad para concentrarse, pensamiento emocional y menos racional, conducta irritable, problemas de comunicación y fatiga constante (Gibson, 2006).

Algunas de las tareas exigen altos niveles de estrés para ser bien realizadas; otras solo exigen poco esfuerzo. La clave está en si nuestros niveles de estrés encajan con la actividad que se está realizando.

Se han identificado tres grandes categorías de posibles respuestas al estrés: fisiológicas, psicológicas y conductuales, aunque como bien resalta Gibson (2006), es importante recordar que no todos los individuos experimentarán los mismos resultados.

Estas respuestas surgen como el resultado de cualquier evento estresante al que nos pudiéramos enfrentar, en multitud de ocasiones en la vida, incluido el ámbito laboral. Es necesario experimentar determinados niveles de estrés para que el organismo funcione de manera adecuada, pero cuando se pasa del eustrés (estrés positivo) al distrés (estrés negativo), se pueden originar efectos desastrosos en la persona, y en todos los ámbitos en los que incursiona.

1.2 Estrés Laboral

Los constantes cambios económicos, políticos, sociales, tecnológicos, a los que actualmente estamos sujetos, han afectado sustancialmente la forma tradicional de hacer las cosas; exigiéndoles a los trabajadores una capacidad de adaptación continua a las creencias y variadas demandas de este entorno tan cambiante. Las implicaciones de estas transformaciones en el tejido laboral y en la fuerza de trabajo, recaen en que

no sólo pueden incrementarse los efectos nocivos derivados del *estrés laboral*, sino también favorecer la aparición de nuevos riesgos físicos, psicológicos y sociales relacionados con éste (Ardid & Zarco, 2002).

Hernández y Dickinson (2006) estudian el estrés laboral, a partir de los efectos psicológicos negativos (EPN), los cuales son estados no deseados que se reflejan en la eficiencia y en los estados de ánimo del trabajador y se manifiestan durante y después del trabajo, en los diferentes niveles funcionales del hombre.

1.2.1 Definición de Estrés Laboral

Ovejero (2006) define al estrés laboral como un problema de adaptación a nuestro entorno, que nos produce angustia y sensación de indefensión, y también señala que se trata de un proceso complejo y a menudo de larga duración.

Este autor describe al estrés laboral como un proceso de cinco fases:

- Comienza en el campo laboral, con la presencia de una serie de demandas objetivas del ambiente y con la existencia de escasez de capacidades y recursos objetivos por parte del trabajador para poder satisfacer dichas demandas.
- La segunda fase consiste en una evaluación primaria, que incluye la percepción que el empleado tiene de las demandas del ambiente.
- La siguiente fase consiste en una evaluación secundaria, es decir, la percepción que el sujeto realiza de sus propios recursos y de sus capacidades, ya que si la persona se considera capaz de afrontar la situación, la respuesta de estrés y las emociones negativas asociadas serán mucho menores que si considera que no puede hacer nada por controlarlas.
- En la cuarta fase, el trabajador deberá elegir la respuesta o el comportamiento que va a llevar a cabo ante las demandas percibidas (no hacer nada, huir o hacerle frente y controlarla). Obviamente, el tipo de conducta que utilice va a

determinar la forma de activación del organismo y, por lo tanto, los posibles trastornos psicofisiológicos que puedan desencadenarse.

- Finalmente, en la quinta fase, el proceso se centra en las consecuencias que las conductas realizadas por el trabajador tienen en la gestión de la situación estresante. Cuando la conducta de afrontamiento consigue eliminar o solucionar la situación estresante, se produce una disminución de la activación fisiológica, en cambio, cuando el proceso se ve interrumpido en cualquiera de las fases mencionadas, se produce un mantenimiento constante de la activación, lo que conlleva a la aparición de trastornos.

Sabemos que la presencia del estrés en el trabajo es prácticamente inevitable en muchas labores, sin embargo, las diferencias individuales muestran la existencia de una amplia variedad de reacciones ante este problema (Davis & Newstrom 2001).

Du Brin (2003), lo define como la condición física y mental que resulta de percibir una amenaza que no se puede manejar con facilidad; es una respuesta interna a un estado de activación, que se presentará en una situación amenazante o negativa, como la preocupación por la posibilidad de perder el trabajo. Sin embargo, una situación positiva como la de recibir un ascenso en el trabajo, también puede producir estrés.

El estrés puede ser temporal o a largo plazo, leve o severo. Los efectos del estrés laboral en un empleado dependen en gran medida del periodo de exposición, de las causas del estrés, del grado en el cual nos puedan afectar y de la capacidad de recuperación del individuo. Los individuos que llevan una vida equilibrada que se fijan metas realistas y mantienen en perspectiva sus irritaciones, pueden enfrentar la misma cantidad de estrés que otras personas, pero manejan mejor la situación (Davis & Newstrom 2001).

Los agentes estresantes en la vida de las organizaciones designan a los estímulos que se generan en el trabajo y que tienen consecuencias negativas, físicas o psicológicas, para un número importante de personas que están expuestos a ellas (Muchinsky, 2002).

Hay dos tipos de agentes estresantes el *contenido de la tarea* que incluyen dimensiones como simplicidad- complejidad y monotonía- variedad; y las *Propiedades del rol* siendo los aspectos sociales del trabajo incluyendo las relaciones con el supervisor y los conflictos de roles (Farber, 1984).

Por su parte, Furnham (2001) propone que es en la propia organización donde hay que buscar las causas del estrés laboral y destaca las más frecuentes: las exigencias ocupacionales intrínsecas al puesto de trabajo, ya que ciertos empleos poseen algunas características que son inevitablemente estresantes, como los que exigen toma de decisiones, especialmente si están relacionadas con personas (despido de empleados, trabajo con enfermos graves), vigilancia constante de máquinas, actividades de cara al público, sobre todo tareas con personas en tensión como es el caso de las oficinas que cobran multas o atienden reclamaciones. El conflicto de funciones por su parte involucra que las funciones de puesto no estén definidas adecuadamente, por ejemplo, un puesto altamente estresante es aquél que exige al trabajador cambiar rápidamente de una función a otra muy diferente. También la carga excesiva o insuficiente del puesto de trabajo, pues, tanto el tener demasiado trabajo como el tener poco o nada son situaciones estresantes, la primera porque agobia y la segunda porque aburre.

El estrés laboral, como todo tipo de estrés, se subdivide en dos versiones evolutivas: el estrés agudo y el crónico. El estrés agudo se caracteriza por tener un comienzo definido, una alta intensidad y una duración breve, y obedece a un infortunado acontecimiento de la vida.

Los sucesos del trabajo más frecuentes son el despido, el traslado de destino, el cambio de tarea, el accidente o el choque personal. La experiencia del estrés agudo suele configurarse como una reacción de ansiedad o de otro sentimiento de alarma como miedo, temor, terror o pánico, y acompañarse de una alteración transitoria de la conciencia en forma de pérdida de lucidez. El riesgo más inminente del estrés agudo es el de conducir a un estado depresivo en los seis primeros meses (Fernández, 2008).

En la actualidad los trabajadores occidentales atraviesan una época de especial exposición al estrés agudo impuesto por el rápido cambio de trabajo en un contexto social sujeto a modificaciones aceleradas e imprevistas, lo cual es el reflejo laboral de la cultura de distrés (Lazarus, 1999).

Del otro lado se encuentra el estrés crónico, el cual se caracteriza por un comienzo indefinido, una intensidad variable y una duración larga en forma de una persistencia continua o una repetición con breves intervalos.

A diferencia del estrés agudo, promovido por un hecho aislado o fortuito o un acontecimiento circunstancial de la vida, el estrés crónico está accionado por una situación de agobio o sobreexigencia entre el individuo y su ambiente (Fernandez, 2008).

El estresor tiene una configuración razonablemente diferente en ambos casos, viene a ser una emergencia o un suceso en el estrés agudo y una situación en el estrés crónico (Fernández, 2008).

Como se ha visto hasta ahora, el estrés puede ser un factor de motivación, pero éste, a su vez, tiene un lado oscuro, la exposición a un estrés laboral crónico trae consigo diversas implicaciones, una de las más importantes es el desgaste laboral o *burnout*, que día a día se ha convertido en una realidad cada vez más cotidiana en las organizaciones y en general en el mundo laboral, pero particularmente en aquellos profesionales que su trabajo requiere constante interacción con otras personas, impactando negativamente en la productividad, en la calidad de vida de las personas y por ende en la salud social.

Capítulo 2. Desgaste Laboral (*Burnout*)

Durante varios años la palabra anglosajona *burnout* se ha tratado de traducir al castellano. Algunos autores lo han traducido como: síndrome del trabajador quemado, desgaste laboral, desgaste profesional, síndrome de quemarse en el trabajo y síndrome del profesional exhausto o sobrecargado (Bosqued, 2008).

Según Buendía y Ramos (2001) el término “desgaste laboral” o “*burnout*” en inglés (en el presente trabajo se usan ambos indistintamente), es posiblemente uno de los más utilizados en hospitales, centros educativos y empresas. Estos mismos autores refieren que los trabajos acerca de este tema se han multiplicado a nivel internacional, y que “[...] amenaza con ser la plaga del siglo XXI”.

2.1 Antecedentes

A pesar de que Graham Greene sugirió en 1961 (en Gil-Monte, 2005) en su novela titulada *A burn out case* (publicada en castellano bajo el título *Un caso acabado*), que en los profesionales puede desarrollarse un proceso de carácter psicológico denominado “síndrome de quemarse por el trabajo”, y a pesar de que existían estos casos en el mundo laboral y alguna descripción de ellos en la literatura científica, el fenómeno no suscitó el interés de académicos e investigadores hasta la década de los setenta. Es precisamente en estas circunstancias en las que surgen los temas de investigación sobre *burnout*, pues es la misma sociedad la que ofrece el apoyo económico, los sujetos experimentales y los problemas de investigación a los científicos sociales .

En un principio, la palabra *burnout*, se utilizó en el mundo del deporte, para describir la condición experimentada por los deportistas cuando a pesar de los duros entrenamientos y esfuerzos, ellos no alcanzaban su meta (Bosqued, 2008).

Sin embargo es Freudenberger en 1974, quien introduce formalmente el término en la literatura para describir el estado físico y mental en relación con el trabajo entre los

jóvenes y entusiastas voluntarios que trabajaban en una clínica de desintoxicación. El autor observó que después de un año, muchos de ellos se sintieron agotados, fácilmente irritables y habían desarrollado una actitud cínica hacia sus pacientes, así como una tendencia a evitarlos. De esta forma, se comenzó a utilizar este término en el sentido de *estar quemado por el trabajo*, para explicar el proceso de deterioro en los encargados de proporcionar los cuidados y la atención profesional a los usuarios de los servicios como sanidad, educación, servicios sociales y bomberos, tanto privados como públicos.

Poco tiempo después, fue Christina Maslach, quien en 1977 (en Ovejero, 2006) lo difundió al ambiente psicológico en un congreso anual de la Asociación Americana de Psicólogos (APA). Desde entonces el término *burnout* se utiliza para referirse al desgaste laboral que sufren los trabajadores de los servicios humanos de *quemarse* tras pocos meses de trabajo (educación, salud, administración pública) debido a unas condiciones que tienen fuertes demandas sociales.

Gil-Monte (2005) explica que hasta el inicio de los años ochenta proliferaron las definiciones sobre el desgaste laboral en un intento de delimitarlo conceptualmente (Maslach & Pines, 1977; Maslach & Jackson, 1979), de integrarlo en los campos de estudio existentes (MacNeill, 1982), y de diferenciarlo de otros fenómenos afines.

2.2 Definición de Desgaste Laboral (burnout)

Uno de los temas fundamentales tratados en el estudio del desgaste laboral ha sido su definición, ya que en ésta se han presentado diferentes obstáculos para conceptualizar un proceso complejo como es este síndrome, así como su similitud, cuando no igualdad, con el concepto de estrés aplicado a las organizaciones (estrés laboral), el cual ha supuesto cuestionar continuamente el constructo.

La Real Academia Española (2012) nos dice que un síndrome es un conjunto de síntomas característicos que ocurren en una enfermedad. Se le conoce como Síndrome de Burnout a la manifestación sintomática de una situación estresante laboral crónica,

muy común en las profesiones de prestación de servicios (médicos, psicólogos, profesores, enfermeras). El objetivo de estas profesiones es “cuidar los intereses o satisfacer las necesidades del usuario, y se caracterizan por el contacto directo con las personas a las que se destina este trabajo” (Gil-Monte & Peiró, 1997).

Starrin, Larsson y Styrborn (1990) señalan que un aspecto importante del desgaste laboral, es que instintivamente todos saben lo que es, aunque la mayoría puedan ignorar su definición; así el discernimiento en la literatura sobre el síndrome, con respecto a su concepto, tiene que ver con la discusión sobre el papel que tiene la sociedad y las condiciones sociales que producen este fenómeno. Estos autores parten de que el desgaste laboral afecta de forma individual a una sociedad abstracta.

El estar quemado es estar agotado emocionalmente, con actitudes negativas hacia las personas con las que se trabaja y contra su propio rol. Se ha descrito que los más propensos a desarrollarlo son los que laboran en el área de la salud y en general, con profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización (Aranda, 2003).

En un inicio Freudenberger describió el desgaste laboral 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" (1974, p. 160), además, situaba las emociones y sentimientos negativos producidos por el desgaste en el contexto laboral, ya que en éste se pueden provocar dichas reacciones. El autor afirmaba que el desgaste laboral era el síndrome que ocasionaba la *adicción al trabajo* (entendiéndola, según Machlowitz, (1980), como un estado de total devoción a su ocupación, por lo que su tiempo es dedicado a servir a este propósito) que provocaba un desequilibrio productivo y, como consecuencia, las reacciones emocionales propias de la estimulación laboral aversiva.

Otros investigadores también se han dado a la tarea de dar algunas definiciones tratando de explicar qué es el desgaste laboral, por ejemplo, Cherniss (1980) menciona que es un proceso en el que las actitudes y las conductas de los profesionales cambian

de forma negativa en respuesta al estrés laboral; a lo anterior, Pines, Aronson y Kafry (1981) agregan que es un estado de agotamiento mental, físico y emocional, combinado con sentimientos de impotencia e inutilidad, y que es producido por una persistente implicación en situaciones emocionalmente demandantes, concluyendo que todo esto es resultado de expectativas defraudadas e ideales destrozados.

Burke (1987) entiende que el desgaste laboral es un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral, que se caracteriza por desorientación profesional, desgaste, sentimientos de culpa por falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional y aislamiento.

La definición hasta ahora más aceptada es la propuesta por Maslach y Jackson (1981). Ellos delimitaron el desgaste laboral mediante su cuestionario "*Maslach Burnout Inventory*" (MBI), en la que exponen que el desgaste laboral es un síndrome tridimensional, compuesto por agotamiento emocional, despersonalización y una realización personal reducida, que frecuentemente ocurre entre individuos que de alguna manera trabajan con personas.

Para estos autores el aspecto clave está en el aumento de los sentimientos de agotamiento emocional, lo que corresponde con la connotación coloquial de *estar quemado*, queriendo decir que ya se ha perdido la ilusión por el trabajo y que cualquier esfuerzo destinado a hacer las cosas bien es poco útil, mientras que técnicamente, los psicólogos suelen emplear este término, en sentido de estar agotado emocionalmente y mostrar una fuerte actitud negativa tanto hacia las personas con las que se trabaja como hacia el propio desempeño laboral (Ovejero, 2006).

Es por eso, que cuando una persona ha estado expuesta durante un tiempo prolongado al estrés laboral, se corre el riesgo de sentirse agotada, es decir, sentirse exhausta y haberse vaciado. Dicho agotamiento es un patrón de desgaste emocional, físico y mental en respuesta a estresores crónicos del trabajo. El cinismo, la apatía y la indiferencia son los principales síntomas de un empleado agotado (Muchinsky, 2002). Finalmente, los logros personales disminuyen, como resultado del agotamiento.

En un intento por tener una definición que no se traslape con otros conceptos establecidos en la ciencia de la conducta, Shirom (1989) define el desgaste laboral como una combinación de fatiga física, cansancio emocional y cansancio cognitivo.

Además, existe otra tendencia de investigadores que creen que los síntomas del desgaste laboral pueden observarse también en personas que no trabajan en el sector asistencial. Pines y Aronson (1988), representantes de dicha postura, exponen que el desgaste laboral es un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por la implicación durante un tiempo prolongado en situaciones que son emocionalmente demandantes.

Por esa razón, autores como Gil-Monte (2005), sugieren que al síndrome de *burnout* se le debe conceptualizar como el síndrome de quemarse por el trabajo, subrayando con ello principalmente dos cosas: en primer lugar, que es un síndrome y por tanto, es un fenómeno complejo compuesto por diferentes síntomas; y en segundo lugar, que la causa última está en el trabajo y no tanto en el trabajador, con lo que contribuye a evitar estigmatizar a este último.

La definición de Gil-Monte (2003, en Ovejero, 2006) que por cierto, parece una definición muy clara y completa es:

“El síndrome de quemarse por el trabajo se define como una respuesta al estrés laboral crónico caracterizado por la tendencia de los profesionales a evaluar negativamente su habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse con las personas a las que atienden, por la sensación de estar agotados a nivel emocional, por el desarrollo de sentimientos, actitudes y conductas de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo, que son vistas de manera deshumanizada debido al endurecimiento afectivo del profesional.”

Como se puede ver, existe en la literatura un gran número de definiciones, a raíz de esto, Perlman y Hartman (1982) realizaron una revisión considerando las definiciones elaboradas entre 1974 y 1980 sobre el desgaste laboral. Estos autores consideran en su estudio un total de 48 trabajos que contienen definiciones y concluyen que el desgaste laboral puede definirse como una respuesta al estrés laboral crónico con tres componentes: agotamiento emocional y/o físico, baja productividad laboral y un exceso de despersonalización.

Estas conclusiones resultaron determinantes para la aceptación, por parte de la comunidad científica, de la definición por excelencia del desgaste laboral, abordando los tres elementos que caracterizan fundamentalmente a este síndrome (Bosqued, 2008. p. 25-26):

Agotamiento emocional: es el resultado de la disminución de los recursos emocionales de la persona, para enfrentarse a los retos que su labor le plantea, y se refleja en una continua fatiga en lo mental, físico y emocional que no se corresponde con la calidad de trabajo realizada, y que incluye irritabilidad, malhumor, descontento y pesimismo en relación con sus tareas profesionales.

Despersonalización: en la mayoría de los casos es como un mecanismo de defensa del propio sujeto que ha estado autoimplicándose mucho en sus tareas y siente que, al tener disminuidos sus recursos emocionales, no puede continuar haciéndolas con esa intensidad. Por consiguiente, la persona crea inconscientemente una barrera entre él y el usuario del servicio como una forma de protección, expresándolas como actitudes de insensibilidad y deshumanización, consistentes en un modo negativo, algunas veces de forma cínica, hacia los usuarios de su servicio.

Baja realización personal: es una sensación subjetiva que surge como consecuencia de los dos factores anteriores. El profesional se

siente frustrado por la manera en que realiza su trabajo y los resultados que obtiene de él. El trabajo suele percibirse de manera negativa y da como resultado una insuficiencia profesional, lo que conlleva a un deterioro de la autoestima.

