



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Síndrome de Burnout o Desgaste
Ocupacional en Operarios de Taxi
de la Ciudad de México

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:
HERNÁNDEZ GARCÍA MARISOL
RANGEL HUERTA DIEGO

DIRECTOR DE TESIS: LIC. JUAN VARELA JUÁREZ
REVISOR: MTRA. ISaura LOPEZ SEGURA
MEXICO, D.F. 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

“El hombre vulgar fracasa en vísperas del triunfo.
Si cuidas el final tanto como el principio, no fracasarás”

Lao Tsé.

Dedicatoria:

Doy gracias al Universo que alineó de tal modo que se pudo concretar y plasmar en mi realidad eso, que tanto había esperado.

Me permito evaluar, agradecer y festejar el concretar mi meta planteada desde tiempo atrás; que a pesar de las adversidades, pruebas y “esfinges” pude llegar a suelo firme.

Agradezco a mis padres Fernando Rangel Salinas (Q.E.P.D) y a mi madre Virginia Huerta Zurita por su apoyo y amor incondicional, así como el que me brindan mis hermanos Carlos y Fernando.

Doy las gracias a mi gran amiga, compañera y ahora colega, Marisol. Su apoyo, disposición, amistad y calidez humana que permitieron conjugar lo necesario para concretar y plasmarme como profesionista.

Mis más profundos agradecimientos a la UNAM, a la Facultad de Psicología, por brindarme todo lo necesario para realizarme profesionalmente; así como a todos mis profesores de la carrera y ahora, a mi director de tesis, mi revisora y también a los honorables profesores que se han agrupado en el sínodo.

Gracias al pequeño pero sustancial grupo de amigos y personas especiales que me brindaron lo necesario para poder realizarme como profesionista y como ser humano. Gracias a Sergio, Oscar, Fabián, Ismael, Fer, Claudia, Martha, César Alejandro.

Por último, quiero hacer un agradecimiento especial al CENFES A.C., que logró generar en mí un gran interés al estudiar a la población que mencionamos en dicho trabajo.

Estoy Infinitamente agradecido por las bendiciones recibidas.

Diego Rangel Huerta

Dedicatoria:

Agradezco a mis padres Paula García y Gregorio Hernández, ellos me enseñaron que para lograr nobles metas es necesario un gran esfuerzo y una fe a prueba de derrotas y desalientos, porque de ellos aprendí que la excelencia solo se alcanza cuando nos decidimos a dar un extra.

Sabiendo que jamás existirá una forma de agradecer una vida de lucha, sacrificio y esfuerzos constantes, sólo deseo que entiendan que el logro mío, es un logro nuestro, que mi esfuerzo fue inspirado en ustedes. Para mis lindos Padres que Dios los bendiga y los guarde para siempre.

Gracias Alejandro por compartir mis horas grises, mis momentos felices, ambiciones, sueños e inquietudes. No fue sencillo culminar con éxito este proyecto, sin embargo siempre estabas a mi lado dándome la mano. Me ayudaste hasta donde te era posible y más. Te amo.

Te agradezco Diego de todo corazón el gran trabajo en equipo, tu apoyo, tu amistad, tu disponibilidad porque además de ser mi compañero de tesis, eres mi gran amigo. Aun con varias trabas lo logramos, el camino apenas empieza y te deseo lo mejor del mundo.

Quiero dejar escrito mi agradecimiento a Miguel Ángel y Juan Francisco Hernández García, que aunque no están aquí conmigo, los llevo en el corazón y sé que en donde se encuentren, estarán orgullosos de mí.

Finalmente a todas aquellas personas que han y están marcado mi vida y que me han permitido ser parte de la suya Fernando Pacheco y Pablo Salcedo quienes confiaron en mi de una u otra forma...

GRACIAS

Marisol Hernández García

INDICE

| | |
|---|------------|
| Resumen | 5 |
| Introducción | 6 |
| 1. Salud | 8 |
| 1.1 Definición de salud..... | 8 |
| 1.2 Salud Laboral..... | 10 |
| 2. Estrés | 13 |
| 2.1 Antecedentes históricos del estrés..... | 13 |
| 2.2 Definición de estrés..... | 15 |
| 2.3 Tipos de Estrés..... | 18 |
| 2.4 Fuentes de Estrés..... | 19 |
| 2.5 Estrés Laboral..... | 20 |
| 2.6 Estrés en México..... | 21 |
| 3. Síndrome de Burnout o Desgaste Ocupacional | 23 |
| 3.1 Definición de Síndrome de Burnout..... | 23 |
| 3.2 Perspectiva clínica, social y organizacional..... | 25 |
| 3.3 Dimensiones..... | 26 |
| 3.4 Modelos..... | 27 |
| 3.5 Causas y síntomas..... | 32 |
| 3.6 Consecuencias..... | 34 |
| 3.7 Variables de salud, sociodemográficas y organizacionales..... | 36 |
| 3.8 Medición del síndrome de Burnout..... | 42 |
| 4. Transporte Público de la Ciudad de México | 45 |
| 4.1 Historia del Transporte Público..... | 45 |
| 4.2 Calidad en Transporte Público..... | 52 |
| 4.2.1 Salud Laboral en Operarios de Taxi..... | 54 |
| 5. Método | 56 |
| 5.1 Planteamiento del problema..... | 56 |
| 5.2 Pregunta de investigación..... | 57 |
| 5.3 Objetivo de Investigación..... | 57 |
| 5.4 Hipótesis..... | 58 |
| 5.5 Variables..... | 58 |
| 5.6 Población y muestra..... | 59 |
| 5.7 Instrumento..... | 59 |
| 5.8 Tipo de estudio y Diseño..... | 62 |
| 5.9 Tipo de estadística..... | 62 |
| 5.10 Procedimiento..... | 62 |
| 5.11 Procedimiento estadístico..... | 63 |
| 6. Resultados | 64 |
| 6.1 Estadística descriptiva..... | 64 |
| 6.1.1 Variables Sociodemográficas..... | 64 |
| 6.1.2 Variables Individuales..... | 67 |
| 6.1.3 Variables de Salud..... | 70 |
| 6.2 Estadística inferencial..... | 79 |
| 6.2.1 Correlación de Pearson..... | 82 |
| 6.2.2 Análisis de Varianza..... | 83 |
| 7. Discusión | 87 |
| 8. Conclusiones y propuestas | 96 |
| Referencias | 99 |
| Anexos | 102 |

Resumen

El objetivo fue estimar si existe Síndrome de Burnout en una muestra de Operarios de Taxi de la Ciudad de México así como determinar el grado de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal en el Trabajo que experimentan, así como la relación de las dimensiones anteriormente mencionadas con las variables sociodemográficas, de salud y de trabajo.

La muestra se conformó por 250 Operarios de Taxi, con edades que oscilaron entre los 18 y 72 años. Se utilizó el instrumento *Maslach Burnout Inventory (MBI)* de Maslach y Jackson (1986) que aborda las dimensiones de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal en el trabajo.

Posteriormente se realizó el análisis estadístico de los resultados obtenidos y efectivamente se encontraron diferencias tanto significativas como estadísticamente significativas entre las dimensiones del Síndrome de Burnout con las variables estudiadas.

Se encontró que la Despersonalización tiene una relación estadísticamente significativa con la variable de trabajo llamada Propietario, mostrando una media más alta para el grupo de operarios No propietarios, esto significa que, los Operarios de nuestra muestra que No son propietarios presentan mayor despersonalización.

Con respecto a las variables de salud, se observó que la dimensión Agotamiento Emocional tiene una relación estadísticamente significativa con la variable Enfermedad, es decir que los operarios de nuestra muestra que Sí están Enfermos presentan mayor Agotamiento Emocional.

Con base en los datos aportados por el presente estudio se concluyó que existen elementos que confirman la presencia de Burnout y una relación con las variables sociodemográficas, de salud y de trabajo.

Introducción

En los últimos años el mundo ha tenido cambios muy drásticos en muchos aspectos, desde el nivel social, económico, científico y tecnológico. Lo que exige en el individuo mayores capacidades para moldearse, esto hace que muchas personas al querer adaptarse al medio, lo hagan de una forma negativa y actúan agresivamente y con estrés, lo que tiene como resultado numerosas afectaciones para la salud, entre las que se encuentra el Síndrome de Burnout.

La mayoría de las personas que lo padecen no se percatan de ello, se sienten insatisfechas y no notan que algo afecta su desempeño. La Psicología Organizacional reconoce al Síndrome de Burnout como una fatiga laboral o un desgaste profesional que se caracteriza por un estado de agotamiento intenso y persistente, pérdida de energía, baja motivación y extrema irritabilidad, tanto en el medio laboral como en el familiar. (Calabrese, 2001).

En las organizaciones públicas es en donde se presenta con mayor frecuencia este tipo de padecimientos, y sobre todo en aquellas donde el trabajador tiene contacto permanente con usuarios a quienes se les otorga un tipo de servicio. Tal es el caso de los Operarios de Taxi, quienes interactúan con usuarios, peatones, policías, ciclistas, automovilistas particulares, otros operarios de transporte, entre otros; en toda su jornada laboral.

El Desgaste Ocupacional deteriora la salud física y mental, así como la calidad de los servicios brindados por las organizaciones mediante su talento humano (Maslach, 1998 citado en Mata, 2010). Por lo tanto, es importante mejorar la gestión del personal dentro de las instituciones y empresas para optimizar la productividad, la calidad del servicio, evitar riesgos y accidentes de trabajo.

Es evidente que el estrés laboral o el Síndrome Burnout, puede afectar a personas de todas las profesiones que se encuentran en situaciones de alta competitividad, responsabilidad, jornadas laborales excedentes a las recomendadas, escenarios con alto riesgo de accidentes y rutina.

Hay una gran cantidad de oficios y trabajos riesgosos y con alto estrés en su desempeño; tal es el caso de los operarios de taxi de la Ciudad de México. Estos

prestadores de servicio se ven obligados a cubrir jornadas laborales extensas e intensas, por lo que están expuestos a situaciones estresantes derivadas de la vida citadina como el tránsito lento y embotellamientos, daños en las vialidades, corrupción, fenómenos climáticos, delincuencia, violencia, discriminación, una deficiente educación vial de la población, etcétera.

La cronicidad de exposición a estos factores puede conducir posiblemente al Síndrome de Burnout.

La importancia de esta investigación recae en que, la seguridad de miles de personas a diario depende de la eficacia y eficiencia con la que trabajan los operarios de taxi. Ya que los usuarios o pasajeros depositan su seguridad personal e integridad física, a la buena realización de las operaciones de estos prestadores de servicio.

La vida del pasajero así como la del mismo operario dependen en gran medida de la calidad del servicio que éste último brinda; de igual forma los estereotipos sobre el operario de taxi, dependen en gran medida de las interacciones con los usuarios, compañeros de trabajo, peatones, policías, y demás personas que se encuentran en la calle.

El conocimiento generado con ésta investigación ayudará a conocer algunos condicionantes en la labor del operario de taxi. Por lo tanto es innegable la necesidad de identificar si existe la presencia del Síndrome de Burnout en esta población, sus aspectos más notables, así como la influencia que puede tener dicha problemática en su salud y calidad de vida.

Gran parte de investigaciones acerca del Síndrome de Burnout en México se han enfocado a profesiones como médicos, enfermeras, profesores, estudiantes, cajeros de supermercados y bancos, entre otros; no obstante, no se han dirigido a operarios de transporte público, y mucho menos en la modalidad de taxistas.

Capítulo 1. Salud

1.1 Definición de Salud

El concepto de salud es dinámico, histórico y cambia de acuerdo con la época y las condiciones ambientales (San Martín, 2003). El significado preciso de la palabra salud es distinto de una sociedad a otra, e inclusive de persona a persona, como indica René, ecologista Francés, quien ya en 1959 explicó que los términos salud y enfermedad carecen de significado a menos que sean definidos en relación con una cierta persona que funciona en un ambiente social y físico determinado”. (Frias, 2002).

Por otra parte, la definición más importante e influyente en la actualidad con respecto a lo que por salud se entiende, sin lugar a dudas es de la Organización Mundial de la Salud, que en 1946 y plasmada en el preámbulo de su constitución, define salud como: “Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”. Sobre todo en estas últimas décadas, observamos un intento de explicar este concepto de una manera más completa e integradora, es decir tratando de conjugar los procesos biológicos y sociales con los personales, y éstos, con los ideales de vida buena y de calidad que cada persona y sociedad vayan estableciendo.

La Organización Mundial de la salud, en la declaración de los principios fundamentales de la Organización Internacional del trabajo (OIT), en 1944 plantea que todos los seres humanos, sin distinción de raza, credo o sexo, tienen derecho a perseguir su bienestar material y su desarrollo espiritual en condiciones de libertad y dignidad, de seguridad económica y en igualdad de oportunidades.

Entre los aspectos innovadores de la definición de salud están los siguientes: se define la salud en términos afirmativos o positivos. Se considera la salud no sólo como ausencia de enfermedades e invalidez, sino como un estado óptimo que se sintetiza en la frase “completo bienestar”, el cual se equipara con salud.

No sólo se refiere al área física del ser humano, sino que por primera vez, se incluyen las áreas mental y social. Según la nueva concepción, un hombre sano es aquel que puede mantener un estado completo de bienestar, no sólo en su soma, sino también en su mente y en su vida.

Aun cuando la definición no lo indique directamente, se inspira en una concepción eminentemente dinámica y positiva. En efecto la salud, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, es el resultante de un proceso de interacción continua y permanente entre el ser humano y una serie de factores, algunos de los cuales provienen del propio individuo y otros del medio en que vive. Entre los primeros figuran su constitución física y psíquica, sus capacidades y limitaciones, edad, sexo y educación. Entre los del medio ambiente se encuentran el hogar, la familia, el trabajo y el medio social con todas sus variantes.

Del resultado de esa interacción permanente, continua e inevitable, depende la salud del individuo. Si existe armonía, ajuste y equilibrio, habrá salud, y en la medida que la armonía y el ajuste vayan deteriorándose, desde ese momento no habrá salud.

Por lo tanto, el equilibrio puede romperse de distintas maneras y los estímulos pueden ser de variada naturaleza: los que provienen del exterior constituirán a los de orden físico, como el calor, el frío, la humedad, la electricidad, las radiaciones etc., de orden químico, como los ingeridos, inhalados o absorbidos por la piel, bajo la forma de sólidos, líquidos, gases, humos y vapores; los de orden biológico, como las bacterias, los virus y los parásitos; los de orden psicológico, como los derivados de las relaciones humanas en la familia en el trabajo y el en el ambiente social.