El desgaste laboral es un problema que afecta cada vez a más profesiones, hasta 25 campos profesionales (Silverstein, 1986), y consecuentemente a más personas. En la Tabla 1 se pueden apreciar algunos datos con los que han aportado diversos estudios sobre la epidemiología del desgaste laboral:

Tabla 1. Incidencia de desgaste laboral en diferentes estudios epidemiológicos

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

Las cifras nos dan un panorama de la magnitud del problema ante el cual nos encontramos, que nos hacen entender el por qué ha crecido de manera considerable el desgaste laboral desde los últimos veinte años a la fecha, la investigación al respecto.

2.2.1 Diferencias con otros conceptos

Como se ha mencionado, una de las limitantes para definir el desgaste laboral es el hecho de que se puede traslapar o confundir con otros constructos como estrés o fatiga; y en efecto, las diferencias no siempre son fáciles de establecer.

Buendía y Ramos (2001) presentan han abordado estas diferencias, comenzando porque desde la perspectiva del estrés general se considera al desgaste laboral, como una de las posibles respuestas al impacto acumulativo del estrés laboral crónico, además de que el estrés general es entendido como un proceso que tiene efectos positivos y negativos para la vida del sujeto, mientras que el desgaste laboral, sólo tiene efectos negativos.

En cuanto a la distinción entre estrés laboral y desgaste laboral, ésta no puede hacerse partiendo de los síntomas, sino teniendo en cuenta el proceso de desarrollo del síndrome. El desgaste laboral puede considerarse el estadio final de un proceso de adaptación/inadaptación entre las demandas y los recursos del sujeto. El estrés laboral en cambio se refiere a procesos temporales más breves. Adicionalmente se sugiere que el desgaste laboral, está asociado con actitudes negativas hacia los clientes, el trabajo y la organización, mientras que el estrés laboral no.

En cuanto a la fatiga, Buendía y Ramos, (2001), comentan que Pines y Aronson, (1988), quienes indican que una de las principales diferencias entre el desgaste laboral y la fatiga física, es que el sujeto se recupera rápidamente de la fatiga pero no del desgaste laboral. Aunque los sujetos afectados por el síndrome sienten que se encuentran agotados físicamente, describen esta fatiga de forma diferente a la experiencia de fatiga física. Así, mientras que el esfuerzo físico causa fatiga que se acompaña con sentimientos de realización personal y a veces de éxito, el desgaste laboral conlleva a

una experiencia negativa que se va a acompañar de un profundo sentimiento de fracaso.

No obstante, para diferenciar el desgaste laboral de otros constructos, hay que recordar la multidimensionalidad del mismo, y que además surge como un proceso progresivo y continuo dentro del contexto laboral.

Así pues, el desgaste laboral, entendido como un proceso, supone una interacción de variables emocionales (cansancio emocional), cognitivas (falta de realización personal en el trabajo), y sociales (despersonalización). Estas variables se articulan entre sí en un episodio secuencial, con una relación de antecedentes-consecuentes, dentro del proceso más amplio del estrés laboral. Esta particularidad hace del desgaste laboral algo diferente de esas otras dos respuestas al estrés (ansiedad, fatiga) que pueden ser considerados como el estado del individuo.

2.3 Síntomas

El Manual diagnóstico Estadístico en la Asociación Americana de Psiquiatría, 2004 define un síndrome como la agrupación de signos y síntomas basada en su frecuente co-ocurrencia, que sugieren una patología, una evolución, antecedentes familiares o selección terapéutica.

Gil-Monte (2005) encontró más de 100 síntomas asociados al síndrome del desgaste laboral. Estos síntomas afectan negativamente a los *afectos* y las *emociones*, por ejemplo agotamiento emocional, irritabilidad y odio; también a las *cogniciones* como baja autoestima y baja realización personal; a las *actitudes* que se caracterizan por cinismo, despersonalización, apatía y hostilidad; a las *conductas* observándose un comportamiento paranoide, aislamiento, quejas constantes así como conductas agresivas hacia clientes; y al *sistema fisiológico del individuo* padeciendo cansancio, insomnio, úlceras, dolor de cabeza.

Paine en 1982 presenta una taxonomía con cuarenta y siete síntomas relacionadas al plano individual, y establece cinco categorías para distribuir los indicadores del desgaste laboral.

- La primera categoría corresponde a los *síntomas físicos* que se caracterizan por el aumento de fatiga y agotamiento físico, aumento de molestias y dolores musculares, y aparición de alteraciones funcionales en casi todos los sistemas del organismo;
- la segunda es el *desarrollo de conductas de exceso*, caracterizadas por el aumento en el consumo de barbitúricos, estimulantes, y otro tipo de sustancias (café, tabaco, alcohol);
- la tercera es la *aparición de conductas de riesgo, hiperactivas y agresivas*; manifestando *problemas de ajuste emocional*, entre los que se encuentran agotamiento emocional, paranoia, depresión, sentirse atrapado, miedo a volverse loco;
- y en la quinta y última categoría se encuentran los síntomas actitudinales y cambios en los valores y creencias del individuo incluyendo cinismo e ironía hacia los clientes de la organización, sentimientos de impotencia, frustración y fracaso; todo este conjunto de síntomas traerá como consecuencia una alteración en las relaciones interpersonales, caracterizada por el aislamiento del individuo y su negación a comunicarse con los demás, aparición de conflictos interpersonales e indiferencia y frialdad hacia las personas con las que se trabaja.

La variedad de síntomas asociados al desgaste laboral, puede ocasionar que éste se convierta en un “saco” que le queda a cualquier profesional que se perciba estresado, lo que no favorece nada su reconocimiento como patología laboral. Estados transitorios de fatiga, frustración y de baja realización profesional fruto de la relación con los clientes de la organización, o resultado del clima social, pudieran ser diagnosticados como desgaste laboral.

Gil-Monte (2005) resaltó la importancia de tener presente el contexto en el que surge la patología y su proceso de desarrollo, así como la concurrencia de varios síntomas que deterioran el plano cognitivo, afectivo y actitudinal del individuo para considerar que un determinado síntoma es indicador del síndrome.

2.4 Causas del Desgaste Laboral

Maslach y Leiter (2003) atribuyen el agotamiento a que la naturaleza del puesto y la de la persona que lo desempeña no se acoplan bien, entre las causas más frecuentes se encuentran la sobrecarga de trabajo, falta de control sobre el propio trabajo, ausencia de recompensa por las aportaciones que hace el trabajador, conflicto de valor entre las demandas del puesto y el código personal de ética.

Por otra parte algunos de los investigadores han coincidido en que la causa directa y única del desgaste laboral son las condiciones de trabajo. La Tabla 2 resume las condiciones de trabajo descritas y los efectos sobre el desempeño laboral.

Tabla 2. Efecto de las condiciones de trabajo sobre el desempeño individual. (Adaptado de Bosqued, 2008)

Condición de Trabajo	Efecto en el Desempeño
Contacto continuo con el dolor y las emociones de los demás.	cansancio
Sobrecarga de trabajo.	tensión y una sensación de desbordamiento hasta llegar a la frustración
Carencia de medios en la organización para	insatisfacción con el trabajo que

realizar las tareas encomendadas.	están realizando
Falta de definición del rol profesional, no tener claros los objetivos que se deben cumplir.	incertidumbre e inseguridad
Saber qué es lo que la organización espera del trabajador.	
Capacidad de planificar su trabajo y esclarecer los procedimientos para realizarlo.	
Cambios sociales y/o tecnológicos continuos a los que el trabajador debe adaptarse rápidamente.	
Turnos nocturnos y los constantes cambios del turno.	horarios irregulares de alimentación, disminución en el rendimiento laboral y dificultades en las relaciones interpersonales
Falta de participación de los profesionales en la toma de decisiones.	una falta de motivación y compromiso hacia su trabajo
Estilos directivos de tipo coercitivo.	insatisfacción laboral
Carencia de apoyo y reconocimiento por parte de la organización.	indefensión incertidumbre y confusión
Estructura organizacional excesivamente burocráticas, centralizadas y rígidas, o muy descentralizada.	
Carencia de información sobre los resultados y la calidad del trabajo que realiza.	
Actitudes que se muestran hacia el trabajo, expectativas, nivel de auto exigencia, habilidades para afrontar el estrés.	

El desgaste laboral puede ser tanto producto de las relaciones interpersonales entre el profesional que presta el servicio y el que lo recibe, como resultado de la interacción entre el sujeto y su ambiente profesional.

Se pueden agrupar estos datos en tres variables que influyen en el desgaste laboral: (Buendía & Ramos, 2001)

Dentro de las *variables individuales* se encuentra el sexo, en comparación con los varones, las mujeres puntúan significativamente de forma elevada en cansancio emocional y baja realización personal. Los varones, en cambio, lo hacen en despersonalización y muestran actitudes más negativas hacia los clientes que las mujeres (Maslach & Jackson, 1985; Burke & Greenglass, 1989, en Buendía & Ramos, 2001). Esto puede deberse a que el hombre y la mujer presentan diferencias biológicas y psicológicas notables. En términos generales, la mujer es más emotiva y menos pragmática que el hombre, en cambio este último, opta por actitudes más resolutivas. Los hombres solucionan momentáneamente esta sensación de desgaste laboral, por medio de la *despersonalización* como estrategia de afrontamiento, resolviendo así el problema a corto plazo, pero dicha estrategia es nociva con el paso del tiempo. No obstante, es difícil interpretar las diferencias de género, porque de acuerdo con estos autores, pueden confundirse con un amplio número de variables relacionadas con el desgaste laboral, como por ejemplo, la profesión, empleo, categoría del empleo, conflicto de rol, ambigüedad de rol, sistema de apoyo social.

Respecto a la edad existe una relación negativa con el desgaste laboral. Parece que a mayor edad, es menos probable la experiencia del síndrome de desgaste laboral. Por eso, los profesionales más jóvenes tienden a experimentar mayores niveles de cansancio emocional, que los trabajadores veteranos, que en general, muestran bajos niveles de desgaste laboral.

Debido a la falta de evidencia empírica, el estado civil no ha sugerido una relación certera en el desgaste laboral. Mientras tanto un nivel educativo alto se asocia con mayor frecuencia e intensidad al cansancio emocional, y los años de experiencia profesional con cansancio emocional y despersonalización (Hernandez, 2006).

Entre las *variables sociales* destaca el apoyo social el cual puede definirse como la ayuda real o percibida que el individuo obtiene de las relaciones interpersonales

(familiares o de pares), tanto en el plano emocional como el instrumental, en una situación específica. Al respecto la familia o grupo de amigos proveen al sujeto de una autoestima profesional de la que en muchas ocasiones carece en el trabajo. El apoyo social permite al individuo, sentirse querido y cuidado, estimado y valorado y que participa en una red de comunicación y de mutuas obligaciones (Davis, 2001)

En éste sentido se distinguen sistemas de apoyo *formal* compuestos, entre otros, por las intervenciones médicas, las intervenciones en crisis y rehabilitación psicosocial; y sistemas de apoyo *informal*, que abarcan diversas redes sociales que emergen de forma natural, como las familiares, religiosas, de ocio y laborales. Algunas personas que conocen estas fuentes disponibles, carecen de apoyo porque se resisten a utilizar estos recursos. El apoyo social protege de la aparición de trastornos físicos y psicológicos. No obstante el impacto del apoyo social sobre los síntomas psíquicos puede ser diferente en los síntomas físicos (Davis, 2001).

Según Davis, (2001) se manejan dos teorías explicativas para la relación positiva entre apoyo social y salud:

- a) El apoyo social fomenta la salud independientemente del nivel de estrés (hipótesis del efecto directo o principal).
- b) Protege a las personas de los efectos perjudiciales de los eventos vitales estresantes (hipótesis del efecto protector o “*Buffer*”).

Buendía (1990) sugiere que las personas con un nivel relativamente alto de apoyo social presentan síntomas psicológicos y físicos menores e índices de mortalidad también menores que las personas con bajos niveles de apoyo social.

También existen indicios en torno a que las personas con pareja estable, amigos y familia que les proporcionen recursos materiales y psicológicos tienen mejor salud que aquellos con un contacto social pobre (Menezes, 2000, en Buendía & Ramos, 2001). A pesar de que hasta ahora no es posible establecer una relación causal, la combinación de los datos provenientes de estudios con animales, experimentos psicológicos y entrevistas sugieren que el apoyo social influye de manera importante en la salud de

las personas. De la misma manera se ha señalado que el apoyo social podría actuar como variable moderadora de los efectos negativos del estrés, el estrés laboral y el desgaste laboral (Cohen & Ashby, 1985, en Buendía & Ramos, 2001).

Por último, pero no menos importantes, están las *variables organizacionales*. Hay que recordar que las profesiones de servicio, son en las que inciden especialmente los estresores laborales, los cuales están vinculados a qué hace el sujeto (tipo de puesto de trabajo, categoría, tareas y funciones del puesto, responsabilidades), cómo, cuándo, dónde y para quién lo hace (Morales, 2007).

Entre los numerosos y variados estresores que pueden afectar a los profesionales podemos destacar la sobrecarga laboral, que en ocasiones proviene de la escasez de personal, el trabajo en turnos, el trato con pacientes difíciles o problemáticos, estar diariamente en contacto directo con la enfermedad, el dolor y la muerte, la falta de definición de las funciones y tareas lo que supone conflicto y ambigüedad de rol, la falta de autonomía y autoridad para poder tomar decisiones, los rápidos cambios tecnológicos a los que hay que adaptarse. Todos estos estresores contribuyen poderosamente al desgaste laboral (Ramos, 1999, en Buendía & Ramos, 2001).

En los últimos años, han surgido cambios en las profesiones de servicio, sobre todo en el sector sanitario y educativo; estos cambios han supuesto un aumento en las demandas de servicio de salud, educación y asistencia social por parte de la población (Jiménez, 2003). Todos estos cambios han ocurrido con demasiada rapidez para que estos profesionales los puedan asumir. A esto, hay que añadir que el paciente, alumno, cliente, usuario, cada vez está mejor formado, y exige mayor calidad. Además de los elementos como la pérdida del prestigio social que en décadas pasadas han ostentado estos profesionales (por ejemplo la pérdida de autoridad de la figura del maestro, del médico), la creciente cifra de usuarios, o la falta de profesionales suficientemente formados. Todo esto, ha llevado a dichos profesionales a una situación en la que sus roles se han quedado difuminados e incluso desprestigiados para la población y sobre todo para ellos mismos.

Si hacemos un resumen de las variables que influyen en el desarrollo y aparición del desgaste laboral podemos concluir, que el desgaste laboral es el resultado de la combinación de estresores originados en el entorno social, laboral y en el propio sujeto, en donde variables de carácter demográfico (sexo, edad, estado civil, nivel de instrucción), características de personalidad (locus de control externo, personalidad tipo A, falta de autoeficacia), la falta de apoyo social y las características de la tarea, clima laboral, entre otras, han sido estudiados como antecedentes o facilitadores de este síndrome (Gil-Monte,1997; en Aranda, 2003).

Además de la participación de ciertos factores psicosociales negativos que se asocian al síndrome de quemarse por el trabajo, entendiendo por *factores psicosociales* aquellos estresores percibidos con carácter crónico que ocurren en el ambiente laboral (Gil-Monte & Peiró, 1997; en Aranda, 2003). En la medida que estos facilitadores estén presentes aumentará o disminuirá el grado de estrés laboral percibido afectando el desarrollo del síndrome

2.5 Modelos explicativos del desgaste Laboral.

Uno de los modelos más representativos es el modelo tridimensional del MBI-HSS siendo éste el cuestionario por excelencia para realizar una evaluación psicométrica del desgaste laboral. El MBI-HSS está formado por 22 reactivos dividido en tres dimensiones que evalúan aspectos cognitivos (realización personal en el trabajo), aspectos emocionales (agotamiento emocional) y actitudinales (despersonalización) de la psique.

Basándose en las dimensiones que propone el MBI- HSS, Maslach (1982) señala que el desgaste laboral inicia por la aparición del agotamiento emocional, seguido de la despersonalización y por último la baja realización en el trabajo. En contraste Golembiewski y Munzenrider (1988) concluyeron que primero se da el desgaste laboral seguido por la baja realización personal en el trabajo y que finalmente aparecen los

sentimientos de agotamiento emocional. Por su parte Leiter (1993) menciona que el síntoma antecedente es el agotamiento emocional y la despersonalización se presenta después, pero la realización personal en el trabajo es un síntoma sin relación causal a los 2 anteriores. Lee y Ashforth (1993) proponen un modelo según el cual el desgaste laboral, evaluado con el MBI progresa desde agotamiento emocional a despersonalización y paralelamente desde agotamiento emocional a baja realización personal en el trabajo.

Gil-Monte (1994) elaboró un modelo alternativo que permite sustentar teóricamente las relaciones hipotetizadas entre los síntomas del desgaste laboral y explicar de manera adecuada su proceso de desarrollo, tomando como punto de partida los modelos transaccionales de estrés y de estrés laboral. En este modelo el desgaste laboral es definido como una respuesta al estrés laboral crónico que aparece tras un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias iniciales para afrontar el estrés laboral crónico no resultan funcionales. Esta respuesta es una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias, y se inicia con el desarrollo conjunto de baja realización personal en el trabajo y alto agotamiento emocional. Además se hipotetizó que la percepción de baja realización personal incrementaría significativamente el agotamiento emocional. Las actitudes de despersonalización que siguen se consideran una estrategia de afrontamiento desarrollada por los profesionales ante la experiencia crónica de baja realización personal en el trabajo y alto agotamiento emocional.

Buendía y Ramos (2001), destacan dos modelos secuenciales basándose en el modelo tridimensional del MBI, de acuerdo con ellos el más importante es el Modelo de Leiter, ya que se basa en que el desgaste laboral se desarrolla en cuatro fases, la secuencia se inicia con el *cansancio emocional*, fruto de un desequilibrio entre demandas organizacionales y recursos personales. Continúa con la *despersonalización*, que se ofrece como única salida a la situación creada. Poco después concluye en la falta de *realización personal*, resultado del choque entre las estrategias de afrontamiento elegidas y el compromiso personal exigible en la profesión asistencial.

El segundo modelo pertenece a Golembiewski, R. T., Munzenrider, R., y Stevenson, J. G. (1988), para este investigador, el desgaste laboral es un proceso en el cual los profesionales pierden el compromiso inicial que tenían con su trabajo como una forma de respuesta al estrés laboral y a la tensión que les genera. El síndrome no es exclusivo de las personas que trabajan en los servicios humanos, sino que puede darse en vendedores, directivos.

Los trabajos de Golembiewski, apoyan la secuencia despersonalización, baja realización profesional y cansancio emocional. Las expectativas de los sujetos en este tipo de profesionales (médicos, enfermeras, profesores) entran en conflicto con las experiencias y condiciones laborales existentes, lo que dificulta de sobremanera el desarrollo personal derivando hacia el cansancio emocional. Concluyeron que el desgaste laboral progresa de despersonalización a baja realización personal en el trabajo, mientras que los sentimientos de agotamiento emocional es el último síntoma que se establece.