En 1978, Illich, afirma que “salud es, después de todo una palabra cotidiana que se usa para designar la intensidad con la que los individuos hace frente a sus estados internos y sus condiciones ambientales”, incluyendo la noción del equilibrio de las fuerzas vitales, de armonía, de autonomía y responsabilidad en el proceso de adaptación en el medio ambiente. (Illich, 1978, p.14).

Metarazzo en 1980 afirma que en este contexto, “la Psicología de la Salud, es considerada una de las profesiones responsables de la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, así como la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y disfunciones relacionadas” (Taylor, 2007, p.4).

Por lo anterior se puede decir que el concepto moderno de la salud surge a partir de la concepción compleja y sistemática del ser humano como identidad psicofísica y social y está

representado por el estado en el cual, el ser humano desempeña todas sus funciones dentro de estos ámbitos con normalidad. La salud se califica a partir del estado integral del cuerpo, la mente, las relaciones con los otros, la comunidad organizada y con el ambiente en su sentido más amplio.

El desequilibrio funcional en una o varias de estas relaciones, en su intensidad y persistencia provocan el deterioro de la salud en distintos grados y acarrea, siempre, consecuencias individuales y colectivas (enfermedad).

El estado de la salud es un importante indicador del nivel de satisfacción de las necesidades básicas, representadas por el estado/calidad de: alimentación, cobertura médica, la vivienda, el trabajo, la educación y el ambiente. La imposibilidad de acceder a las necesidades básicas es sinónimo de deterioro de la salud y pronóstico de peligro y daño. A partir de ello se desprende que la comunidad organizada debe en forma ineludible e indelegable, generar los mecanismos a través de los cuales se brinde las posibilidades de acceso a la salud a todo ser humano.

Por último, los intentos por definir la salud, a pesar de su valor extraordinario y relativo, han sido y continúan siendo múltiples y pluralistas. Sin embargo, durante mucho tiempo, la salud ha sido definida en términos negativos: ya que salud sería la ausencia de enfermedades e invalidez. En la actualidad, esta definición no corresponde a la realidad y no es operativa por tres razones principales: en primer lugar, porque para definir la salud en términos negativos hay que trazar el límite o la línea divisoria entre lo normal y lo patológico, y ello no es siempre posible. En segundo lugar, porque los conceptos de normalidad varían con el tiempo y, lo que ha sido considerado como normal en un momento dado, probablemente no lo sea en una época posterior, Y en tercer lugar, porque las definiciones negativas no son útiles en las ciencias sociales. (Salleras, 1990).

1.2 Salud Laboral

Según la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la salud:

“la salud laboral tiene la finalidad de fomentar y mantener el más alto nivel de bienestar físico, mental y social de los trabajadores de todas las profesiones, prevenir todo

daño a la salud de estos por las condiciones de trabajo, protegerles en su empleo contra los riesgos para la salud y colocar y mantener al trabajador en un empleo que convenga a sus aptitudes psicológicas y fisiológicas. En suma, adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su trabajo” (OIT, 2003).

De acuerdo con lo anterior, la salud laboral tiene por objetivos principalmente la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, así como también al tratamiento y rehabilitación de lesiones y enfermedades derivadas del trabajo (Benavides, Ruiz y García 2000).

Los principales objetivos de la salud laboral son la conservación del bienestar físico, social y mental en relación con las condiciones de trabajo; el control de estas condiciones, a fin de garantizar una seguridad total en el trabajo y la compatibilidad del ambiente laboral con las capacidades de cada trabajador (Benavides et al., 2000); identificar y eliminar o modificar los factores relacionados con el trabajo que ejerzan un efecto perjudicial para la salud del trabajador, así como potenciar aquellos con un efecto beneficioso para la salud y el bienestar del mismo.

El trabajo es la prestación de servicios retribuidos. Además, desde un punto de vista económico, el trabajo es el medio principal para satisfacer las necesidades materiales de las personas, al permitir el desarrollo de capacidades físicas y mentales. De manera que al intentar analizar la salud en forma integral no se puede dejar de considerar como el trabajo influye en la salud de los seres humanos.

El trabajo puede considerarse una fuente salud porque con el mismo las personas consiguen una serie de aspectos positivos y favorables para la misma. En el trabajo las personas desarrollan una actividad física y mental que revitaliza el organismo al mantenerlo activo y despierto. Mediante el trabajo también se desarrollan y activan las relaciones sociales con otras personas mediante la cooperación necesaria para realizar las tareas, y el trabajo proporciona aumento de la autoestima porque permite a las personas sentirse útiles a la sociedad. No obstante, el trabajo también puede causar diferentes daños a la salud de tipo Psíquico, físico o emocional, según sean las condiciones sociales y materiales en las que se realice el trabajo

Pero este trabajo puede ser también un elemento de deterioro para la salud, ya sea por la pérdida o ausencia de este (que causa importantes problemas psicológicos y sociales) o por las condiciones en que el trabajo se realiza.

Este deterioro de la salud, a su vez, puede influir de forma negativa en la realización del trabajo. Es decir, una persona con mala salud o insatisfecha, no desarrolla las tareas igual que una persona con buena salud y satisfecha con el trabajo que realiza. De esta manera podemos decir que una persona con buena salud desarrolla un buen trabajo y que unas buenas condiciones de trabajo genera una buena salud.

Capítulo 2. Estrés.

2.1 Antecedentes históricos del Estrés.

La conceptualización del estrés es ambigua actualmente, ya que no existe un consenso general para su definición, no obstante existe un gran interés por parte de la Psicología, y en particular de la Psicología del Trabajo en su estudio, puesto que se describe como un fenómeno que puede presentarse en diversas áreas de un individuo; y la esfera laboral no exime de ello.

Con el fin de lograr un mejor entendimiento del término, es de gran utilidad remontarse a los antecedentes históricos que dan cuenta de su surgimiento.

El devenir del concepto Estrés fue partir de la Física e incluso, tiene una estrecha relación con el concepto de presión y los efectos que ésta puede causar en el área de superficie de un cuerpo. Toda la materia tiene un umbral de presión, es decir, ocurre un punto donde un cuerpo no puede ser sometido a más presión, a este fenómeno se le denomina resistencia. (Calvete, 2008).

Bajo estos lineamientos y para finales del siglo XVII, Robert Hooke quien fuese un físico y biólogo inglés, propone un análisis acerca del estrés, el cual se empleó dentro de diversos campos, principalmente la Ingeniería. Su propuesta fue aplicada al diseño de infraestructura tales como edificios y puentes que debían resistir a derrumbes o colapsos por soportar cargas elevadas. (Lazarus, 1999).

De la propuesta del científico se originaron los conceptos de carga, estrés y tensión. Es así que, para denominar a fuerzas externas tales como el peso, se le adjudicó el término de carga; el estrés se empleó para determinar al área de la estructura en la que se está aplicando una carga dada; y la tensión es una deformación que se da por resultado de la carga y el estrés. (Lazarus, 1999).

Estos términos contribuyeron al planteamiento de nuevos modelos sobre el estrés en épocas posteriores, ya que se han postulado ideas y teorías acerca de la carga como determinados tipos de fuerzas externas que impactan en organismos individuales, así como en sistemas biológicos, culturales, sociales, y psicológicos. (Lazarus, 1999).

Es decir, que dentro de algunos planteamientos se propone a la carga como un estímulo externo estresante, y a la tensión como una reacción o bien, una respuesta de

estrés. Ambos conceptos fueron utilizados además, por los fisiólogos para explicar el cambio o deformación en un organismo producida por el estrés. (Lazarus, 1999).

Desde el enfoque de la Biología y la Fisiología, el estrés es un estado o condición que perturba el estado de equilibrio u homeostasis de los organismos vivos; se sugiere que el impacto puede ser en lo fisiológico o en lo psicológico. En otras palabras, cuando existe una ruptura en la resistencia al estrés de un organismo, se conduce a un desgaste físico y psicológico. (Barretto, Mombelli, Decesaro, Pagliarini, y Silva, 2011).

Con base en esta propuesta, se considera que el estrés no es en sí la demanda ambiental *per se*, sino que consiste en un conjunto universal de respuestas del organismo, así como procesos que se desencadenan en reacción a tal demanda externa. (Gutiérrez, 2012).

Más adelante, el fisiólogo francés Claude Bernard propuso que una característica de los organismos vivos es la capacidad de buscar y mantener la estabilidad de su medio interno, sin importar las condiciones y cambios en el exterior. Así, cuando el hombre está expuesto a condiciones climáticas severas, su temperatura busca equilibrio para permanecer y adaptarse a los cambios. Las disfunciones por alteraciones en el equilibrio interno provocan enfermedad o muerte. (Gutiérrez, 2012).

Walter B. Cannon, fisiólogo de la Universidad de Harvard, en 1929 se refirió indirectamente a la búsqueda del equilibrio interno. Llevó a cabo estudios sobre las respuestas animales y humanas en contextos peligrosos, denotando que existía una respuesta de tipo adaptativo a diversas situaciones y dentro de las cuales, el organismo determinaba luchar o huir. (Gutiérrez, 2012).

En sus investigaciones describió un cuadro de actividad fisiológica y psicológica que ocurre en el organismo bajo condiciones que él llama *de emergencia*. La propuesta se mantiene en la actualidad para explicar el proceso fisiológico del estrés. (Gutiérrez, 2012).

Cannon convivió con el psicólogo estadounidense William James, el intercambio de ideas contribuyó a la propuesta de la relación entre estados emocionales o psicológicos con sus reacciones fisiológicas correspondientes. Es así que la teoría de Cannon ha tenido relevancia en la psicopatología durante las últimas décadas. (Gutiérrez, 2012).

2.2 Definición de Estrés.

A pesar de los postulados generados a partir de las investigaciones de Cannon, se le adjudica a otro científico como “el padre del estrés”. Es así que hacia el año de 1936 el médico austriaco Hans Selye realizó un estudio con ratas de laboratorio y observó la reacción de adaptación de éstas a la crisis, la cual se daba por un estímulo externo (carga) y que por respuesta o reacción se convierte en interno (tensión). A este síndrome general de adaptación lo denominó estrés, el cual consistió en una respuesta fisiológica y de comportamiento del organismo. (Cora, 2005).

Actualmente la definición de Selye es válida, sin embargo se han propuesto múltiples conceptualizaciones a partir de entonces. Algunas perspectivas explican al estrés como una respuesta de tipo biológico-adaptativo, que genera en un organismo una movilización de recursos para reaccionar eficazmente al entorno perjudicial. (Manassero et al., 2003).

Gutiérrez (2012) explica al estrés como una respuesta del organismo, la cual activa recursos fisiológicos, cognitivos, motores y conductuales; y que se originan para afrontar las demandas internas y/o externas, tratando de garantizar su equilibrio.

Es decir, el estrés es un *proceso* en donde existe una relación individuo-ambiente, y en donde éste último es considerado amenazante o desbordante para los recursos del organismo; además de poner en peligro su integridad física, psicológica o social. Por tanto, esta perspectiva enfatiza un procesamiento cognitivo entre las condiciones fisiológicas con el entorno y viceversa. (Gutiérrez, 2012).

Reeve (1994) explica que el inicio del proceso implica una *demanda o estresor*, el cual es perturbador y que provoca una reacción; posteriormente hay una evaluación cognitiva en la cual se considera el posible impacto en la integridad del organismo; si representa un peligro, surge una respuesta de afrontamiento, es decir una posibilidad planteada por la persona por manejar el estresor, generando así una reacción fisiológica que desencadena diversas consecuencias, e inclusive la pérdida de la salud o la muerte. (Citado en Gutiérrez, 2012).

Por todo lo anterior, al hablar acerca del estrés en la especie humana, se denota una complejidad aún mayor en comparación con otros organismos, debido a los componentes

cognitivos adyacentes; por ejemplo Worchel en el 2001 resalta que la percepción de un suceso es diferente de sujeto a sujeto, ya que existe una valoración dada en dos pasos:

- a) Evaluando la naturaleza nociva de la situación y reconociéndola como peligrosa.
- b) Posteriormente se valora la capacidad de afrontamiento. (Worchel, 2001).

Es decir, que una situación altamente estresante se interpreta como tal, si representa un desafío y se concluye que existen pocos recursos para su afrontamiento.

En ese sentido, se describe al estrés como un estado negativo, puesto que implica el surgimiento de emociones desagradables como miedo, nerviosismo, enojo, ansiedad, frustración, etcétera; además de cambios bioquímicos y fisiológicos como reacción inmediata. (Gutiérrez, 2012).

En el estrés existe un desajuste individuo-entorno por las exigencias. Dunham propone que durante este proceso, ocurren reacciones de diversos tipos como psicológicas, físicas, conductuales, emocionales; las cuales son nuevas, y que se incrementan en intensidad y temporalidad; sin embargo son significativamente mayores que los recursos para afrontar la situación. (Manassero, 2003).

Dentro de esas reacciones o respuestas, Fernández y Garrido (1999) enlistan los efectos fisiológicos, cognitivos y conductuales del Estrés, los cuales se presentan en la siguiente tabla:

| FISIOLÓGICOS | COGNITIVOS | MOTORES |
|---|-------------------------------------|--|
| Aumento de la tasa cardiaca | Preocupaciones | Habla rápida |
| Aumento de la presión arterial | Incapacidad para tomar decisiones | Temblores |
| Aumento de la sudación | Sensación de confusión | Voz entrecortada |
| Aumento del ritmo respiratorio | Incapacidad para concentrarse | Imprecisión |
| Aumento de la tensión muscular | Dificultad para dirigir la atención | Precipitaciones |
| Aumento en los niveles de adrenalina y noradrenalina | Sentimiento de falta de control | Explosiones emocionales |
| Aumento del azúcar en la sangre | Estrechamiento de la atención | Predisposición a accidentes |
| Disminución del riego sanguíneo periférico | Desorientación | Consumo de tabaco, alcohol, fármacos, etc. |
| Reducción de la acción del aparato digestivo | Olvidos frecuentes | Comer en exceso |
| Aumento del metabolismo basal | Bloqueos mentales | Falta de apetito |
| Aumento del colesterol y liberación de ácidos grasos en la sangre | Hipersensibilidad a la crítica | Conductas impulsivas |
| Aumento del nivel de corticoides | Mal humor | Consumo de drogas |
| Inhibición del sistema inmunológico | | Risas nerviosas |
| Dificultad para respirar | | Bostezos |
| Sensación de tener un nudo en la garganta | | |
| Sequedad en la boca | | |
| Dilatación de las pupilas | | |

Tabla 1. Efectos fisiológicos, cognitivos y conductuales del Estrés (Tomada de Gutiérrez, 2012).