Otro de los modelos planteado por Edelwich y Brodsky en 1980, sugiere que el desgaste laboral es un proceso de desilusión o de desencanto hacia la actividad laboral. Para explicar ese proceso elaboran un modelo de cuatro fases, la primera la denominan de *entusiasmo*, y se caracteriza por ser un periodo inicial de la actividad laboral en el que los individuos desarrollan gran ilusión, energía y expectativas irreales sobre el trabajo sin conocerlo realmente. Es una fase de entusiasmo irreal en la que los profesionales se sobre identifican con los individuos hacia los que trabajan y se implican en la actividad hasta el punto de hacer tareas y horas extras de forma voluntaria.

La segunda fase supone un *estancamiento*, el profesional aún realiza su trabajo, pero éste ya no lo es todo en su vida, su atención se centra ahora en sus asuntos personales, los amigos, el hogar y su familia.

La tercera fase se caracteriza por la *frustración*, al entrar en esta fase los individuos se preguntan si vale la pena el trabajo que están haciendo, si tiene sentido ayudar a los

demás cuando éstos no colaboran, los obstáculos a los esfuerzos laborales que se hacen son vistos como detractores de la satisfacción y el estatus personal.

La última fase se denomina *apatía*, y se considera un mecanismo de defensa frente a la frustración; se caracteriza porque la persona se siente frustrada continuamente en el trabajo, pero lo necesita para poder vivir, aquí los trabajadores hacen lo mínimo, evitan las innovaciones y los cambios. Edelwich y Brodsky consideran que este proceso es cíclico, de tal modo que se puede repetir en diferentes momentos en la vida laboral de la persona y diferentes trabajos.

Un modelo que concibe al desgaste laboral como un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral, es el de Price y Murphy (1984) y sugieren que puede ser explicado de manera similar a un proceso de duelo, pues conlleva pérdidas en el nivel personal (pérdida de la ilusión), en el nivel interpersonal (pérdida de los beneficios que comprende relaciones interpersonales positivas) y el nivel institucional y social (pérdida de trabajadores competentes para el sistema).

Según Price y Murphy, (1984), el desgaste laboral se caracteriza porque pasa por seis fases sintomáticas: fase de *desorientación*, en la que el individuo toma conciencia de la realidad laboral y comprueba que no alcanza sus objetivos con las personas hacia las que trabaja; la siguiente fase aparece *inestabilidad emocional*, que se ve incrementada por la falta de apoyo social emocional por parte de otros miembros del equipo de su trabajo, y por el *aislamiento y distanciamiento emocional* que los profesionales desarrollan como estrategias de afrontamiento para no implicarse en los problemas de las personas a las que atienden, aun manteniendo la empatía; después surgen sentimientos de culpa debido al fracaso profesional.

Los individuos se atribuyen fallos que no están bajo su control y se consideran culpables de la situación. La ocurrencia de este tipo de situaciones, lleva al profesional a desarrollar estrategias de afrontamiento poco adaptativas, como disminuir la calidad de los cuidados, adoptar un profesionalismo eficiente pero excesivamente frío y distante; la cuarta fase es de *soledad y tristeza* que si no se supera puede desembocar

en las siguientes fases; después esta la fase de solicitud de ayuda y finalmente viene el restablecimiento del equilibrio inicial con el que se abordó la profesión.

Finalmente está el Modelo teórico sobre el Desgaste Laboral, en el cual se intenta integrar y distinguir los principales antecedentes del Desgaste Laboral que son clave para prevenir su aparición; en la medida en que el diseño y la ordenación de trabajo prevengan la aparición de esas fuentes de estrés se va a evitar la aparición del mismo (ver Figura 1).

ESTRESANTES

RESULTADOS DEL ESTRÉS

CONSECUENCIAS ORGANIZACIONALES

LABORAL CRÓNICO

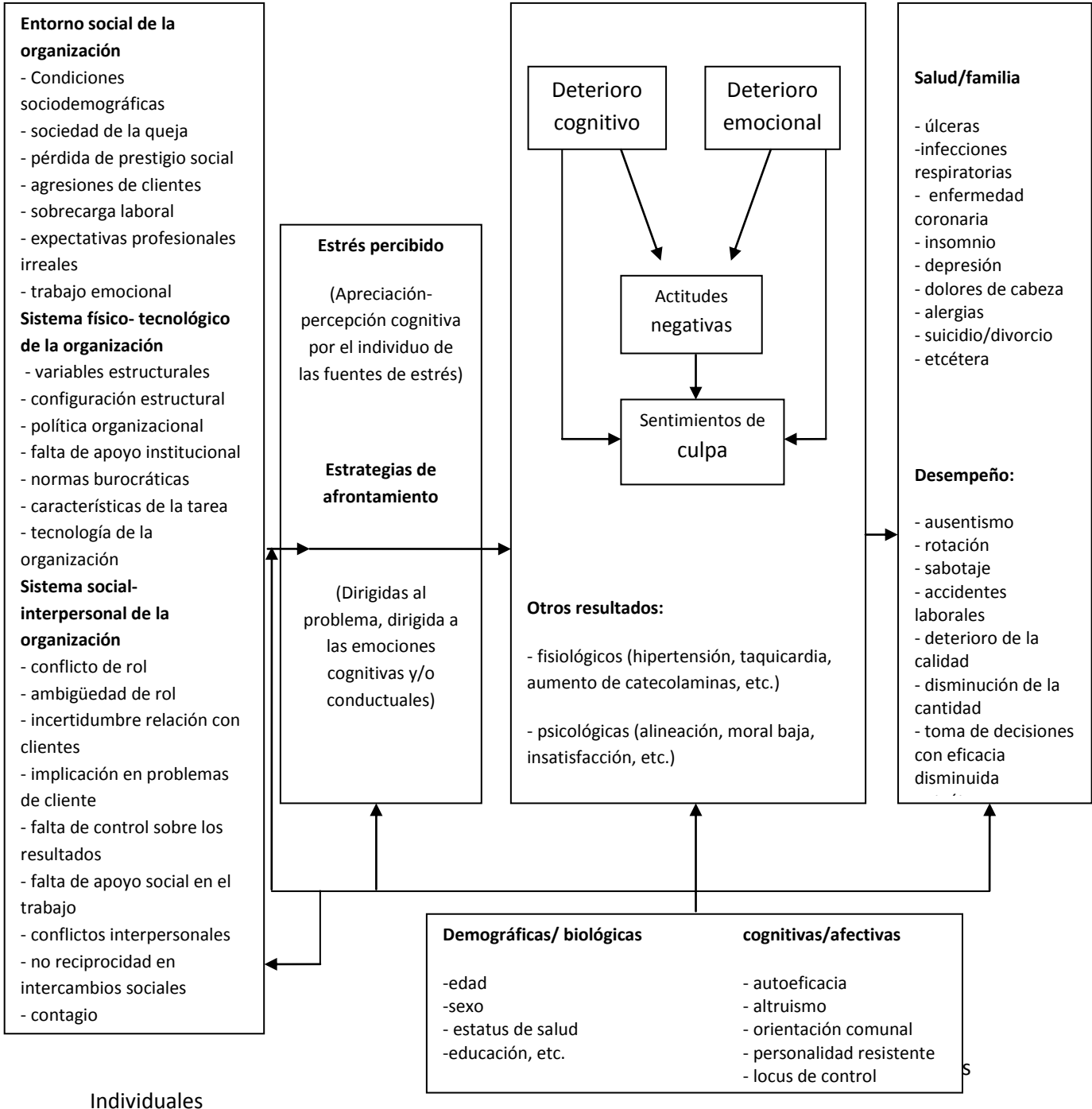


Figura 1. Modelo teórico del Desgaste Laboral. (Tomado de Gil Monte, 2005)

2.6 Repercusiones

Como se mencionó, este fenómeno se ha abordado desde un enfoque biopsicosocial, por tanto, es de esperarse que tenga incidencia en todos los ámbitos en los que la persona se desenvuelve. Llana (2002) agrupa las repercusiones más representativas en tres áreas, la primera es para la organización, aquí las consecuencias más importantes en las organizaciones del desgaste laboral repercuten sobre los objetivos y los resultados de estas, entre ellas cabe mencionar la satisfacción laboral disminuida, el absentismo laboral elevado, el bajo interés por las actividades laborales, propensión del abandono de la organización, el deterioro de la calidad de servicio de la organización, el aumento de los conflictos interpersonales con supervisores, compañeros y usuarios de la organización, el aumento de la rotación laboral no deseada y el aumento de accidentes laborales, así como insatisfacción de los pacientes por el trato recibido, ineficacia en la actividad diaria.

Dentro del ámbito familiar y social, destaca el deterioro de la vida en pareja, deterioro de la vida familiar en general, aislamiento, por consiguiente, hay un deterioro de las relaciones y aumento de los conflictos interpersonales, dejar el trabajo, desprecio sobre su familia, amigos, compañeros de trabajo, irritabilidad e impaciencia, enfrentamientos con la pareja, los cuales pueden llevar hasta el divorcio, se incapacitan para aislarse de los problemas laborales al llegar a casa.

Lo anterior, conlleva a una disminución de la calidad de vida personal y agotamiento emocional.

2.7 Prevención

La prevención del desgaste laboral, no consiste en la falta de responsabilidad ante el trabajo, Fernández (2008) puntualiza que el trabajador dispone de varias medidas para protegerse a sí mismo contra el estresor laboral, este autor agrupa las medidas más

accesibles y efectivas que sistematizan en las tres estrategias, primero afrontar el estresor, o sea la incidencia o la situación negativa, mediante una evaluación cognitivo-emocional, táctica conocida como las designaciones de afrontamiento. El afrontamiento según Fernández (2008), del problema se inicia dedicando tiempo y esfuerzo a su conocimiento por la vía de la lógica racional y la efectividad buscando explicaciones razonables sobre un contexto de reflexión y de entendimiento con otras personas sustentado por el diálogo. En segundo lugar está la desconexión periódica de la actividad laboral mediante el empleo adecuado del tiempo libre, en las direcciones de la actividad física, disponiendo de algún pasatiempo. Por último el apoyo sociofamiliar de tipo personal o emocional. Este respaldo interpersonal puede ser proporcionado por los familiares, amigos o compañeros del trabajo.

La formación es un elemento clave en la prevención del desgaste laboral, ya que se pretende conseguir un ajuste adecuado entre el individuo-puesto y viceversa, esta formación es indispensable debido a las condiciones cambiantes del entorno laboral (Gil-Monte 2005).

Los programas de formación deben considerar el entrenamiento a tres niveles, el nivel organizacional, el cual requiere entrenar a los trabajadores en acciones de desarrollo y cambio organizacional; el nivel interpersonal, que considera los grupos de trabajo así como la interacción social; y el nivel individual, que debe dar respuesta a las necesidades individuales sobre el afrontamiento al estrés (Ovejero, 2006).

Las intervenciones desde el nivel organizacional son escasas, ya que las principales se han centrado en el individuo. La implementación de estrategias de afrontamiento para manejar el estrés por parte de la organización, tal es el caso de la impartición de técnicas de relajación, puede ayudar a los trabajadores a manejar el agotamiento y el desgaste psíquico, pero no tratan con los otros síntomas (Ovejero, 2006).

Entre los procedimientos más utilizados para la prevención del estrés son el rediseño de tareas, la claridad en los procesos de toma de decisiones, evaluar la supervisión, establecer objetivos claros para los roles profesionales, implantar líneas claras de

autoridad, optimizar las redes de comunicación organizacional, mejorar las condiciones de trabajo, reformar el sistema de recompensas, promoción de los profesionales siguiendo criterios claros y equitativos, participación en la toma de decisiones, incrementar la autonomía, promover reuniones multidisciplinarias con carácter periódico, formación de grupos de trabajo.

Gil-Monte y Peiró (1997) han propuesto algunos métodos como los programas de socialización anticipatoria, programas de retroinformación a los trabajadores sobre su rendimiento y el desarrollo organizacional.

Los programas de socialización anticipatoria sirven para prevenir el choque con la realidad de los profesionales y sus consecuencias, ya que facilita el desarrollo de estrategias constructivas para enfrentarse con las expectativas irracionales que tienen sobre la profesión, fruto en muchas ocasiones de los modelos transmitidos por los medios de comunicación.

En los programas de retroinformación se toma en cuenta la información procedente de los clientes de la organización, de los compañeros, supervisores y de las personas a las que supervisa.

El desarrollo organizacional busca mejorar las organizaciones a través de esfuerzos sistemáticos y planificados a largo plazo, focalizados en la cultura organizacional. El objetivo es mejorar los procesos de renovación y de solución de problemas de una organización mediante una gestión de la cultura organizacional más eficaz y colaborativa (Muchinsky, 2002).

En el sistema interpersonal, las principales intervenciones se han enfocado en encontrar algunas variables que influyen sobre la conducta organizacional y, desde luego, en la aparición del desgaste laboral.

El Apoyo social en el trabajo, Morales (2007) lo define como la información que permite a las personas creer que otros se preocupan por ellos y los quieren; son estimados y valorados, y pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutuas.

Pines (1983) ha distinguido seis formas diferentes de ofrecer apoyo social en el trabajo, comenzando por escuchar a la persona de manera activa, pero sin darle consejos ni juzgar sus acciones. También proporcionar apoyo técnico, en el sentido de que un compañero experto diga al trabajador que está haciendo bien las cosas; creando con ello necesidades y pensamientos de reto, desafío, creatividad e implicación en el trabajo, por parte de aquellos compañeros expertos; brindar apoyo emocional, entendido como apoyo incondicional; así mismo generar en el individuo una reflexión sobre si realmente ha agotado todas las posibles soluciones, haciendo que replantee las posibles atribuciones hechas sobre los resultados de la tarea; finalmente participar en la realidad social del individuo, confirmando o cuestionando las creencias sobre sí mismo, su autoconcepto, autoeficacia y autoestima.

El entrenamiento de las habilidades sociales, por medio de estos programas puede mejorar la calidad de las relaciones interpersonales en el trabajo. Consiste en enseñar a los profesionales a ofrecer y recibir apoyo social en el contexto de trabajo (Furnham, 2001).

Aprender el rol profesional requiere el conocimiento y dominio de un conjunto delimitado de destrezas y habilidades técnicas específicas de cada profesión, pero en el caso de aquellos que trabajan en interacción con el cliente requiere también determinadas habilidades sociales y de comunicación (Furnham, 2001).

En todo programa de entrenamiento, de habilidades sociales, Gibson (2006), se deben desarrollar las siguientes fases, en la primera fase la evaluación de los individuos y de las situaciones permite conocer el comportamiento de las personas y determinar la eficacia del entrenamiento. En la segunda fase las instrucciones son de gran importancia, pues comentar los componentes de la conducta que van a ser entrenados en una determinada sesión guían a las personas en la realización de las respuestas, haciendo que centren su atención sobre las conductas a tratar, poniendo ejemplos de ella; la siguiente fase se basa en el modelado, aquí se presentan al individuo los modelos de los patrones adecuados del comportamiento que deben entrenar; al pasar a la cuarta fase se realiza el ensayo conductual, que es procedimiento para que la

persona represente las conductas y situaciones observadas con anterioridad en los modelos de la fase anterior; seguida de esta fase se proporciona información al individuo sobre la actuación realizada en el ensayo conductual, con el fin de moldear sus conductas. La sexta fase tiene como objetivo la generalización, es decir, que la persona desarrolle y mantenga los comportamientos aprendidos en su ambiente natural de trabajo, también se debe de procurar que desarrolle conductas no entrenadas, pero similares a las conductas que entrenó y que sean exhibidas con diferentes personas. Por último se lleva a cabo una evaluación de la eficacia del entrenamiento, se analizará en qué grado se han alcanzado los objetivos establecidos en las fases iniciales.

En lo que respecta a las intervenciones sobre el individuo, se han recomendado en cualquier momento del proceso de desarrollo del desgaste laboral.

Lazarus y Folkman (1986) identificaron dos tipos de estrategias de afrontamiento, las que están dirigidas a regular las emociones y las dirigidas al problema. Por afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional se entiende como la serie de procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional que genera una situación estresante. El afrontamiento dirigido a manipular o alterar el problema atiende a aquellas estrategias que intentan modificar la fuente de estrés.

A partir de esta distinción, Steptoe (1991) distingue entre estrategias cognitivas y estrategias conductuales. Las primeras son acciones que intentan de forma explícita actuar directamente sobre la situación estresante, y las cognitivas abordan el problema modificando su percepción. Las estrategias de carácter conductual intentan mejorar las repercusiones que tienen los estresores sobre la persona. Por su parte, las estrategias de carácter cognitivo se utilizan para manejar las alteraciones emocionales producto de la situación estresante.

Otra técnica es la solución de problemas, ésta ayuda a resolver los problemas y mejorar la toma de decisiones de las personas, facilitando el reconocimiento e identificación del problema, inhibiendo al mismo tiempo la tendencia de responder

impulsivamente ante él, proporcionando el desarrollo de alternativas a la situación y ofrece estrategias para analizar las diferentes alternativas y ponderarlas, proponiendo un procedimiento para escoger la respuesta al problema y verificar que tan adecuada resultó (Buendía, 2001).

2.8 Medición del Desgaste Laboral

La aparición del desgaste laboral en la literatura científica de corte psicológico, originó, a finales de la década de los setenta y principios de los ochenta, el desarrollo de una serie de instrumentos psicométricos dirigidos a su evaluación. El método del cuestionario, ha llegado a ser el más empleado para estimar la patología, con apoyo de otros procedimientos como la observación clínica, la entrevista estructurada o las técnicas proyectivas. Esta proliferación de cuestionarios ha tenido que enfrentarse al difícil problema de la delimitación conceptual del síndrome. En las primeras definiciones del síndrome se incluyeron multitud de síntomas (Perlman & Hartman, 1982, en Gil-Monte, 2005), lo que originó una seria confusión conceptual y una gran dificultad para la elaboración de medidas que lo evaluaran en toda su amplitud, y que también permitieran discriminarlo de otros constructos similares.

Aunque no existe una guía estándar para el diagnóstico, entre los síntomas relevantes que deben incluir en los cuestionarios para evaluar el desgaste laboral, el autor incluye los siguientes: percepción de fracaso profesional, desgaste emocional y físico, sentimientos de culpa, trato despectivo hacia los clientes, cinismo.

Los cuestionarios elaborados para estimar el desgaste laboral son muy numerosos debido a la expectación que ha despertado dicha patología en círculos académicos y profesionales.

Dentro de los cuestionarios, más utilizados se encuentran los siguientes:

Maslach Burnout Inventory (MBI), Maslach (1982), construyó un cuestionario para medir el desgaste laboral en el cual se evalúan tres dimensiones por medio de tres subescalas. Éstas no se combinan en una única puntuación global debido al conocimiento limitados sobre la relación entre los tres aspectos del desgaste laboral. El MBI puede ser fácilmente administrado y es ampliamente utilizado (Buendía, 1998).