Se sugiere que estos efectos o respuestas del organismo al estrés, impactan de diversas formas.

Gutiérrez (2012) describe que dentro de las respuestas fisiológicas al estrés, se encuentran principalmente: sudoración de manos, palpitations, indigestión, agruras, calambres, tensión muscular y aumento de la presión arterial.

Por otro lado, los efectos psicológicos van desde sentimientos de rencor, tensión, enojo, miedo, apatía, baja autoestima, melancolía, dificultad para dormir o mantener el sueño, irritabilidad, problemas de memoria y sensación de incompetencia. (Gutiérrez, 2012).

El impacto en el comportamiento se denota por conductas agresivas, actos impulsivos, toxicomanías, alteraciones en la alimentación, reducción de actividad física, etc. (Gutiérrez, 2012).

Asimismo, el impacto en el área laboral de la persona es significativo, ya que puede presentarse ausentismo, impuntualidad, bajo desempeño, accidentes de trabajo, relaciones laborales conflictivas por problemas en la comunicación, agresión y violencia. (Gutiérrez, 2012).

Con base en lo anteriormente descrito, se sugiere una connotación de tipo negativo al estado de estrés en una persona, por los efectos en su salud, en la productividad de las organizaciones e inclusive por las pérdidas económicas que representa. (Gutiérrez, 2012).

2.3 Tipos de Estrés.

Hans Seyle en 1956 determinó al estrés en dos tipos: Eustrés y Distrés (en Landy, 2004). El primero lo explica como positivo ya que durante éste, se activan los recursos necesarios del organismo, motivándolo y generando una reacción satisfactoria al alcanzar un objetivo dado; por lo tanto es un resultado saludable. Es un evento progresivo en el cual la respuesta del sujeto con respecto a la carga del estrés, se maximiza pero sin afectar al organismo.

Por su parte, el Distrés se genera a partir de estresores que permanecen durante un mayor tiempo, originando consecuencias negativas o desagradables; ya que se desborda el nivel de recursos y de adaptación del organismo, trayendo así, alteraciones fisiológicas, emocionales, cognitivas y conductuales. (Del Río, 2002).

En el momento en el que a un estresor dado se le adhieren otras variables, es posible que se potencie el efecto en la persona; y por ende es posible que surjan efectos notables en el organismo así como patologías de diversa índole:

1. Se genera cansancio físico y psicológico prolongado, por la baja capacidad del organismo para el afrontamiento.

2. Estrés emocionalmente intenso puede conducir a una enfermedad o aparición de síntomas; que van desde cefaleas, disneas, sudoración, entre otras; hasta casos más agudos como infartos, parálisis nerviosa, alteraciones gastrointestinales, etc.
3. La cronicidad del estrés severo agrava síntomas y patologías.
4. Las toxicomanías y hábitos poco saludables tales como privación de sueño, alimentación inadecuada, tabaquismo, etcétera; son factores que potencian el estrés. (Calvete, 2008).

La temporalidad e intensidad de una situación estresante suele afectar enormemente las capacidades de un sujeto; no obstante la experiencia será asimilada de formas diferentes en cada individuo; en otras palabras, una situación que puede llegar a ser enormemente estresante para una persona, puede llegar a no serlo para otra. (Hernández, Ortega, y Reidl, 2012).

Con base en todo lo anterior, se resalta el impacto del estrés en diversas situaciones de la vida del sujeto. El contexto laboral es un rubro significativo, ya que representa experiencias, metas y expectativas de la vida profesional del individuo; no obstante, supone una causa de estrés. (Rosales, y Rosales, 2013).

La Psicología Organizacional propone profundizar en el conocimiento acerca del estrés y su cronicidad. De este modo, es importante considerar las implicaciones del estrés laboral, las cuales serán revisadas más adelante.

2.4 Fuentes de Estrés.

El estrés implica la interacción del individuo con el entorno y viceversa; por tanto, se sugiere que los estresores pueden originarse en dos fuentes, internas o externas al sujeto.

Según Benavides-Pereyra (2002, citado en Barretto et al., 2011) describen a las primeras como lo relacionado con la persona, es decir aquel mundo interno derivado de procesos cognitivos, emociones, pensamientos, entre otras; todo ello da cuenta de la visión del sujeto en el mundo.

Por su parte, las fuentes externas del estrés son aquellas circunstancias, situaciones o acontecimientos propios de la experiencia y vivencias del individuo. Es importante considerar ambas fuentes de estrés, puesto que las interacciones entre las dos, además de los recursos del organismo y estrategias para afrontarlas, determinarán si el estrés desborda a las capacidades del organismo o no. (Barretto et al., 2011).

2.5 Estrés Laboral.

El estrés laboral representa un factor de riesgo psicológico y social para la salud de los individuos, impactando significativamente en escenarios sociodemográfico, económico, cultural, entre otros. (Hernández et al., 2012).

El estrés laboral se considera como el conjunto que respuestas fisiológicas, emocionales y cognitivo-conductuales, a situaciones que son adversas dentro del ambiente laboral, y que por tanto son externas al sujeto; tales como carga excesiva de trabajo, condiciones ambientales inadecuadas, exceso de responsabilidades, competencia entre compañeros, etc. (Hernández et al., 2012).

Dentro de los principales componentes considerados como generadores del estrés laboral están la carga excesiva de trabajo, la falta de control de actividades laborales, la pérdida de cordialidad entre compañeros, la falta de reconocimiento y recompensa, y los conflictos entre la toma de decisiones y los valores del individuo. (Hernández et al., 2012).

Por su parte, De la Gándara (1998) y Landy (2004) explican que la fuente del estrés laboral es multifactorial, considerando las condiciones físicas del trabajo, la demanda o carga de trabajo, el nivel ocupacional, las relaciones sociales en el trabajo, así como la estructura de la organización y su clima laboral. Sugieren que los pocos recursos para el afrontamiento del estrés laboral predisponen a fatiga, insatisfacción laboral, síntomas físicos, depresión, ansiedad y Burnout.

En otras palabras, esa predisposición que sugieren, considera que el estrés por sí mismo no causa el síndrome, pero sí es un factor relevante para desarrollarlo. (Pines y Aronson, 1988; en Rosales y Rosales, 2013). Es decir que el Burnout no es el resultado *per*

se del estrés, sino que se origina al no existir escape a éste y no contar con recursos para soportarlo.

Para diferenciar ambos constructos, Alarcón, Vaz, y Guisado, (2001) explican que el Burnout tiene que ver únicamente con la respuesta de estrés prolongado que se da en un ambiente laboral, pues mientras el estrés es experimentado por todas las personas, el Síndrome de Burnout es experimentado por personas con expectativas, objetivos y motivaciones laborales, de forma tal que los sujetos sin ellas, experimentarán estrés mas no Burnout.

2.6 Estrés en México.

Actualmente el Estrés en México es un fenómeno poco estudiado en el intento de otorgar un sustento social, cultural e histórico; esto se debe a que, su denominación de síndrome, no permite un reconocimiento que lo incluya en un listado oficial y consensuado de enfermedades por las que es viable una incapacidad laboral; lo que sí ocurre en otras naciones. (González, 2012).

El estrés ha pasado a formar parte de la cotidianeidad, generalmente se asocia a estados emotivos y anímicos, de cansancio físico o mental, ambientes laborales estresantes, entre otros; y que durante éstos, las personas sugieren manifestarse con nerviosismo o ansiedad por dichas circunstancias. (González, 2012).

El estrés laboral pareciera encerrar un ciclo que al mismo tiempo se entiende como la causa y origen. Actualmente esta situación goza de popularidad, sin embargo no existe especificidad y mucho menos, se le ha dado la importancia de su impacto sobre la salud de las personas. (González, 2012).

En el estudio sobre el estrés laboral, se incluye la vertiente *burnout*, en la cual hay gran interés de investigación por el hecho de que ante un mismo escenario laboral con demandas iguales o similares, se responde de manera diversa; esto se debe a que las personas cuentan o carecen de las herramientas que les permiten manejar la situación en forma distinta dentro de la misma organización. (González, 2012).

En el capítulo siguiente se explican con mayor detalle las implicaciones del burnout en los sujetos y en su entorno.

Capítulo 3. Síndrome de Burnout o Desgaste Ocupacional.

3.1 Definición de Síndrome de Burnout.

El síndrome de Burnout se considera como una respuesta al estrés laboral de tipo crónico, principalmente en las personas que brindan servicios y están en contacto directo con otras personas. (Gil-Monte, Unda, y Sandoval, 2009).

A esta problemática también se le conoce como Síndrome del Desgaste, Síndrome de estar quemado, Síndrome del estrés laboral asistencial, Síndrome de Desgaste Ocupacional, o Síndrome de Quemarse en el Trabajo e implica agotamiento físico y mental, lo cual constituye un problema de repercusión social actualmente. (Rosales, y Rosales, 2013).

Los estudios sobre el síndrome comenzaron a desarrollarse a mediados de los años setenta, por investigadores interesados en la salud laboral de personas que realizaban actividades con excesiva demanda. No obstante, no hay consenso sobre la explicación del burnout, pero sí existe acuerdo en sugerir que se trata de una respuesta al estrés laboral crónico que engloba una experiencia subjetiva de sentimientos y actitudes con implicaciones negativas para un individuo y una organización. (Rosales et al., 2013).

Hay diversas definiciones del Síndrome de Burnout, pero Freudenberg (1974) fue quien utilizó por primera vez este término anglosajón para referirse a un estado de fatiga o frustración producida por la dedicación a una causa, estilo de vida o relación que no genera el esperado esfuerzo. Asimismo, sugiere que el burnout ocasiona la adicción al trabajo. (Rosales et al., 2013).

Pines y Kafry (1978, citado en Rosales et al., 2013) consideran al burnout como la forma de experimentar de manera general, agotamiento mental, emocional y actitudinal. Machlowitz (1980) lo define como un estado de devoción a la ocupación, ya que el tiempo de la persona es dedicado a éste propósito, provocando un desequilibrio productivo, y generando respuestas emocionales aversivas al trabajo. (Rosales, et al., 2013).

Cherniss (1980) precisa al síndrome como un proceso transaccional de estrés y tensión laboral y acomodamiento psicológico, resaltando tres momentos:

1. Desequilibrio entre las demandas del trabajo y los recursos individuales

2. Reacción emocional a corto plazo que implican ansiedad, tensión, fatiga, y agotamiento.
3. Cambios actitudinales y conductuales (afrontamiento defensivo) (Citado en Rosales et al., 2013).

Para 1981 el poco desarrollo teórico acerca del síndrome, se divide en dos enfoques diferentes. El primero lo proponen Maslach y Jackson (1988) quienes describen al Síndrome de Burnout de manera tridimensional, considerando *agotamiento emocional*, *despersonalización* y *reducida realización personal* como los componentes del mismo. Esta definición tiene la importancia de no ser teórica, sino que es el resultado de las investigaciones que las autoras llevaron a cabo en 1984; y a partir de las cuales construyen el *Maslach Burnout Inventory (MBI)*, que se utiliza para medir dicho constructo. (Gil-Monte et al., 2009).

El segundo enfoque inicia con el trabajo de Pines y Aronson (1988), cuyo desarrollo proporcionó una conceptualización del constructo de forma unidimensional; únicamente como agotamiento emocional. Sin embargo otro investigador Shirom realizó una revisión para validar el MBI, lo que permitió observar que el *agotamiento emocional* se correlaciona mejor con las variables relacionadas con el trabajo y con las observaciones realizadas dentro de las organizaciones; ya que implica una combinación de fatiga física, cansancio emocional y cognitivo. (En Rosales et al., 2013).

Es decir que desde este segundo enfoque, el Síndrome de Burnout implica el agotamiento físico-emocional y cognitivo originado por estar involucrado de manera prolongada a circunstancias generadoras de estrés.

El síndrome es un problema de salud pública y en el trabajo, ya que se relaciona con el aumento en la tasa de accidentes en el trabajo. Igualmente, produce ausentismo laboral, distanciamiento, actitudes agresivas y hasta violentas, con los compañeros de trabajo y usuarios, lo que conlleva a un sentimiento de mala realización personal. García Ucha (2000, citado en Rosales et al., 2013) menciona que el burnout es el impacto de la percepción del estrés mantenido en años de trabajo de un sujeto, lo cual se reflejará en su estado emotivo e inclusive representa una problemática grave para la organización.

Para conocer concretamente las implicaciones y el impacto del Síndrome de Burnout en las personas y su entorno, es necesario describir las visiones existentes que explican el devenir del fenómeno. A continuación se desarrollarán las perspectivas que han propuesto los principales autores.

3.2 Perspectiva clínica, social y organizacional.

Se propone concebir y explicar al Síndrome de Burnout desde las perspectivas: clínica, psicosocial y la organizacional.

Gil-Monte et al., (2009) explican principalmente la visión clínica y la social. La primera se basa en concepciones basadas en el individuo, sobre el estado al cuál llega el sujeto por producto del estrés, ello corresponde a sus elementos emocionales, aptitudinales, actitudinales e incluso de personalidad, entre otros.

Freudenberger (1974, citado en Gil-Monte et al., 2009) propone que el burnout se presenta en sujetos que trabajan más intensamente ante la presión y demandas para lograr un conjunto de expectativas inalcanzables, poniendo en segundo lugar sus intereses.

Fischer (1983) contribuye a esta perspectiva clínica al mencionar que el síndrome se trata de un estado resultante de un trauma narcisista que lleva al individuo a una disminución en su autoestima; del mismo modo Pines y Aronson (1988), consideran que también surgen agotamiento físico y mental que se traducen como sentimientos de impotencia, fatiga, inutilidad y baja autoestima, acompañado de vacío físico, desesperanza, desilusión, y además del desarrollo de un autoconcepto y una actitud negativa hacia el trabajo y a la vida misma. (Gil-Monte, 2006).