Gil-Monte (1982), menciona las diferentes versiones del MBI, que se han utilizado, el: *Staff Burnout Scale for Health Professionals* (SBS-HP) (Jones, 1980), *Tedium Measure* (TM), por su parte, Pines y Aronson (1988), también desarrollaron una escala, a la cual llamaron *Burnout Measure* (BM), a pesar de que es unidimensional, pueden distinguirse tres aspectos: agotamiento, desmoralización y pérdida de la motivación; *Teacher Attitude Scale* (TAS) (Farber, 1984), *Meier Burnout Assessment* (MBA) (Meier, 1984), *Matthews Burnout Scale for Employees* (MBSE) (Matthews, 1990), *Gillespie-Numerof Burnout Inventory* (Gillespies & Numerof, 1984; Seltezer & Numerof, 1988).

El MBI, en sus diferentes versiones, es con amplia diferencia, el instrumento que más se ha utilizado para la evaluación psicométrica y para el diagnóstico del desgaste laboral, independientemente de las características ocupacionales de la muestra y de su origen.

Gil-Monte (2005), elabora el Cuestionario para la evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT), este instrumento, presenta cuatro dimensiones denominadas: *Ilusión por el trabajo*, *Desgaste Psíquico*, *Indolencia* y *Culpa*. Con él se puede estimar con qué frecuencia un individuo percibe los síntomas del síndrome del desgaste laboral, en forma de deterioro cognitivo, afectivo y actitudinal.

Otra escala a destacar es la elaborada por Moreno (1997) el cual lleva por nombre Cuestionario Breve de *Burnout* CBB. Explora tres variables fundamentales el síndrome de Burnout (SBO), que contempla las tres dimensiones del modelo de Maslach y Jackson; las causas del Burnout (CBO) que tienen que ver con factores relacionados directamente con el trabajo y las consecuencias del Burnout (CON) que afectan a nivel físico, psicológico y social.

Inicialmente este cuestionario fue destinado al estudio del desgaste laboral en profesores, desde su reciente aparición hasta la fecha ha sido utilizado por un total de 1 317 sujetos de diferentes profesiones asistenciales (enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, profesores.) y procedentes de diferentes países como España, México, Brasil, Argentina, Portugal (Correa, Z., Muñoz, I. & Chaparro, A. 2010).

2.9 Estudios sobre Desgaste Laboral

Se ha estudiado la relación del desgaste laboral con diversos factores, uno de ellos es la personalidad (Hernández, 2004; Hernández & Dickinson, 2006). Gibson (2006) indica que es bastante grande el número de aspectos de personalidad que podrían intervenir como moderadores del estrés, por lo que se suele centrar la atención en aquellos identificados por los investigadores organizacionales plasmados en el modelo de *las cinco grandes* dimensiones de la personalidad, que son la extroversión-intraversión, estabilidad emocional, afabilidad, aplicación y apertura a la experiencia. De éstas, la estabilidad emocional es la más relacionada con el estrés, los que califican alto en esta dimensión, tienen mayor probabilidad de experimentar un ánimo positivo y de sentirse bien consigo mismo y con sus trabajos. Mientras que si experimentan estrés, tienen menos probabilidades de sentirse abrumados por él y están en una mejor posición para recuperarse.

En menor grado, los que califican alto en extroversión están más predispuestos a experimentar estados emocionales positivos. Como son sociables y amigables, tienen más probabilidad de tener una red amplia de amigos en comparación de los que son introvertidos, cuentan con más recursos para salir adelante en etapas de estrés Gibson (2006).

Cuando hay calificaciones bajas en afabilidad, hay una tendencia a ser antagonistas, poco comprensivos y hasta groseros con los demás. Estos atributos incrementan la probabilidad de encontrar en otras personas una fuente de estrés, lo que conlleva a relaciones interpersonales llenas de situaciones estresantes Gibson (2006).

La aplicación es la dimensión de *las cinco grandes*, que está más consistentemente relacionada con el desempeño laboral y el éxito, por lo tanto a medida en el que el buen desempeño lleve a la satisfacción y otras recompensas, los que califiquen alto en aplicación, tienen menos probabilidad de experimentar estrés en relación con estos aspectos de sus puestos. Sin embargo los que califiquen bajo, tienen más probabilidad de tener un mal desempeño, recibir pocas recompensas y generalmente obtienen menos éxito en sus carreras, lo cual no es una receta para tener bajos niveles de estrés Davis (2001).

Concluyendo con *las cinco grandes*, los que tienen alta apertura a la experiencia, están mejor preparados para enfrentar los factores de estrés asociados con el cambio, porque tienen una mayor probabilidad de verlo como un reto, en lugar de como una amenaza Davis (2001).

La autoeficacia es otro atributo de la personalidad que puede moderar el proceso desde la percepción de los factores de estrés (por ejemplo, los trabajadores con baja autoeficacia tienen más probabilidad de experimentar una sobrecarga laboral), hasta las consecuencias Davis (2001).

Por otra parte desde un punto de vista organizacional, estudios realizados por Uribe (2008) reporta, que quienes padecen agotamiento son los de iniciativa privada, los que trabajan por obra determinada, los que trabajan menos o más, es decir en los extremos, están entre el ocio y la adicción al trabajo, los que tienen poco tiempo de trabajar en la vida y en sus empleos actuales, los que compiten por los ascensos y por mejorar sus ingresos. La despersonalización se observa en quienes tienen un contacto directo con los usuarios del servicio. La insatisfacción de logro es reportada por los que ocupan puestos operativos, tienen poca antigüedad en su empleo y en general corta experiencia, y los que tienen menos ascensos e ingresos bajos.

2.10 Desgaste laboral en el ámbito hospitalario

En los últimos años, el sistema del cuidado de la salud, se ha visto sometido a diversos cambios en muchos países; han habido grandes avances en la ciencia médica con excelentes resultados en diversos campos de tratamiento, lo cual, además de aumentar la esperanza de vida de muchos pacientes, ha elevado las expectativas y demandas referentes al sistema del cuidado de la salud. Estos profesionales se están viendo obligados a trabajar bajo una fuerte presión y se ven sometidos a un fuerte estrés al tener que compaginar estas demandas de los pacientes con los recursos de los que disponen.

Los profesionales de enfermería de mayor edad, con menor nivel educativo y de sexo femenino están menos expuestos a las diversas dimensiones del desgaste laboral (Manzano, 1998, en Buendía & Ramos, 2001).

Los estudios realizados con docentes y profesionales de la salud en la ciudad de Guadalajara y Michoacán (Uribe, 2008), revelaron que el grupo de profesionales de la salud presentó mayores puntuaciones consistentemente más altas en los tres factores. En cuanto a las diferencias de sexo, las mujeres perciben en mayor grado que los hombres la despersonalización y el desgaste emocional.

Buendía y Ramos (2001), afirman que el estrés entre los médicos ha sido subrayado en una buena cantidad de estudios, destacando, los factores más comunes que se han sido identificado en la historia, como la presión del tiempo, la incertidumbre, tratar con la muerte, la administración, las demandas del trabajo, los pacientes problemáticos, el cubrir las necesidades y demandas de los pacientes, las interrupciones y el conflicto casa/trabajo. Sin embargo pueden darse diferencias entre las distintas profesiones relacionadas con la salud.

La mayoría de las causas de estrés en los médicos son comunes para las diferentes especialidades, pero puede darse una presión específica relacionada con una especialidad médica en particular y diferentes etapas dentro de la profesión médica.

Un estudio que data de 1987 (Buendía & Ramos, 2001) reveló que por naturaleza, algunas especialidades son más estresantes que otras, dando como resultado, mayor *deficiencia médica*.

En 1996, otra investigación encabezada por Swanson (en Buendía & Ramos, 2001), arrojó evidencias de que las mujeres tienen menos estrés ocupacional y una mayor satisfacción laboral en general a diferencia de los hombres. A su vez, Rout (1998) entrevistó a treinta especialistas en el noroeste de Inglaterra; un análisis cualitativo de los datos remarcó que la presión de tiempo y el trabajo excesivo eran dos factores importantes de estrés para los especialistas; además, hubo algunas diferencias, por ejemplo, los especialistas en obstetricia y ginecología tenían una mayor presión debido al aumento de quejas y litigaciones, mientras que para los cirujanos la principal fuente de estrés está en las operaciones difíciles que no salen bien.

Capítulo 3. Ambiente laboral en el Sector salud: Sector de Enfermería.

3.1 Surgimiento del Sector Salud en México.

Rodríguez (2010), Afirma que los primeros antecedentes de protección social y sanitaria a la población en México existió, en los tiempos en que Benito Juárez fue el presidente de la Republica, en donde había un acentuado carácter asistencial, así surgió la creación de la escuela de ciegos en 1871.

A pesar de que hubo intentos legislativos para defender la cobertura de prestaciones sociales y sanitarias a los trabajadores desde principios de siglo, no fue hasta la constitución de 1917 cuando se recoge, de manera normativa, la obligación patronal de proporcionar a los trabajadores, pensiones, habitaciones cómodas e higiénicas, escuelas, enfermerías y otros servicios (Rodríguez ,2010).

Sin embargo, no fue hasta la primera mitad del siglo XX, en 1943 cuando el sistema público de salud en México da sus primeros pasos para crear tres instituciones que fueron los ejes de la salud en esas fechas: la Secretaria de Salud, el Instituto Mexicano de la Seguridad Social (IMSS) y el Hospital infantil (el primero de los diez Institutos Nacionales de Salud) que hay ahora, que destacan por una excelente preparación de especialistas, alto nivel de investigación y utilización de alta tecnología

La creación de estas instituciones, junto a la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de trabajadores del estado (ISSSTE) en 1959, da lugar a lo que entendemos por la primera fase en las reformas de salud que responde a las demandas de la emergente industrialización, y nace de manera paralela a un nuevo ciclo de desarrollo económico en el mundo.

Más adelante, como dato relevante histórico, que marco la dirección del sector salud en México fue que en 2003 se puso en marcha, una reforma estructural del sector salud que responde al reto de alcanzar un financiamiento justo. El trabajo analítico que dio origen a las evidencias que sustentan la reforma dio inicio en el año 2000; la

reforma se convirtió en ley en abril de 2003, y el 1º de Enero de 2004 entro en operación un esquema de seguro universal denominado Sistema de Protección Social en Salud. El Seguro Popular de Salud constituye una parte fundamental del sistema de Protección Social en Salud y fue diseñado para financiar servicios personales no especializados de salud. Este funcionó como programa piloto de 2001 a 2003 y a partir de 2004 se constituyo en el brazo ejecutivo del nuevo sistema (Rodríguez ,2010).

México es un país de ingresos medios con profundas desigualdades sociales que se reflejan tanto en sus condiciones de salud como en la estructura de su sistema de atención.

La base ética de la reforma es la democratización del sistema de salud para hacer efectivo el derecho constitucional de todos los mexicanos a la protección de su salud. Por primera vez en la historia del país, el nuevo sistema creado por la reforma hará posible que todos los mexicanos independientemente de su situación socio-económica o laboral, ejerzan su derecho a la protección social en salud y tengan acceso a un seguro público de salud (Rodríguez, 2010).

En la actualidad, de acuerdo al plan Nacional de Salud 2007-2012 de Felipe Calderón (Secretaria de Salud, 2007), México cuenta con 4,203 hospitales, de los cuales 1,121 son públicos y 3,082, privados. El sector público cuenta con un promedio de 0.74 camas por cada mil habitantes, inferior al valor sugerido por la Organización Mundial de la Salud, que es de una cama por cada mil habitantes. Las instituciones de seguridad social tienen una tasa de 0.87 camas, contra 0.63 de las instituciones que atienden a la población sin seguridad social.

Claramente, en México aún existe un significativo déficit de camas hospitalarias por cada mil habitantes. En el orden más general de la vida social, el acceso a servicios de salud no alcanza aún a toda la población, y pagar por servicios privados resulta muy difícil para la mayoría. Entre 2000 y 2005 se aprecia una disminución de la población no derechohabiente debido, principalmente, a la elevada afiliación al Seguro Popular, que

es un seguro médico voluntario dirigido a evitar empobrecimiento de las familias por gastos emergentes de salud. Sin embargo, es justo reconocer que persisten grandes desigualdades en la calidad de los servicios de salud de que disfrutan los mexicanos (Secretaria de Salud, 2007).

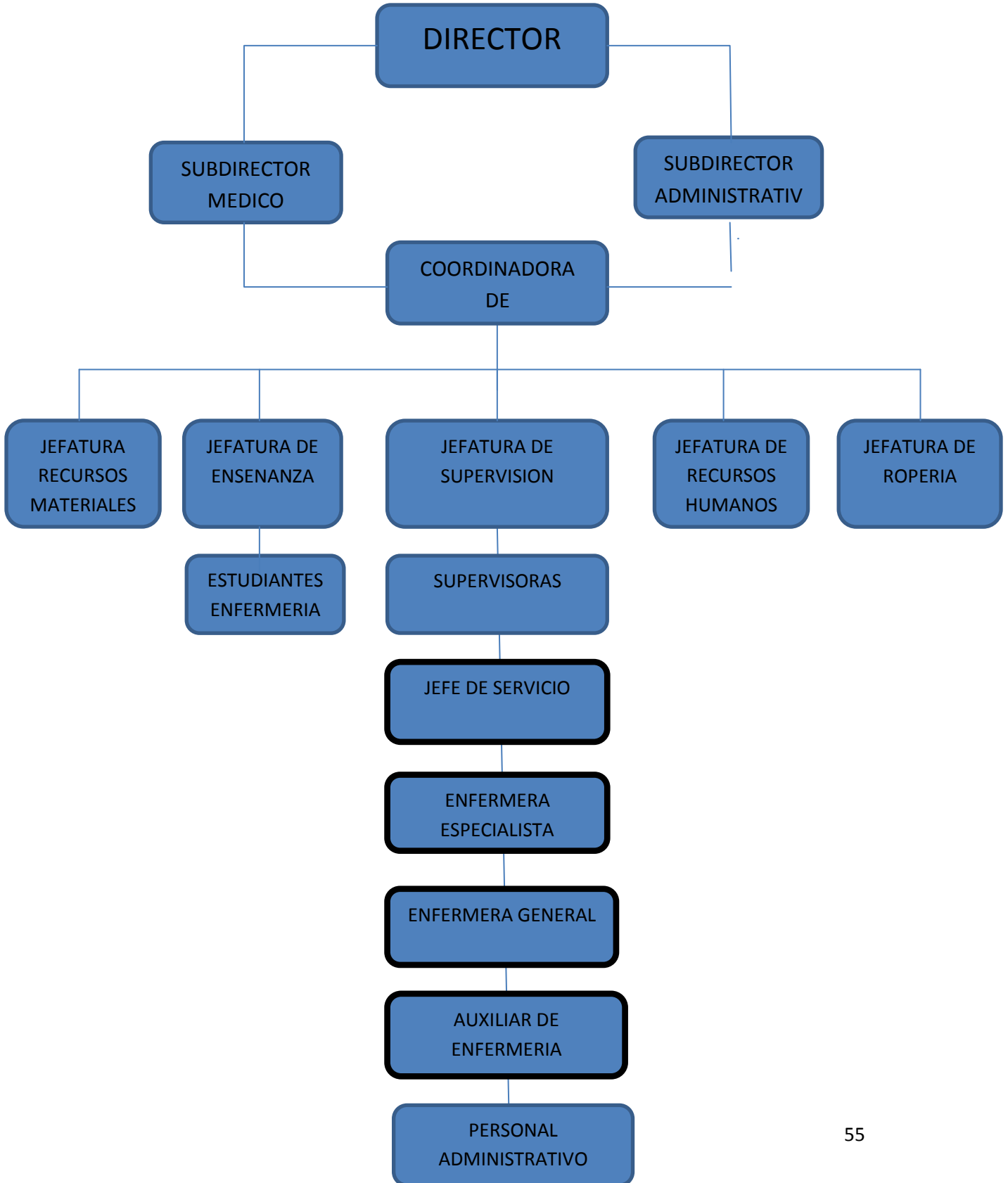
La falta de infraestructura moderna y la insuficiencia de insumos no generan los mismos efectos en la prestación de los servicios de salud de las diferentes dependencias puede llegar en algunas ocasiones hasta el 20%. En cuanto a la cantidad de personal capacitado disponible en el sector salud, México tiene 1.85 médicos por cada mil habitantes, cifra inferior al promedio internacional deseable, que es de tres médicos. Cabe señalar, que además de este indicador debe también atender la distribución geográfica de médicos (Secretaria de Salud, 2007).

La desigualdad se observa también entre instituciones. PEMEX, por ejemplo, tiene un promedio de tres médicos por cada mil derechohabientes, mientras que la Secretaría de Salud, IMSS e ISSSTE tienen menos de dos. Ello refleja que existen diferencias entre los servicios de salud que reciben derechohabientes del sector paraestatal (Secretaria de Salud, 2007).

El abasto de medicamentos ha mejorado en las unidades de atención ambulatoria, no así en los hospitales. Mientras que en las unidades de IMSS-Oportunidades ha sido posible surtir hasta 94.3% de las recetas expedidas por sus médicos, los servicios estatales de salud apenas lograron 61.2%. La cobertura efectiva también es desigual. En conjunto, el Distrito Federal registra la mayor cobertura de servicios, que alcanza a 65.1% de la población, en tanto que Chiapas tiene un alcance del 54%. Es evidente que la modernización de los servicios de salud requiere grandes inversiones para lograr los estándares deseables. México destina 6.5% de su producto interno bruto al rubro de la salud, cifra menor al promedio internacional (Secretaria de Salud, 2007).

3.2 Áreas de trabajo del Sector salud en México.

Organigrama ISSSTE.



3.3 Características de la profesión de Enfermería.

La enfermería como profesión existe desde que Florence Nightingale, a mediados del siglo XIX, expresó la firme convicción de que la enfermería requería un conocimiento diferente al conocimiento médico. Describió lo que para ella era la función propia de enfermería: “Poner al paciente en las mejores condiciones para que la Naturaleza actúe sobre él” pag. 89; definió los conceptos de enfermedad como el camino que utiliza la naturaleza para desembarazarse de los efectos o condiciones que han interferido en la salud. Y definía salud diciendo que la salud es, no solamente estar bien, sino ser capaz de usar bien toda la energía que poseemos, en relación con la enfermería, el objetivo de los cuidados de enfermería y su praxis (Marriner y Raile 2010).

Es a partir de la década de los años 50, del siglo XX, cuando los profesionales de enfermería comienzan a desarrollar los modelos conceptuales. Éstos pueden clasificarse según su centro de interés principal. Representan diferentes puntos de vista y explicaciones sobre la naturaleza de los objetivos y los métodos de enfermería, porque parten de teorías distintas sobre la persona (Marriner y Raile 2010).

A continuación se describen algunas teorías que siguen vigentes en el ejercicio de la Profesión de enfermería actualmente:

Teoría de Virginia Henderson. Fue una de las primeras enfermeras modernas que definió la enfermería en 1971: La función propia de la enfermería consiste en atender al individuo enfermo o sano en la ejecución de aquellas actividades que atribuyen a su salud o a su restablecimiento o a evitarle padecimientos en la hora de su muerte, actividades que el realizaría por sí mismo si tuviera fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios, haciéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo más rápidamente posible (Marriner y Raile 2010).

Supuestos principales:

- Una enfermera tiene como única función ayudar a individuos enfermos o sanos.
- Una enfermera actúa como miembro de un equipo médico.
- Una enfermera actúa al margen del médico, pero apoya su plan, si existe un médico encargado. Henderson subrayó que la enfermera por ejemplo, una

comadrona puede trabajar de forma independiente y debe hacerlo así si es la persona sanitaria mejor preparada en la situación. La enfermera puede y debe diagnosticar y aplicar un tratamiento cuando la situación así lo requiere. Henderson (1922), resalta especialmente este punto en la sexta edición de Principles and Practice of Nursing (Marriner y Raile 2010).

- Una enfermera debe tener nociones tanto de biología como de sociología.
- Una enfermera puede valorar las necesidades humanas básicas.
- Los 14 componentes del cuidado de enfermería abarcan todas las funciones posibles de enfermería.
- Salud. “Se trata más bien de la calidad de la salud que de la propia vida, ese margen de vigor mental/físico, lo que permite a una persona trabajar con la, mayor eficacia y alcanzar el nivel de satisfacción vital en sus más altas medidas” p. 168.
- La salud es la calidad de vida
- La salud es fundamental para el funcionamiento humano
- La salud requiere independencia e interdependencia
- Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo
- Toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen estado de salud si tiene la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario
- Paciente. Individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila, y que el cuerpo y el alma son inseparables. Así, contempla al paciente y a su familia como una unidad.
- Las personas deben mantener el equilibrio fisiológico y emocional
- El paciente requiere ayuda para conseguir la independencia
- El paciente y su familia constituyen la unidad (Marriner y Raile 2010).

Necesidades. Son 14 necesidades básicas del paciente que abarcan todos los componentes de la asistencia de enfermería. Estas necesidades son las siguientes:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber de forma adecuada
3. Evacuar los desechos corporales
4. Moverse y mantener una postura adecuada
5. Dormir y descansar
6. Elegir la ropa (adecuada para vestirse y desvestirse)
7. Mantener la temperatura del cuerpo dentro de un margen adecuado seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales
8. Mantener la higiene corporal y un buen aspecto y proteger la piel
9. Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás
10. Comunicarse con los otros expresando las propias emociones, necesidades, temores u opiniones
11. Actuar con arreglo a la propia fé
12. Actuar de manera que se tenga la sensación de satisfacción con uno mismo.
13. Disfrutar o participar en diversas formas de entrenamiento
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad para alcanzar un desarrollo y una salud normales y acudir a los centros sanitarios disponibles.

Entorno.

- Las personas que están sanas pueden controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad
- Las enfermeras deben formarse en cuestiones de seguridad
- Las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones mecánicas
- Las enfermeras deberán reducir al mínimo la posibilidad de accidentes a través de consejos en cuanto a la construcción de edificios, adquisición de equipos y mantenimiento.

- Los médicos se sirven de las observaciones y valoraciones de las enfermeras en las que basan sus prescripciones para aparatos de protección.
- Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos (Marriner y Raile 2010).

Como compañeros la enfermera y el paciente formulan juntos el plan de asistencia. Con independencia del diagnóstico existen unas necesidades básicas que pueden estar matizadas por otras circunstancias como la edad, el carácter, el estado anímico, la posición social o cultural y la capacidad física o intelectual (Marriner y Raile 2010).

La relación enfermera-médico.

La enfermera tenía una función especial diferente de la de los médicos. El plan asistencial formulado por la enfermera y el paciente debe aplicarse de forma que se promueva el plan terapéutico prescrito por el médico. Henderson remarcaba que las enfermeras no estaban a las órdenes, ya que cuestionaba la filosofía de que los médicos den órdenes a los pacientes y a los empleados sanitarios (Marriner y Raile 2010).

Teoría de Dorothea Elizabeth Orem. A principios de la década de 1970, Orem formuló los supuestos básicos de su teoría general, que fueron presentados a la Escuela de Enfermería de la Marquette University en 1973 en este modelo se identifican cinco premisas básicas que describen una teoría general de la enfermería (Marriner y Raile 2010).

1. Los seres humanos necesitan estímulos continuos deliberados que actúen sobre ellos y sobre su entorno para seguir vivos y proceder de acuerdo con la naturaleza.
2. La actividad del hombre, la capacidad de actuar de forma deliberada, se ejerce a través de los cuidados que se prestan a uno mismo o a los demás para identificar las necesidades y crear los estímulos precisos.

3. Las personas maduras experimentan privaciones en forma de limitaciones de acción a la hora de cuidar de sí mismas o de los demás, mediante aportaciones que permiten el mantenimiento de la vida y la regulación de las funciones vitales.

4. La actividad humana se ejerce mediante el descubrimiento, desarrollo y transmisión a los demás de formas o métodos que ayuden a identificar las necesidades y a conseguir estímulos para uno mismo y para los demás.

5. Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan responsabilidades para prestar ayuda a los miembros del grupo que padecen privaciones y aportar los estímulos necesarios para uno mismo y para los demás.

(Orem 1973), expuso los supuestos previos de la teoría de autocuidado y sistemas de Enfermería.

La teoría del déficit de autocuidado es compuesta por tres subteorías interrelacionadas que describen:

1. El autocuidado (cómo y porque se cuidan las personas)
2. El déficit de autocuidado (porque la enfermera puede ayudar a las personas)
3. Los sistemas de enfermería (que relaciones deben crearse y mantenerse para que exista la enfermería), a continuación se señalan los conceptos principales de estas teorías.

Autocuidado. Es la práctica de actividades que personas jóvenes y maduras emprenden con arreglo a su situación temporal y por arreglo a su situación temporal y por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar su bienestar (Marriner y Raile 2010).

Requisitos del autocuidado. Estos requisitos se derivan de una reflexión interior formulada expresamente que distingue las acciones que, según se sabe o se cree, son necesarias para regular los diversos aspectos del funcionamiento humano y el desarrollo permanente o en condiciones y circunstancias específicas. Por cada requisito del autocuidado se fija:

1. El factor que se debe controlar u orientar para mantener el funcionamiento y desarrollo humano con arreglo a las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personal.
2. La naturaleza de la acción necesaria, los requisitos de autocuidado formulados abiertamente constituyen el fin formal del mismo y expresan los resultados deseados o pretendidos, es decir, las metas que persigue aquél.

Requisitos del autocuidado universales. Los objetivos necesarios a escala universal que se deben satisfacer a través del autocuidado o del cuidado dependiente tienen su origen en lo que se conoce de forma contrastada o lo que está en vías de comprobación acerca de la estructura humana y la integridad funcional en las diversas etapas del ciclo vital (Marriner y Raile 2010).

En esta teoría se proponen seis requisitos que comparten los hombres, las mujeres y los niños:

1. El mantenimiento de un consumo de aire, agua y alimento suficiente.
2. La prestación de la asistencia que se asocia con los procesos de eliminación y los excrementos.
3. La preservación de un equilibrio entre actividad y reposo.
4. El mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social.
5. La prevención de los riesgos para la vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal.

La promoción del funcionamiento y desarrollo personal dentro de grupos sociales, de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones conocidas y el deseo de ser normal el término normalidad se utiliza aquí para referirse a lo que es humano esencia y se corresponde con las cualidades y las características genéticas y constitutivas del individuo (Marriner y Raile 2010).

Requisitos del autocuidado relativos al desarrollo. Se definen como aquellos que tienen por objeto promover mecanismos que ayuden a vivir y madurar y a prevenir

enfermedades que perjudiquen dicha maduración o a aliviar sus efectos (Marriner y Raile 2010).

Requisitos del autocuidado cuando falla la salud. Estos requisitos son comunes en las personas que están enfermas o que han sufrido algún accidente y que presentan algún trastorno o estado patológico en concreto, en lo que incluyen defectos y discapacidad, y para los que existe un diagnóstico y se ha iniciado un tratamiento médico. Las características de la falta de salud como un estado que abarca un cierto periodo de tiempo determinan el tipo de cuidados necesarios mientras se sufren los efectos del estado patológico y dura la enfermedad (Marriner y Raile 2010).

Las enfermedades o lesiones no solo afectan a estructuras concretas y a mecanismos fisiológicos y psicológicos, sino también al funcionamiento global del cuerpo. Cuando este funcionamiento global está seriamente alterado (retraso mental grave, estados de coma, autismo), la capacidad del individuo maduro o joven para actuar se ve seriamente afectada, ya sea de forma permanente o temporal. En estados de salud anormales, los requisitos de autocuidado nacen tanto de la circunstancia de estar enfermo como de las medidas tomadas en el diagnóstico o el tratamiento. En el modelo de Orem (1930), se enumeran seis categorías de requisitos de autocuidado cuando falla la salud (Marriner y Raile 2010).

Las medidas sanitarias que se adopten para resolver las necesidades de autocuidado cuando falla la salud deben ser componentes activos de los sistemas de autocuidado de cuidados dependientes del individuo. La complejidad de los sistemas de autocuidado o de cuidados dependientes es aún mayor por el alto número de tipo de necesidades generadas por la falta de salud que deben satisfacer dentro de un intervalo de tiempo determinado (Marriner y Raile 2010).

Demanda de autocuidado terapéutico. En esta categoría se encuadra la suma de todas las medidas sanitarias necesarias en momentos concretos o a lo largo de un periodo de tiempo para satisfacer las necesidades de autocuidado conocidas del individuo, que

dependen en particular de cada enfermedad y de la circunstancias y dependen de la aplicación de métodos apropiados para:

1. Controlar o gestionar factores identificados en las necesidades de valor obligatorio para el funcionamiento del organismo como, por ejemplo el aire, el agua y suficiente alimento.
2. Cumplir con el elemento de actividad de la necesidad, por ejemplo mantenimiento, promoción, prevención y provisión.

La demanda de autocuidado terapéutico en cualquier momento:

1. Describe factores en el paciente o en el entorno que (en pro de la vida, la salud o el bienestar del paciente) deben mantenerse estables dentro de un rango de valores o conducirse hasta este rango de forma permanente.
2. Posee un grado conocido de eficacia instrumental que se deriva de la selección de la tecnología y las técnicas específicas que se van a aplicar, con el fin de tratar y en cierto modo, controlar a un paciente a unos factores cambiantes del entorno (Marriner y Raile 2010).

4. Método

4.1 Planteamiento y justificación del problema.

En esta investigación se enfatiza cómo es que de un tiempo a la fecha preocupa más la calidad de vida en general de todos los habitantes y específicamente de los profesionales que laboran en los servicios humanos, aquellos que tienen un contacto directo con pacientes, usuarios cuyas exigencias llegan a desbordar la capacidad de actuación del trabajador de la salud (Buendía y Ramos, 2001, p. 33).

En la época contemporánea, donde las exigencias de las esferas individual, social y laboral son elevadas, encontramos personas sometidas a un ritmo de vida sumamente acelerado, donde hombres y mujeres cubren diferentes roles (Gibson, 2006).

La enfermería es una de las profesiones ejercidas en el ámbito hospitalario, en la cual, un importante número de personas se encuentran sometidas al estrés, quienes deben enfrentar diariamente situaciones muy complejas, derivadas de la responsabilidad en el trabajo, de las condiciones físicas, de las relaciones con los compañeros y otros miembros del equipo de salud, con los pacientes y sus familiares, todo ello conjugado con su vida personal (Bosqued, 2008).

Todo esto conlleva a pensar que es necesario plantear estrategias que colaboren para que el personal de enfermería logre afrontar todas las exigencias de su vida laboral y, por ende, el estrés que tales tensiones generan (Bosqued, 2008).

Al realizar esta investigación se pretende identificar la presencia del Desgaste Laboral en enfermeras del sector salud.

4.2 Pregunta de Investigación.

¿Existe presencia del Desgaste Laboral, en enfermeras de base del Hospital 1º de Octubre del ISSSTE?

4.3 Objetivo.

Identificar si existe presencia estadísticamente significativa, de Desgaste Laboral, en enfermeras de base del Hospital 1º. De Octubre del ISSSTE.

4.4 Hipótesis.

H1. Existe presencia estadísticamente significativa de Desgaste laboral en enfermeras de base del Hospital 1º. De octubre del ISSSTE.

H2. No existe presencia estadísticamente significativa de Desgaste laboral en enfermeras de base del Hospital 1º. De octubre del ISSSTE.

4.5 Variables.

Variable Independiente. Área de Trabajo

Variable Dependiente. Desgaste Laboral

4.5.1 Variables Demográficas.

Edad

Sexo

Antigüedad en la empresa

Sueldo

Escolaridad

Puesto

Estado Civil

No. de hijos

4.5.2 Definición conceptual.

Desgaste laboral: Síndrome de cansancio emocional, despersonalización y reducción de la realización personal (Maslach 1976; Maslach & Jackson 1981); considerando que el desarrollo del síndrome es un proceso con antecedentes y consecuentes (Moreno-Jiménez, 1997).

Sexo: Conjunto de atributos biológicos y psicológicos que determinan el género de un individuo (RAE, 2012).

Antigüedad en la empresa: Tiempo transcurrido desde el día en que se obtiene el empleo (RAE, 2012).

Sueldo: Retribución monetaria que se paga a un trabajador (RAE, 2012).

Escolaridad: Número de Años de Estudios (RAE, 2012).

Puesto: Funciones que desempeña un empleado en su lugar de trabajo (RAE, 2012).

Estado Civil: Situación de las personas, determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes (RAE, 2012).

4.5.3 Definición operacional

Desgaste Laboral: Puntaje obtenido en el CBB

Edad: Variable proporcionada por los participantes en la hoja de respuestas.

Género: Variable proporcionada por los participantes en la hoja de respuestas.

Estado civil: Variable proporcionada por los participantes en la hoja de respuestas.

Antigüedad: Variable proporcionada por los participantes en la hoja de respuestas.

Escolaridad: Variable proporcionada por los participantes en la hoja de respuestas.

Puesto: Variable proporcionada por los participantes en la hoja de respuestas.

Los participantes que conformaran la muestra serán 300 enfermeros y enfermeras del Hospital 1º de Octubre, pertenecientes a todas las áreas.

4.6 Participantes

La elección de los participantes se hará a través de un muestreo no probabilístico, por selección intencional o de conveniencia (Sampieri, 2007).

4.7 Tipo de Estudio

El tipo de estudio que se utilizará en la investigación será exploratorio, por ser la primera aproximación al fenómeno y de campo por ser en su ambiente natural de trabajo (Sampieri, 2007).

4.8 Instrumento

Para evaluar esta variable, se aplicará el Cuestionario Breve de Burnout (CBB), elaborado por (Moreno-Jiménez, Bustos, Matallana y Millanes, 1997), es un cuestionario que consta de de 21 reactivos, en todas las escalas el rango de respuesta cuenta con 5 opciones: 1. Ninguna ocasión, 2. Raramente, 3. Algunas veces, 4. Frecuentemente y 5. La mayoría de las veces.

El autor propuso el valor mayor de 3 como “afectado” en la variable que se trate, y mayor de 4 como “altamente afectado”.

Los 21 reactivos están teóricamente organizados en tres grandes bloques:



Estructura Teórica del C.B.B.

5. Resultados

ESTADISTICA DESCRIPTIVA

5.1 Datos Sociodemográficos.

Para el análisis Estadístico se utilizara la correlación producto de Pearson, cuya finalidad será conocer la relación que existe entre las variables demográficas y el Desgaste Laboral.

En el presente estudio participaron 306 enfermeras y enfermeros de un Hospital gubernamental, de los cuales el 87% (269) son mujeres y el 13% (37) hombres, como se observa en la Figura 1.

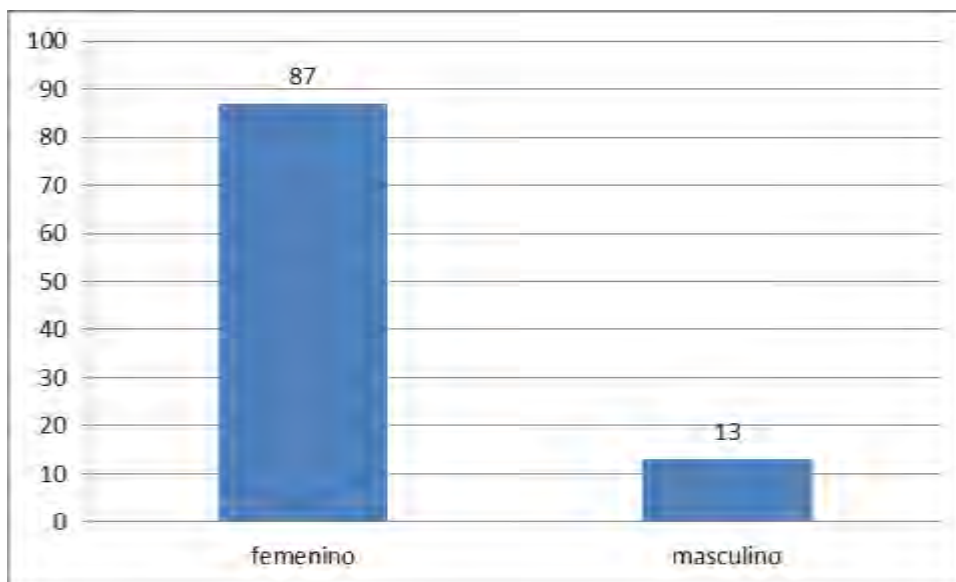


Figura 1. Distribución del número de trabajadores de enfermería clasificados por género.

Respecto a la edad, la media de la muestra fue 37.8 años. Las edades de la muestra se describen en la Figura 2.

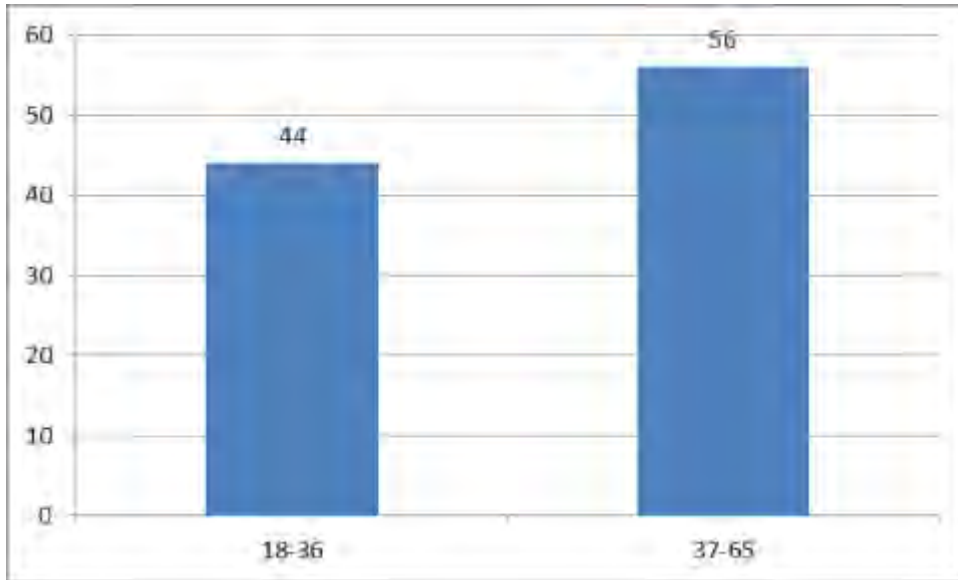


Figura 2. Distribución del número de trabajadores de enfermería clasificados por edad.