Las aproximaciones clínicas ocasionan problemas de diagnóstico debido a la ausencia de investigaciones que concreten parámetros psicométricos en muestras aleatorias de profesionales o incluso, estudios que consideren el burnout en muestras representativas (Gil-Monte y Peiró, 2000, en Gil-Monte, 2006).

Desde la perspectiva psicosocial, se afirma que el burnout hay que entenderlo como un proceso secuencial de fases o etapas, con aparición de los síntomas en interacción con

las características del entorno del trabajo. Por lo tanto, es reversible si el individuo usa recursos de afrontamiento adecuados, de lo contrario, progresará el desgaste hasta consecuencias irreversibles como el abandono del trabajo o incluso de la profesión, aunado a la indispensable ayuda de un especialista. (Gil-Monte, 2006).

Si bien la mayoría de los investigadores aceptan esta visión, algunos discrepan de la propuesta de Maslach y Jackson (1981) entre los que se encuentran Price y Murfy (1984), Ferber (1985 y 1991), y Golembiewski et al. (1991). Este último en (1983-1986) asegura que el burnout afecta a todo tipo de sujetos y no solamente a las organizaciones que interactúan con otras personas como directivos, vendedores, y otros. (En Rosales et al., 2013).

Es decir, comparando ambas perspectivas se resalta en la primera una visión del problema en forma individual, y en la segunda se muestra como un proceso dinámico por causa de la interacción multifactorial.

La visión organizacional se concentra como una parte importante, agrupa variables de importancia en el ambiente laboral tales como el trato a usuarios y clientes, clima y cultura organizacional, usuarios y clientes difíciles, problemas en el rol del sujeto que trabaja, entre otros. La perspectiva explica que el síndrome proviene de las relaciones entre la tensión, el estrés y el apoyo social en función de la organización *per se*. (Gil-Monte et al., 2009).

No obstante, esta última perspectiva no brinda una definición concreta y amplia sobre el origen del síndrome, por tanto es vital considerar una integración de las tres posturas para estudiar y comprender la complejidad del fenómeno.

Antes de ello, en primera instancia se describirá cuáles son los elementos que constituyen al Burnout, es decir las dimensiones que conforman al constructo; y posteriormente se explicará de qué manera interactúan entre sí conformando diferentes modelos explicativos.

3.3 Dimensiones.

Como se mencionó anteriormente, los estudios del burnout comenzaron con Freudenberg, sin embargo fue en los años ochenta cuando aparece *el Maslach Burnout Inventory (MBI)* que ha sido utilizado preferentemente, para medir el síndrome.

A partir de ello, la definición que con más frecuencia se maneja no se deriva de una teoría sobre el fenómeno sino precisamente del conjunto de investigaciones psicométricas. Se ha propuesto que el constructo está conformado por tres dimensiones, las cuales también han sido utilizadas para elaborar diferentes modelos explicativos: Agotamiento Emocional (AE), Despersonalización (DO) y Baja realización personal en el trabajo (BRP). (Gil-Monte, et al., 2009; González, 2012). Identifica

1. *El Agotamiento Emocional (AE)*: se refiere al esfuerzo físico y emocional. Es la incapacidad de dar más de sí mismo en términos afectivos y emocionales, implicando una sensación de agotamiento de la energía y de los recursos emocionales para afrontar las circunstancias de interacción con los otros.
2. *Despersonalización (DP)*: es un proceso que se expresa en comportamientos y actitudes. Es la presencia de sentimientos de tipo negativos hacia las personas a las que se les brinda el servicio; pueden observarse como maltrato y actitudes de cinismo, lo que conlleva a un endurecimiento afectivo y deshumanización.
3. *Realización personal en el trabajo (RP)*: es una valoración negativa hacia lo que se hace, desarrollando sentimientos de incompetencia, fracaso y falta de logro en el trabajo sintiendo insatisfacción con los resultados del mismo.

Es decir que, de acuerdo a lo propuesto en la MBI, el síndrome se manifiesta en una sintomatología multidimensional, impactando en el ámbito físico y psicológico del sujeto, y que afecta individual y grupalmente.

A partir de las dimensiones propuestas por los instrumentos psicométricos, varios autores han revisado la posible dinámica e interacción que hay entre ellas, sugiriendo modelos explicativos sobre el Síndrome de Desgaste Ocupacional.

3.4 Modelos.

El interés de los investigadores por conocer los mecanismos que dan origen al Síndrome de Burnout o Desgaste Ocupacional en las personas, ha logrado el surgimiento de varios modelos acerca del fenómeno. La mayoría de los autores con base en la propuesta de un

constructo tridimensional, describen la interacción de estos para explicar el proceso; otros proponen modelos diferentes.

Cherniss (1980) explica que un número de características del trabajo interactúan con los empleados que entran con unas orientaciones profesionales particulares. Explica que el proceso del síndrome de Burnout ocurre primeramente con una fase de estrés, seguida por agotamiento y por último, con una fase de afrontamiento defensivo en dónde finalmente, las actitudes y conductas son desarrolladas ineficazmente, como un escape ante la situación que ya es vista por el sujeto como insostenible. (Alarcón, Vaz, y Guisado, 2001).

Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983) consideran el proceso de forma tridimensional. Se inicia con la pérdida del interés inicial con el trabajo, actitudes de despersonalización y afrontamientos inefectivos hacia el estrés laboral. Sigue una baja realización personal y a largo plazo, surge el agotamiento emocional. Esta última variable es la que más contribuye a que el sujeto desarrolle el síndrome. (Gil-Monte, 2006).

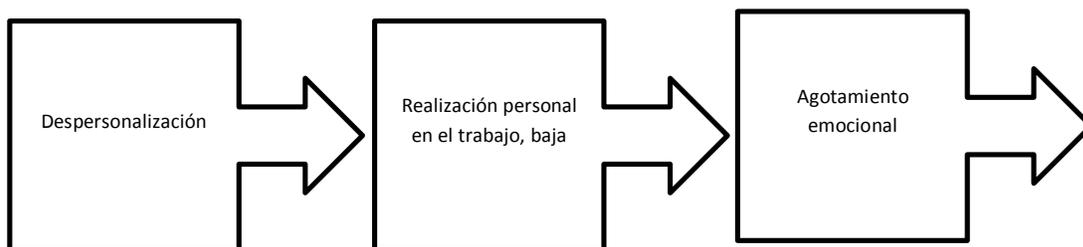


Figura 1. Modelo del proceso de Síndrome de Burnout propuesto por Golembiewski y cols. (1983).

Por su parte, Leiter y Maslach (1988) proponen un modelo en el cual, por consecuencia del estrés, las personas se enfrentan a un proceso de cuatro fases entre las tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

Explican que en el proceso ocurre primero el agotamiento emocional, el cual proviene del desequilibrio entre las demandas externas y los recursos del sujeto para afrontarlas; enseguida hay actitudes de despersonalización hacia otros y en consecuencia, pierden el compromiso personal en el trabajo. Todo ello genera que el agotamiento emocional personal siga y que baje su realización personal, desarrollando el síndrome. En el modelo, la despersonalización es mediadora entre el agotamiento y la baja realización personal. La

despersonalización es el intento fallido de manejar el agotamiento mediante el distanciamiento. (Alarcón et al., 2001).