De acuerdo al nivel escolar, el 1% (4) de la muestra tiene estudios de auxiliar de enfermería, el 45% (138) una carrera técnica, el 23% (70) enfermería, y el 30% (94) licenciatura y posgrado, como se observa en la Figura 3.

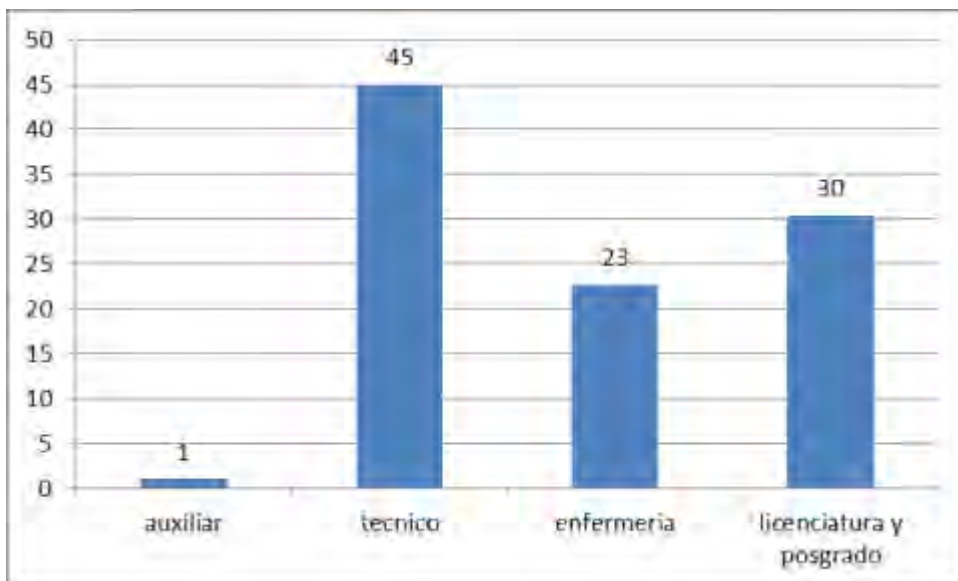


Figura 3. Distribución del número de trabajadores de enfermería clasificados por escolaridad.

En la Figura 4 referente al estado civil, se contabilizaron los datos en cinco categorías, en las cuales el 40% (123) son casados; el 37% (114) solteros; el 8% (25) divorciados; el 13% (39) viven en unión libre y el 2% (5) son viudos.

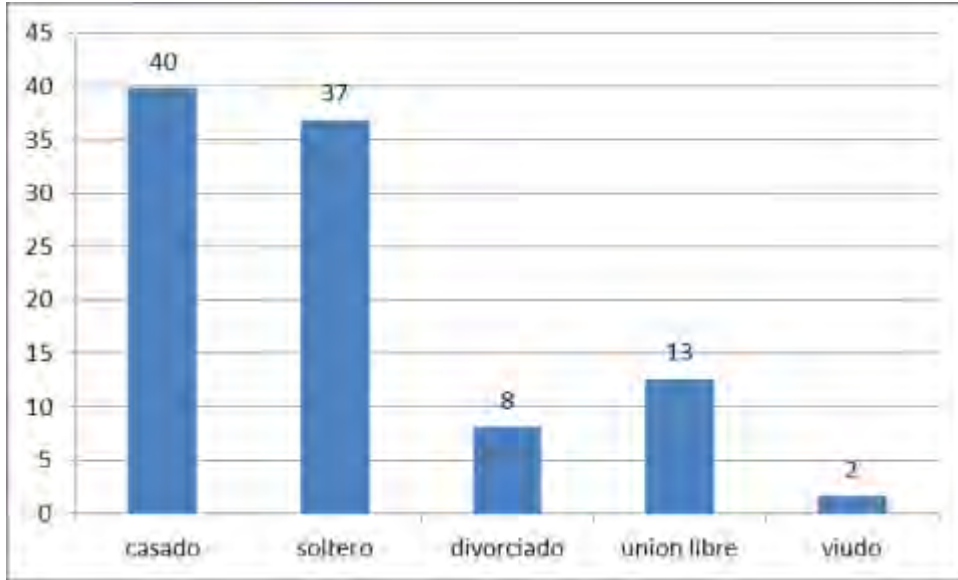


Figura 4. Distribución del número de trabajadores de enfermería clasificados por estado civil.

De acuerdo a si tienen pareja, el 68% (209) tienen pareja actualmente y el 32% (97) no cuentan con una pareja actualmente.

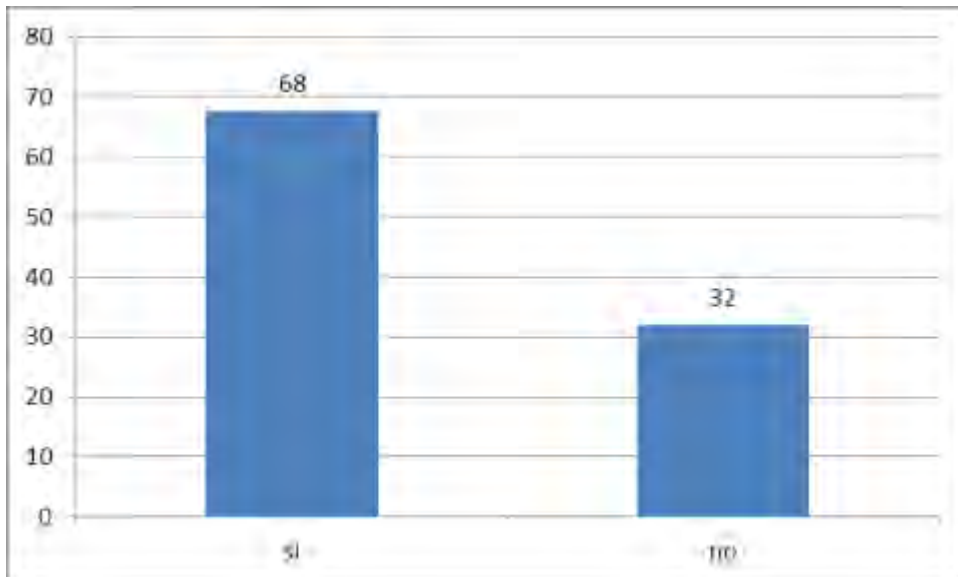


Figura 5. Tiene pareja.

De acuerdo a los años de relación, el 74% (226) tienen entre 0 y 11 años de relación; el 19% (56) tienen entre 12 y 23 años y el 7% (24) tienen entre 24 y 43 años.

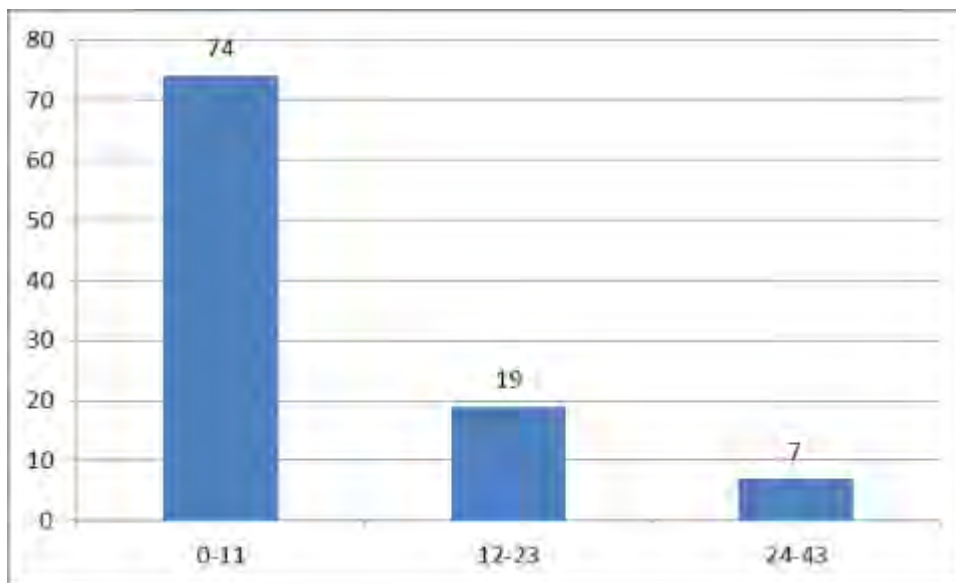


Figura 6. Distribución de años de Relación.

De acuerdo a la convivencia en el hogar, el 40% (125) vive con la familia nuclear; el 8% (25) con su pareja; el 3% (10) solos; el 25% (78) con la familia de origen; 13% (40) con la familia de origen y nuclear; y el 9% (27) en familia uniparental.

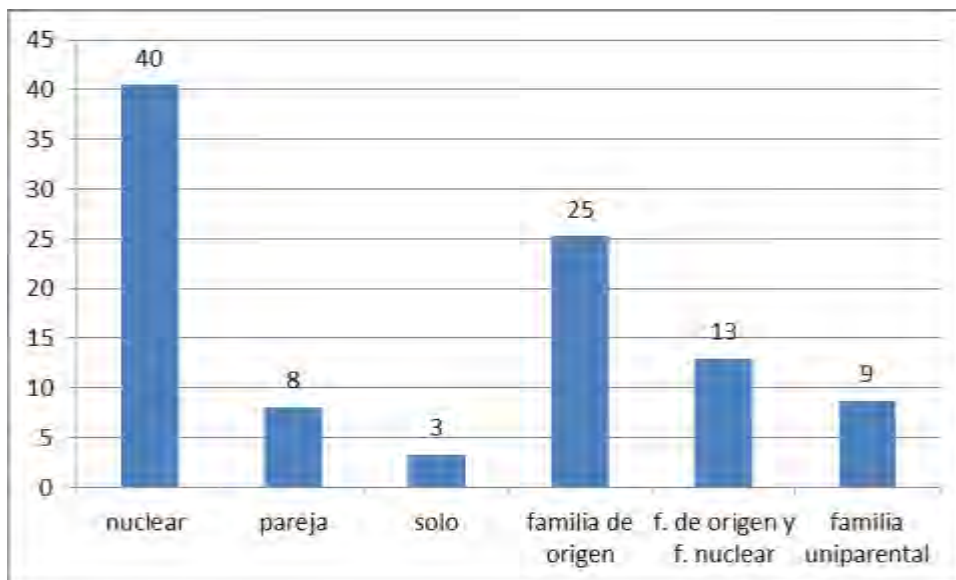


Figura 7. Distribución de ¿Con quién vive actualmente?.

Con respecto al aporte para el ingreso familiar , el 49% (152) tienen un ingreso nuclear; el 20% (63) unicamente el participante aporta; el 24% (74) recibe ingreso de la familia de origen y por ultimo el 5% (14) recibe un ingreso de la familia de origen y familia nuclear.

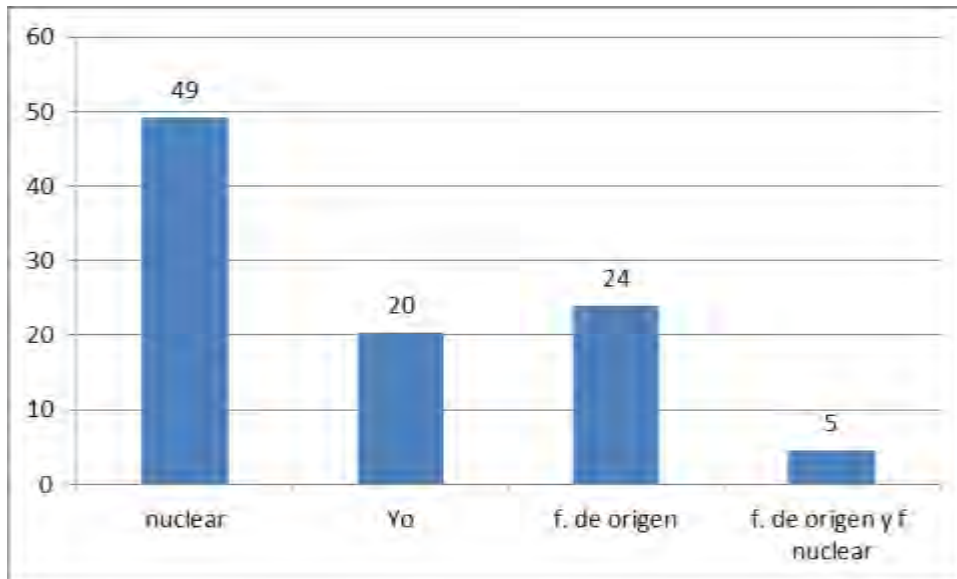


Figura 8. Distribución de ¿Quiénes aportan para el ingreso familiar?

3.2 Datos Laborales.

De acuerdo a los años laborando en el hospital, el 36% (110) tiene entre 1 y 8 años de antigüedad en la Institución; el 28% (85) entre 9 y 14 años, y el 36% (111) entre 15 y 38 años.

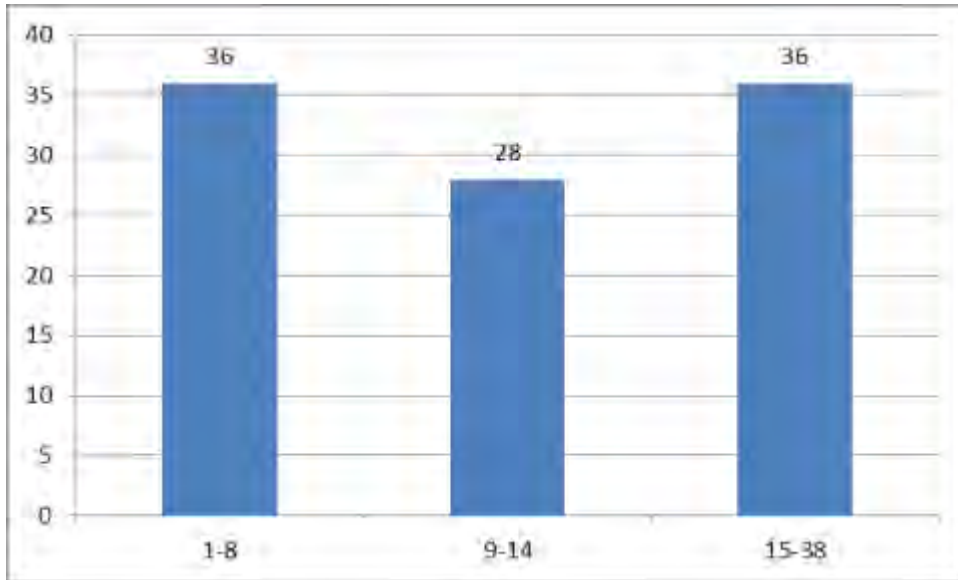


Figura 9. Distribución de años laborando en la Institución.

De acuerdo a los años laborando en el hospital, el 17% (48) de la población tienen entre 1 y 3 años de antigüedad en el Hospital; el 30% (93) tienen entre 4 y 10 años, y el 53% (165) entre 11 y 37 años.

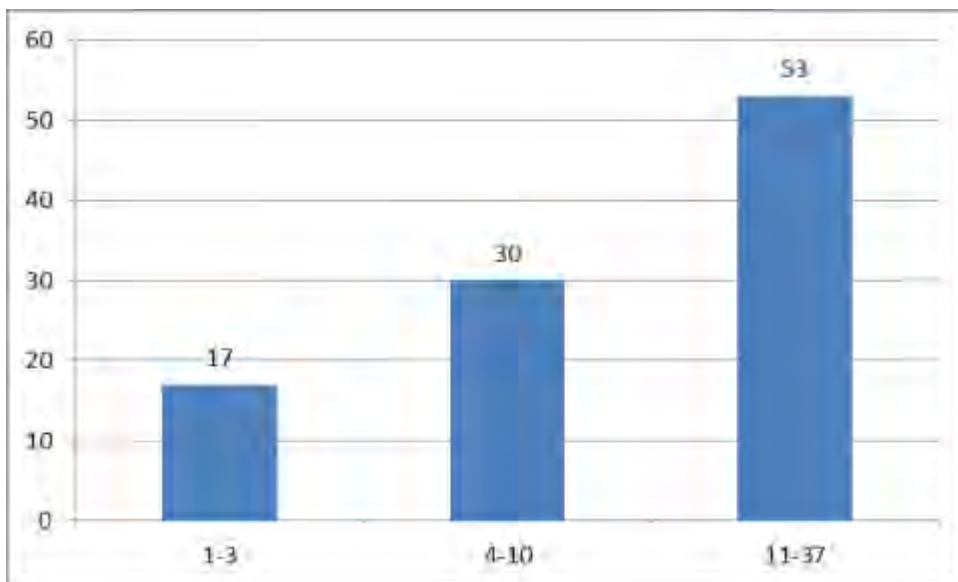


Figura 10. Distribución de años laborando en la Institución.

De acuerdo al turno en que trabaja el personal que participó en la investigación, el 36% (112) labora en el turno matutino; el 30% (94) trabaja en un horario vespertino y por ultimo el 27% (82) trabaja en un horario nocturno.

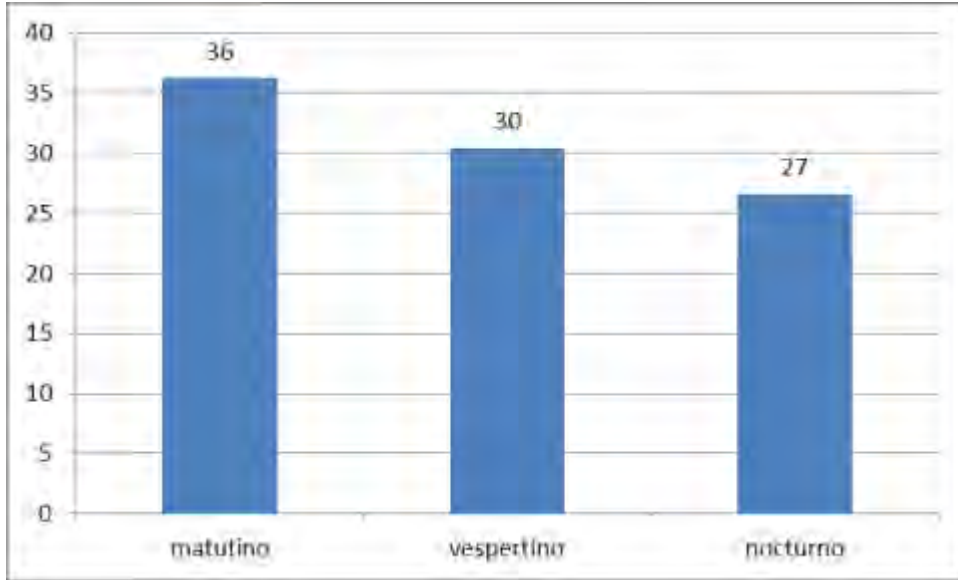


Figura 11. Distribución del Turno.

De acuerdo al area de trabajo, el 21% (64) de la poblacion labora en la planta baja del Hospital; el 17% (53) en el primer piso; el 13% (41) en el segundo piso; el 6% (20) en el tercer piso; el 19% (58) en el cuarto piso; el 4.2% (13) en el quinto piso; el 6% (17) en el sexto piso y por ultimo el 13% (40) labora en el septimo piso.

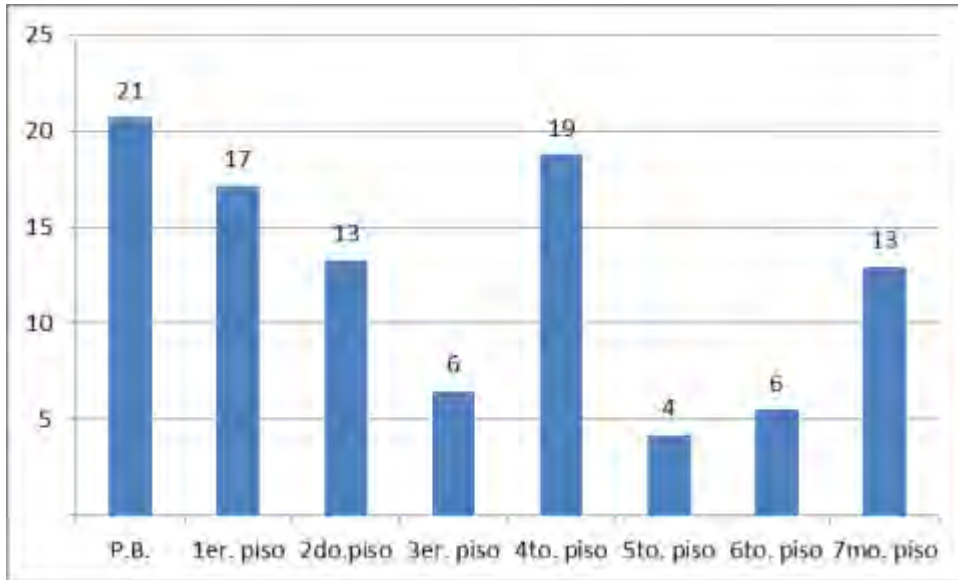


Figura 12. Distribución del área de Trabajo.

De acuerdo a Desgaste Laboral y Estado Civil el Factor 1, Problemas en el trabajo refleja (1.66) en solteros y (1.73) en casados, el Factor 2, Desgaste Laboral, refleja (2.1) en solteros y (1.95) en casados y por ultimo el Factor 3, Apoyo de compañeros refleja (2.25) en solteros y (2.46) en casados.



Figura 13. Distribución de Factores de Desgaste Laboral y Estado Civil.

CORRELACIONES

Tabla 3. Correlación entre Edad y años de relación con Burnout

CORRELACIONES		Correlacion de Pearson (r)	Nivel de significancia
Sindrome de Burnout	Edad	-.096	.095
Sindrome de Burnout	Años de relacion con la pareja actual	-.042	.466

En la Tabla 3 se puede observar que de la dimension de sindrome de burnout y edad se obtiene una correlacion negativa con una $r = -.096$ y un nivel de significancia de .011.

De la dimension de sindrome de burnout y años de relación con la pareja actual se obtiene una correlacion negativa con una $r = -.042$ y un nivel de significancia de .466.

Tabla 4. Correlacion de Factores de Desgaste Laboral.

CORRELACIONES		Correlacion de Pearson (r)	Nivel de significancia
F1 Problemas del trabajo.	F2 Desgaste Laboral.	.499	.000
F3 Apoyo de Companeros.	F1 Problemas en el trabajo.	.300	.000

En la Tabla 4 se puede observar que del Factor 1 Problemas en el Trabajo y el Factor 2 Desgaste Laboral, se obtuvo una correlacion positiva de $r = .499$ y nivel de significancia

de .000; por ultimo el Factor 3 Apoyo de Compañeros se correlaciona positivamente con el Factor 1 Problemas en el Trabajo, con una $r = .300$ y nivel de significancia de .000.

La figura 14 refleja mayor índice de problemas en el trabajo en los pisos 4to. (1.8), 6to. (1.8) y 7mo. (1.8).

	P. B.	1er.Piso	2do.Piso	3er.Piso	4to.Piso	5to.Piso	6to.Piso	7mo.Piso	Sign.
Factor 1	1.5	1.6	1.5	1.5	1.8	1.7	1.8	1.8	.072

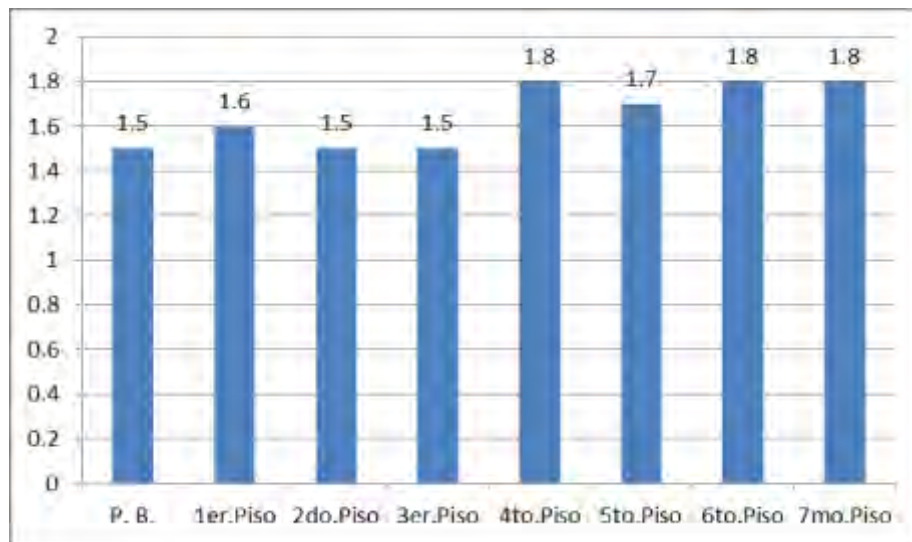


Figura 14. Distribución de Problemas en el trabajo con Área de trabajo.

	P.B.	1er. Piso	2do. Piso	3er.Piso	4to.Piso	5to. Piso	6to. Piso	7mo.Piso	Sign.
Factor 2	1.9	1.8	2	1.8	2.2	2.1	2.3	2.1	0.004

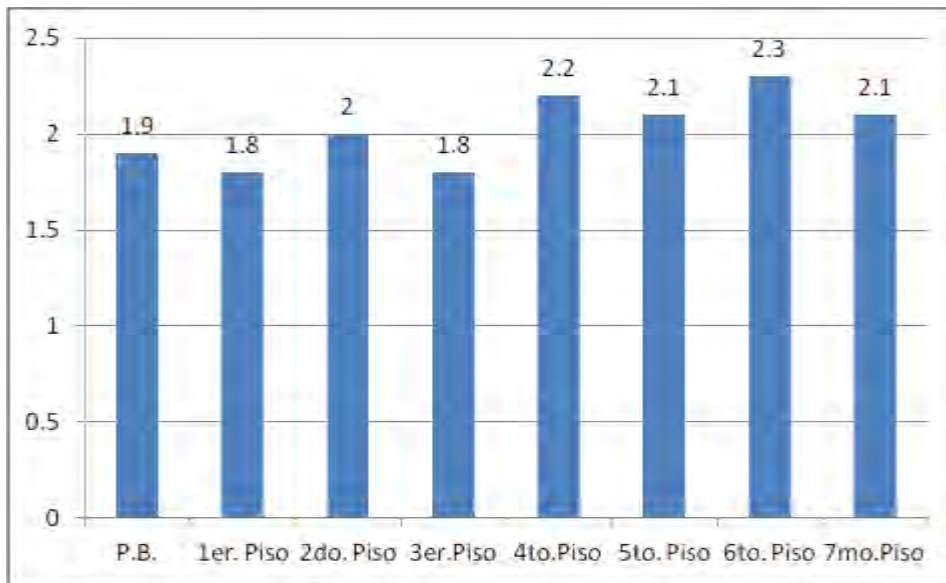


Figura 15. Distribución de Desgaste Laboral con área de Trabajo.

	P.B.	1er. Piso	2do. Piso	3er. Piso	4to. Piso	5to. Piso	6to. Piso	7mo. Piso	Sign.
Factor 3	2.1	2.2	2	2.2	2.5	2.6	2.6	2.6	0

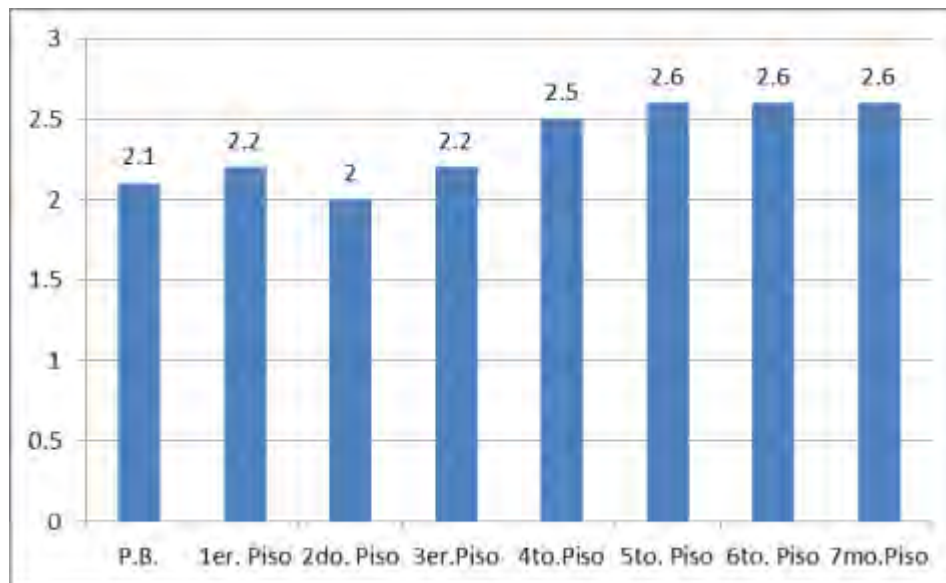


Figura 16. Distribución de Apoyo de compañeros con área de Trabajo.

La Figura 16, refleja mayor índice de Apoyo de Compañeros en los pisos 5to. (2.6), 6to. (2.6) Y 7mo. (2.6). En un mismo nivel.

	Matutino	Vespertino	Nocturno	J. A.	Sign.
Factor 1	1.6	1.7	1.6	1.4	0.16

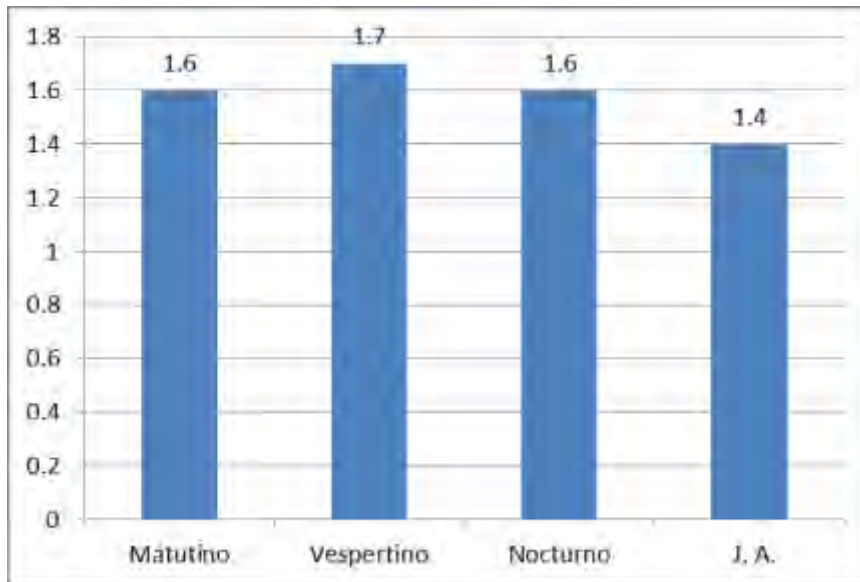


Figura 17. Distribución de Problemas del Trabajo con Turno.

En la Figura 17, se refleja mayor índice de Problemas en el Trabajo en el turno vespertino (1.7), comparado con los otros turnos.

	Matutino	Vespertino	Nocturno	J. A.	Sign.
Factor 2	2	2	2.2	1.7	0.02

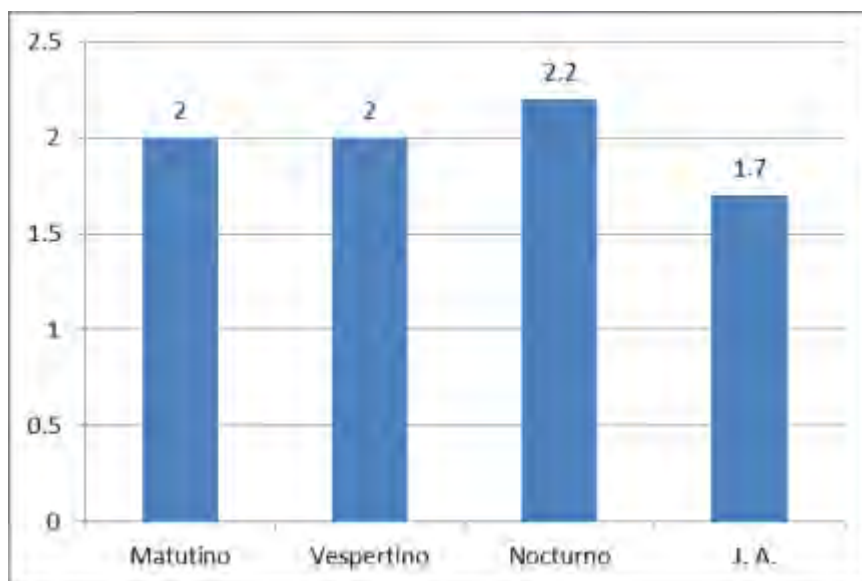


Figura 18. Distribución de Desgaste Laboral con Turno.

La figura 18, refleja mayor índice de Desgaste Laboral en el turno Nocturno (2.2), comparado con los otros turnos.

	Matutino	Vespertino	Nocturno	J. A.	Sign.
Factor 3	2.3	2.4	2.4	2.1	0.41

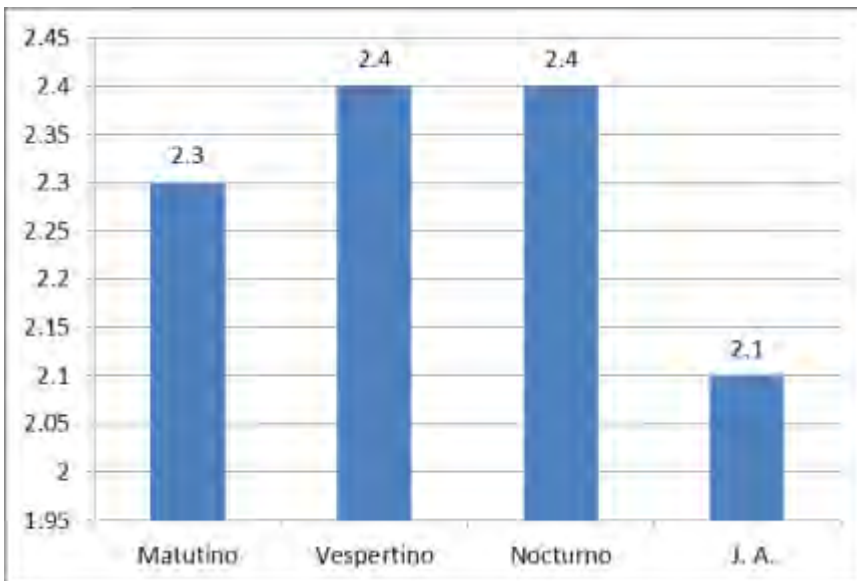


Figura 19. Distribución de Apoyo de Compañeros con Turno

6. Discusión y Conclusiones.

Con base en los resultados obtenidos, se puede afirmar que se cubrió el objetivo de esta investigación con la que se pretendía, “Identificar la presencia de Desgaste Laboral, en enfermeras de base del Hospital 1º. De Octubre del ISSSTE”. En los estudios realizados por diversos investigadores, se reporta que el Síndrome del Desgaste

Laboral puede ser ocasionado principalmente por las condiciones laborales bajo las cuales trabaja la persona, ya sea por el horario de trabajo, el tener contacto con las personas que requieran de algún servicio, la falta de definición del rol profesional, y variables demográficas (Kobasa & Puccteti, 1983 Cummins 1988).

Es sorprendente como la palabra estrés y todas sus conjugaciones se han vuelto un tema generalizado para la sociedad, es común escuchar lo estresante que resulta el trabajo y lo difícil que se hace rendir como se quisiera, o el haber experimentado situaciones en las que como usuarios de un servicio se ha recibido un trato que dista mucho del humano; por tanto han aparecido con auge y éxito los medicamentos que prometen coadyuvar en la cura de los síntomas e impactos del estrés en nuestro cuerpo, así el estrés también se ha convertido en un negocio muy redituable.

Un grado moderado de estrés nos ayuda para realizar bien nuestras actividades diarias, sin embargo, cuando las condiciones bajo las cuales laboramos provocan un estrés crónico en donde comienza el proceso del Síndrome de Burnout o Desgaste Laboral, y si en la última década se han multiplicado las investigaciones es por que su incidencia ha aumentado de manera considerable, a tal grado de que Buendía y Ramos (2001) se atrevieron a decir que este síndrome amenaza con ser plaga del siglo XXI.

Lo anterior cobra relevancia al tener en cuenta que como individuos nos vemos afectados en todos los ámbitos de nuestra vida cuándo los niveles de estrés se elevan, en el ámbito laboral, las consecuencias repercuten directamente en los objetivos de la organización, tanto en el plano actitudinal como en costos, sin exceptuar las implicaciones que se expanden e impactan sobre la sociedad en general.

Los resultados de esta investigación, muestran que la tendencia de Problemas en el trabajo se incrementa en casados, comparada con solteros. El Desgaste Laboral se incrementa en solteros y por ultimo el Apoyo de Compañeros es mayor en casados.

De acuerdo a estudios realizados por Maslach 1982, Los profesionales solteros tienen mayor tendencia a experimentar Burnout, mientras que los casados son los de menor tendencia. Los divorciados se encuentran entre los dos anteriores, se acercan a los

solteros en términos de mayor agotamiento emocional y a los casados en cuanto a un menor nivel de despersonalización y un mayor nivel de área de ejecución personal. También está relacionado un mayor riesgo de desarrollar el Síndrome si no se tienen hijos.

En la correlación obtenida en la variable años de Relación con la pareja actual con Síndrome de Burnout, fue negativa (al $-.042$), lo cual significa que cuando aumenta el número de años de relación con la pareja menos se presenta el Síndrome de Burnout, comparado con las personas que reportaron menos años de relación.

En estudios realizados anteriormente, se reporta que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización que aquellas que, están casadas o viven con parejas estables son más susceptibles a presentar el Síndrome (Corredor y Monroy, 2009).

Los resultados muestran una correlación negativa (al $-.96$) entre la edad y el Síndrome de Burnout, lo que quiere decir que a mayor edad hay menos probabilidades de padecer este Desgaste Laboral.

Esto concuerda con lo que señalaron Buendía y Ramos (2001), cuando explican la relación negativa entre edad y Desgaste Laboral, es decir, que a mayor edad es menos probable la experiencia del Síndrome. Por eso los profesionales más jóvenes tienden a experimentar mayores niveles de cansancio emocional que los trabajadores veteranos, que en general muestran bajos niveles de Desgaste Laboral.

La correlación obtenida de Factores de Desgaste Laboral fue positiva (al $.499$), lo cual significa que conforme se incrementen los problemas en el trabajo, se incrementará el Desgaste Laboral y viceversa; por último con una correlación positiva (al $.300$) el apoyo de compañeros se incrementará cuando haya problemas en el trabajo.

Las correlaciones respecto a las exigencias de los pacientes, no fueron significativas (al $.05$).

Los resultados, reflejan que el mayor índice de Problemas en el Trabajo se encuentra en las áreas de Medicina Interna (cuarto piso), Cirugía Especializada y Cirugía General.

Por otro lado, el mayor índice de Desgaste Laboral se refleja en Medicina Interna (cuarto piso) y Cirugía General.

Según (Franco, 1997), dentro de las causas institucionales que pueden ser las causantes de desarrollar el burnout se encuentran: demasiadas horas de trabajo, falta de autonomía, insuficiencia de recursos, demandas excesivas de productividad, inadecuado entrenamiento profesional, ambigüedad y conflicto de rol, remuneración baja, discriminación sexual, financiamiento y apoyo institucional inadecuado, exceso de pacientes que atender por falta de personal, escalamiento administrativo, falta de supervisión y retroalimentación por parte de los supervisores y de los compañeros.

Por ultimo, el mayor índice de Apoyo de Compañeros se refleja en Medicina Interna (quinto piso), Cirugía Especializada y Cirugía General.

Estudios realizados en años anteriores (Cohen & Ashby, 1985, en Buendía y Ramos, 2001) coinciden con los resultados de la presente investigación en los cuales reportan que el apoyo social entre compañeros podría actuar como variable moderadora de los efectos negativos del desgaste laboral, el recurrir a otras personas es de alguna manera adaptativo y es como amortiguar cada situación que pudiera impactarnos de manera negativa, por tanto, el sentirnos parte de nuestro equipo de trabajo, nos ayuda a realizar mejor nuestras actividades ya que si tenemos alguna equivocación o logramos cumplir los objetivos sentiremos de alguna manera que no estamos solos, sino que siempre contaremos con nuestros compañeros de trabajo para poder llegar a la meta deseada, el recibir y sentir este apoyo puede regular la presencia o contacto con el Síndrome de Burnout.

El turno es otra variable que influye en la manifestación de los consecuentes del Síndrome de Burnout, en los resultados, se encuentra que el Factor Problemas en el trabajo se incrementa en el turno Vespertino.

Por otra parte, el factor Desgaste Laboral se muestra más alto en el turno Nocturno.

Por ultimo, el factor Apoyo de Compañeros refleja un mayor índice en el turno vespertino y nocturno en el mismo nivel.

Esto coincide con lo encontrado por Bosqued 2008, quien menciona que los turnos nocturnos son estresantes, por el impacto en el ritmo de sueño de la persona; no obstante, también aparece que los cambios de turno resultaran un factor que hay que incluir, de esta manera, en estas instituciones, y en la sociedad en general, este es un factor que no desencadena consecuencias, ya que el personal de enfermería no rola turnos.

Referencias

- American Psychological Association, (2010). Manual de Publicaciones. Colombia:
El Manual Moderno.
- Aranda, C, et, al. (2003). *Síndrome de Burnout y factores psicosociales en el trabajo, en estudiantes de postgrado del departamento de salud pública de la universidad de Guadalajara, México*. Rev Psiquiatría Fac. Med Barna. Vol 30 pp 193-199.
- Ardid, C. y Zarco, V. (2002). El Estrés en las Organizaciones, en A. Rodríguez y H. D. Dei (eds.). *Psicología de las Organizaciones*. Buenos Aires: Editorial Docencia.
- Barlow, M. (1996). *Gestión del estrés*. España:Ediciones Gestion 2000, 3ra edición (31-33).
- Bosqued, M. (2008). *Quemados. El síndrome del burnout. Qué es y cómo superarlo*. España: Ediciones Paidós Ibérica, S.A. (18-26)
- Buendía, J. (1998). *Estrés Laboral y Salud*. España: Biblioteca Nueva.
- Buendía, J. y Ramos, F. (2001). *Empleo, estrés y salud*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Burke, R. J. (1987). *Burnout in police work: An examination of the Cherniss model*. *Group and Organization Studies*, 12(2), 174-188.

- Campos, M. (2006). *Causas y efectos del estrés*. San Salvador: Universidad de El Salvador. Escuela de Ingeniería Química.
- Cherniss, C. (1980). *Profesional Burnout in Human Service Organizations*. Nueva York, Praeger.
- Corredor, M., y Monroy J. (2009). Descripción y comparación de patrones de Conducta, Estrés Laboral y Burnout en Personal Sanitario. *Hacia la Promoción de la Salud*. Vol.14, No.1, pp. 109-123.
- Correa, Z., Muñoz, I., Chaparro, A. (2010). Síndrome de Burnout en docentes de dos universidades de Popayán. Colombia. *Rev. Salud Pública*. 12 (4): 589-598.
- Cortes y Urena, (2007). *Diccionario medico, biológico y etimológico*. España: Ediciones Universidad Salamanca.
- Davis, K. y Newstrom, J. (2001). *Comportamiento humano en el trabajo*. México: McGraw-Hill. 10a Ed.
- Du Brin, A. (2003). *Fundamentos del comportamiento organizacional*. México: Thomson. 2a Ed.
- Edelwich, J. Y Brodsky, A. (1980) Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions. En Manassero, M. A. y col. (1994). *Burnout en profesores: impacto sobre la calidad de la educación, la salud y consecuencias para el desarrollo profesional*. Memoria final de investigación. Madrid, MEC-CIDE.

- Farber, B.A. (1984): Stress and burnout in the human service professions. Elmsford, New York: Pergamon Press.
- Farré, J., Laceras, G. y Casas, J. (2002). Enciclopedia de la Psicología. España: Océano.
- Feather, N. T. (1992). Values, valences, and course expetations, and actions. Journal of Social Issues, 48: 109-124
- Fernández, F. (2008). *¿Por qué trabajamos? El trabajo entre el estrés y la felicidad*. España: Ediciones Díaz Santos.
- Freudenberger, H. (1974). *Staff burnout*. Journal of Social Issues, 30. Nueva York.
- Furnham, A. (2001). *Psicología Organizacional: El Comportamiento del Individuo en las Organizaciones*. México: Oxford University Press .
- Gianakos, I. (2002). Predictors of coping with work stress: the influences of sex, gender role, social desirability, and locus of control. Sex Roles, 46(5),149-158.
- Gibson, J. et al. (2006). *Organizaciones y comportamiento, estructura, procesos*. México: McGrawHill. 12ª. Ed.
- Gil- Monte, P. y Peiró, J. (1997). A longitudinal study on burnout syndrome in nursing professionals. Quaderni di Psicologia del Lavoro, 5 (Feelings work in Europe), , 407-414

Gil- Monte,P. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): una perspectiva histórica*. En VV.AA., *Quemarse en el trabajo (burnout)*. 11 perspectivas del burnout, Zaragoza, Egido.

Gil- Monte,P. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Ediciones pirámide.

Gillespie, D. F. y Numerof, R. E. (1984). *The Gillespie-Numerof Burnout Inventory: Technical manual*. St.Louis: Washington University

Gil-Monte, P. R.(1994). *El síndrome de burnout: un modelo multicausal de antecedentes y consecuentes en profesionales de enfermería*. Tesis doctoral, Facultad de Psicología, Universidad de La Laguna.

Golembiewski, R. T., Munzenrider, R., y Stevenson, J. G. (1988). *Stress in organizations: Toward a phase model of burnout*. Nueva York: Praeger.

Heckhausen, H. (1977). *Archivment motivation and its constructs: Acognitive model*. *Motivation and emotion*. 1, 283-329.

Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: Wiley.

Hernández, C. I. y Dickinson, M. E. (2006). *Burnout y su relación con variables de personalidad y ambiente laboral en trabajadores mexicanos*. Primer Foro de las Américas en Investigaciones sobre factores psicosociales, estrés y salud mental.

Hernández, (2004). *Un estudio correlacional acerca del síndrome del “estar quemado” (burnout) y su relación con la personalidad. Revista apuntes de psicología* V. 22 p. 121-136.

Hernández Sampieri, R. (2007). *Metodología de la investigación*. México, Mc Graw Hill.

Holmes, T. Masuda, M. (1974) Life changes and illness susceptibility. En Dohrenwend BS, Dohrenwend BP (Eds.). *Stressful Life Events: Their Nature and Effects*. Nueva York: Wiley, 1974.

Jiménez, R. (2003). *Fuentes de estrés, síndrome de burnout y actitudes disfuncionales en orientadores de instituto de enseñanza secundaria*. Tesis Doctoral. Universidad de Extremadura.

Jones JW. (1980). A measure of staff burnout among health professionals. Paper presented at the Annual Convention of the American Psychological Association. Montreal, Quebec (Canada)

Jones, E. E. y Davis, K. E. (1965). From acts to dispositions: The attribution process in social perception. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, 219-266.

Lazarus R. (1999). *Estrés y Emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. España: Biblioteca de Psicología Desclee de Brouwer. 327 p.

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. México: Ediciones Roca.

Lee, R. T., y Ashforth, B. E. (1993). A longitudinal study of burnout among supervisors and managers-comparisons between the Leiter and Maslach (1988) and Golembiewski et al. (1986) models. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 54(3), 369-398.

Leiter, M.P. (1991). Coping patterns as predictors of burnout: The Function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organizational Behavior*, 12 (2), 123-144

Llaneza, J. (2002). *Ergonomía y psicología aplicada*. España: Editorial Lex Nova. 10ª ed. 463 p.

Machlowitz, M. (1980) *Workaholics: Living with them, working with them*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Marriner y Raile, (2007). *Modelos y Teorías en enfermería*. España: ELSEVIER MOSBY.

Maslach, C. (1982). Burnout: A social psychological analysis. In: J.W.Jones (Ed.), *The Burnout Syndrome: Current Research, Theory, Interventions*. London: Park Ridge, London House.

Maslach, C. y Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*. Vol. 2. pp. 99-113.

- Mattews , D. (1990). A comparison of burnout in selected occupational fields. *The Career Development Quarterly*, 38 (3) 230-239.
- Michael B., Allen F., Pincus H., Massana G., Massana E. (1996). DSM-IV Manual de diagnóstico diferencial. Barcelona: Masson, S.A.
- Medina, G. y García, F. (2002). Burnout, locus de control y deportistas de alto rendimiento. *Cuadernos de Psicología del Deporte*. Vol. 2, núm. 2.
- Meier, S. T. (1984). The construct validity of burnout. *Journal of Occupational Psychology*, 57(3), 211-220.
- Morales, F., et al. (2007). *Psicología Social*. España: McGraw Hill. 3ª ed.
- Moreno, B., Bustos, R., Matallana, A. y Milalles, T. (1997). La evaluación del burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*. Vol. 13 N°. 2. pp. 185-207.
- Morrison, J. (2004) DSM-IV. Manual Estadístico y de Diagnostico de los Trastornos mentales. American Psychiatric Association. Barcelona: Masson.
- Muchinsky, P. (2002). *Psicología aplicada al trabajo*. México: Thomson Learning. 6ª. Ed.
- Nowicki, S., y Strickland, B. R. (1973). A locus of control scale for children. *Journal of Consulting Psychology*, 40 148-154.

- Ovejero, A. (2006). *Psicología del trabajo en un mundo globalizado. Cómo hacer frente al mobbing y al estrés laboral*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Paine, (1982) Overview: Burnout stress Síndromes and the 1980s. Beverly Hills, CA: Sage.
- Perlman, B., y Hartman, E.A. (1982). Burnout: Summary and future research. *Human Relations*, 35(4), 283-305.
- Pervin, L. A. (1996). *La ciencia de la Personalidad*. Madrid: McGraw Hill.
- Pines, A. (1983). On burnout and the buffering effects of social support. En B.A. Faber (Ed.), *Stress and burnout in the human services professions*. New York: Pergamon Press.
- Pines, A. M., Aronson, E. y Kafry, D. (1981). *Burnout: From tedium to the personal growth*. Nueva York:Free Press
- Pines, A. y Aronson, E. (1981). *Burnout: from Tedium to Personal Growth*. Nueva York: Free Press.
- Pines, a. Y Aronson, E. (1988): Career Burnout. Causes and cures. En Manassero, M. A. y col. (1994): Burnout en profesores: impacto sobre la calidad de la educación, la salud y consecuencias para el desarrollo profesional. *Memoria final de investigación*. Madrid, MEC-CIDE.

Price, D. M. y Murphy, P. A. (1984). Staff burnout in the perspective of grief theory. *Death Education*, 8 (1), 47-58.

Real Academia Española. (2012). Síndrome. En: Diccionario de la Lengua Española. Vigésima segunda edición. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=sindrome> [Consultado el 23 de agosto de 2012]

Rodriguez, (2010). Nueva Historia General de Mexico. Mexico: Colegio de Mexico.

Rout, U. (1998). *Occupational stress in health professional*. En XI Jornadas Internacionales sobre Psicología Clínica y Salud. Empleo, estrés y Salud. Murcia: Universidad de Murcia.

Scultz, D., y Schultz S. (2002). *Teorías de la Personalidad*. México: Thomson.

Secretaria de Salud. (2007). Programa Nacional de Salud 2007 – 2012. México.

Seltzer J, Numerof R.(1988). Supervisory leadership and subordinate burnout. *Acad Manag Journal* 31: 439-446.

Shirom, A. (1989). Burnout in work organizations. En C.L. Cooper e I. Robertson (Eds.), International review of industrial and organizational psychology (pp. 25-48). Londres: Wiley and sons.

Silverstein, R. (1986). How experienced psychotherapists cope with burnout at a state mental hospital. Folleto informativo. Carbondale: South Illinois University.

Starrin, B., Larsson, G. y Styrborn, S. (1990). A review and critique of psychological approaches to the burn-out phenomenon. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 4(2)*, 83-91.

Steptoe, A.. (1991). Psychological coping, individual differences and physiological stress responses. En C.L. Cooper y R. Payne (Eds.) *Personality and stress: individual differences in stress process*. Nueva York: J. Wiley & Sons.

Uribe, F. (2001). Maquiavelismo: conceptualización, medición y su relación con otras variables. Tesis doctoral inédita, Facultad de Psicología. UNAM, México.

Uribe, P. (2008). *Psicología de la Salud Ocupacional en México. Factores Psicosociales, Carga Mental, Desgaste Ocupacional y su Medición (burnout), Implicaciones económicas, Prácticas Gerenciales, compromiso Organizacional, Empoderamiento, Acoso en el Trabajo (mobbing), Antropología y Estrés, Globalización y Salud en el Trabajo*. México: Facultad de Psicología. UNAM

Zimbardo, P., y Leippe, M. (1991). *The psychology of attitude change and social influence*. USA: McGraw Hill.

Páginas Web.

Garcés de Los Fayos, Enrique. Tesis sobre el burnout. Disponible en:

www.abacolombia.org.co/organizaciones/burnout.htm

ANEXO 1.

Cuestionario General.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Hospital 1º De Octubre

Instrucciones: Responda de la forma más honesta posible a cada una de las siguientes preguntas. No deje ninguna pregunta sin contestar.

Todos los datos aportados a este cuestionario, serán manejados de forma confidencial y para fines estadísticos.

Gracias por su colaboración.

1. Sexo Femenino () Masculino () 2. Edad _____

3. Ultimo grado escolar obtenido _____

4. ¿Con quién vive actualmente? _____

5. ¿Quiénes aportan para el ingreso familiar? _____

6. ¿Actualmente tiene pareja? Si () No ()

7. Estado Civil. Casado(a) () Soltero(a) () Divorciado(a) () Unión Libre ()
Viudo(a) ()

8. Años de relación con la pareja actual _____ años

9. No. De Hijos _____ Hijas _____

10. ¿Cuántos años tiene laborando en esta institución? _____ años

11. ¿Cuántos años tiene laborando para este hospital? _____ años

12. ¿Cuáles categorías, diferentes ha ocupado en esta institución? _____

13. Puesto que ocupa actualmente _____ y antigüedad en el mismo _____

14. ¿Cuál es el área donde desempeña sus actividades laborales? _____

15. ¿Cuáles son sus descansos

L	M	M	J	V	S	D
---	---	---	---	---	---	---

 fijos?

ANEXO 2.

Carta de Consentimiento Informado
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Hospital 1º. De Octubre

México, D.F., a ____ de _____ de 2012.

Yo:

Acepto participar en el estudio: “El desgaste Laboral (Burnout), en diferentes áreas de trabajo del personal de enfermería del hospital 1º de Octubre del ISSSTE”.

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Coordinación y Enseñanza de enfermería de este Hospital. Mi participación consistirá en responder dos cuestionarios, el Cuestionario Breve de Burnout y un Cuestionario con información General. Toda la información obtenida en esta investigación será manejada con un estricto carácter de confidencialidad.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre este estudio y responder de forma clara y precisa a cualquier duda relacionada con esta investigación. Entiendo que conservo el derecho de no participar en el estudio, si así, lo considero conveniente.

Nombre y firma del participante

ANEXO 3.

CUESTIONARIO BREVE DE BURNOUT (CBB)

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente todas y cada una de las preguntas que contiene este cuestionario, responda de la forma más honesta posible, marcando con una X la respuesta que a su consideración sea la frecuencia con la que usted presenta cada una de las situaciones expuestas.

Todos los datos aportados en este cuestionario forman parte de un estudio para conocer la incidencia del Síndrome de Burnout y serán manejados de manera confidencial.

Preguntas	1.En ninguna Ocasión	2.Raramente	3.Algunas veces	4.Frecuentemente	5.Siempre
1. ¿En general estoy más bien hartado de mi trabajo?					
2. ¿Me siento identificado con mi trabajo?					
3. ¿Los pacientes tienen frecuentemente exigencias excesivas y comportamientos que me parecen irritantes?					
4. ¿Mi supervisor o jefe me apoya en las decisiones que tomo?					
5. ¿Mi trabajo profesional me ofrece actualmente escasos retos personales?					
6. ¿Mi trabajo actual no me produce interés?					
7. ¿Cuándo estoy en mi trabajo me siento de mal humor?					
8. ¿En mi trabajo me siento apoyado por mis compañeros?					
9. Las relaciones personales que establezco en el trabajo son gratificantes?					

10. ¿Siento que mi trabajo conlleva más responsabilidad de la que puedo manejar?					
11. ¿Siento que los pacientes no reconocen los esfuerzos que hago por ellos?					
12. ¿Mi interés por mi desarrollo profesional actualmente es escaso?					
13. ¿Considero que mi trabajo afecta mi salud de una forma negativa?					
14. ¿Mis actividades en el trabajo son muy repetitivas?					
15. ¿Me siento desgastado por mi trabajo?					
16. ¿Me gusta el ambiente en el que realizo mi trabajo?					
17. ¿El trabajo está afectando mis relaciones familiares y personales?					
18. ¿Procuro no involucrarme demasiado con los pacientes?					
19. ¿El trabajo está afectando, mis relaciones familiares y personales?					
20. ¿Mi trabajo me resulta aburrido?					
21. ¿Los problemas de mi trabajo, hacen que mi rendimiento sea menor?					