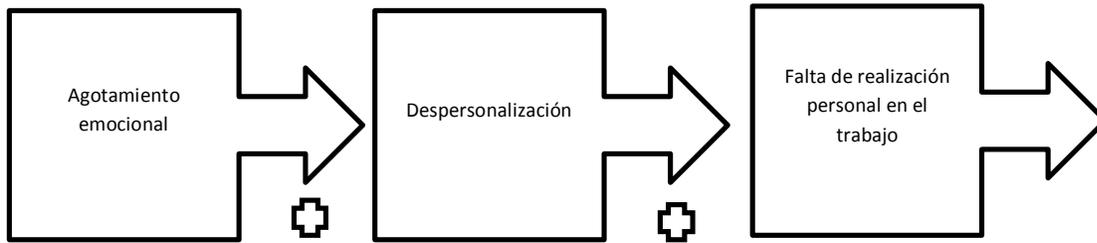


Figura 2. Modelo del proceso de Síndrome de Burnout de Leiter y Maslach (1988).

Posteriormente, Leiter (1993) propone que el agotamiento emocional y la despersonalización se relacionan, pero la falta de realización personal se desarrolla paralelamente al agotamiento y está influenciado por características propias del trabajo que es mediado por la despersonalización. (Gil-Monte, 2006).

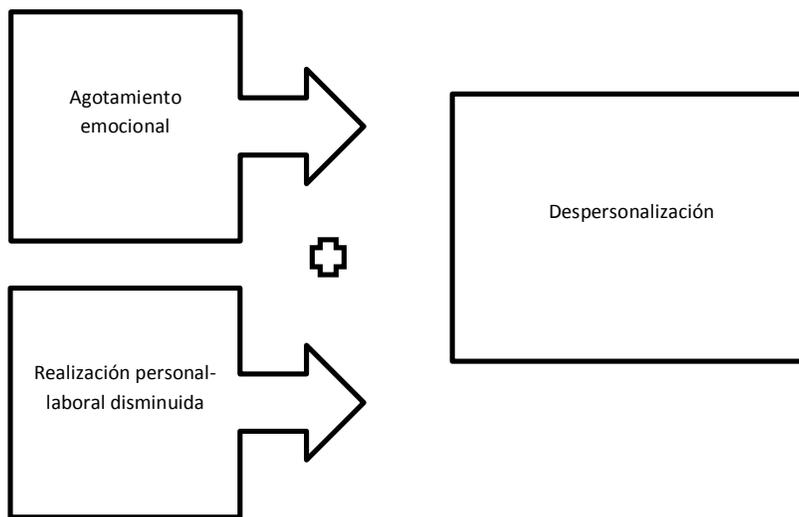


Figura 3. Modelo del proceso de Síndrome de Burnout de Leiter (1993).

Hay un cuarto modelo de 1993 propuesto por Lee y Ashforth en el que la despersonalización y la baja realización personal en el trabajo son las consecuencias directas del agotamiento emocional. En contraste con el modelo de Leiter y Maslach (1998), la despersonalización no

es un mediador entre el agotamiento emocional y la falta de realización personal en el trabajo. (Gil-Monte, 2006).

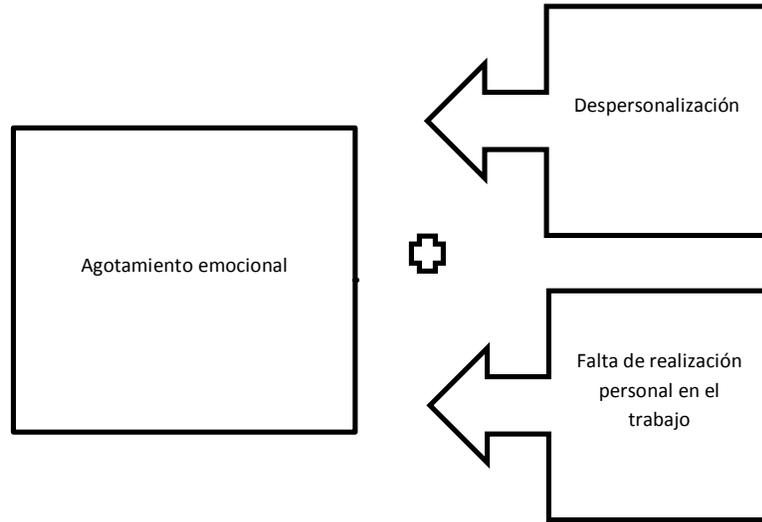


Figura 4. Modelo del proceso de Síndrome de Burnout de Lee y Ashforth (1993).

Otro modelo relevante es el propuesto por Gil-Monte, Peiró y Valcarcél (1995). Explican que el burnout inicia con la baja realización personal en el trabajo aunado a un elevado agotamiento emocional. Por su parte, la despersonalización es una variable que funge como una estrategia de afrontamiento a estos dos, de manera crónica. El modelo considera a la cognición y la emoción como mediadoras entre el estrés laboral percibido y las actitudes y conductas dadas como respuestas a este. (Gil-Monte, 2006).

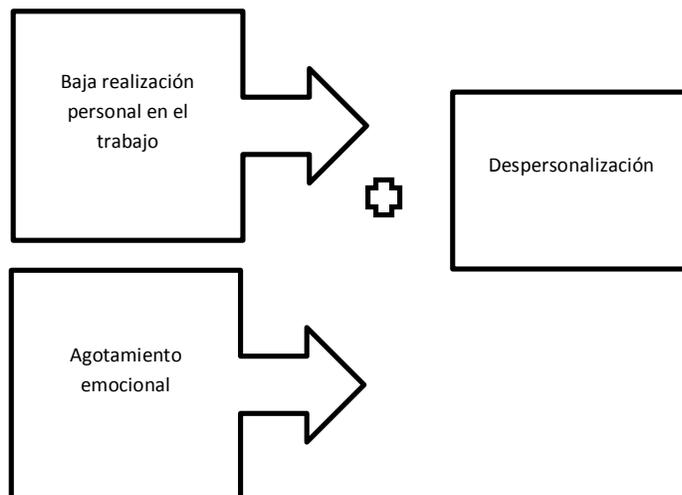


Figura 5. Modelo del proceso de Síndrome de Burnout de Gil-Monte, Peiró y Valcarcél (1995).

El último modelo en considerar es el que proponen Edelwich y Brodsky (1980), quienes describen un proceso dado en cuatro fases que se caracterizan por la desilusión o de desencanto hacia la actividad laboral.

- I. La primera fase de Entusiasmo es un periodo inicial de la actividad laboral donde los individuos muestran expectativas e ideas irreales sobre el trabajo por no conocerlo realmente.
- II. En el Estancamiento, el sujeto realiza su trabajo pero ya no lo es todo en su vida, ya que sus actividades y atención se centran en cuestiones personales.
- III. En la Frustración los sujetos se preguntan si vale la pena el empleo y si tiene sentido ayudar a los demás a pesar de que no sean colaboradores, experimentan frustración de sus esfuerzos personales.
- IV. La apatía es el mecanismo de defensa frente a la frustración, se caracteriza porque el sujeto frustrado sigue en el trabajo, para poder vivir; lo único que se desea es la estabilidad laboral o que al menos se les compense la ausencia de satisfacción laboral. (Gil-Monte, 2006).

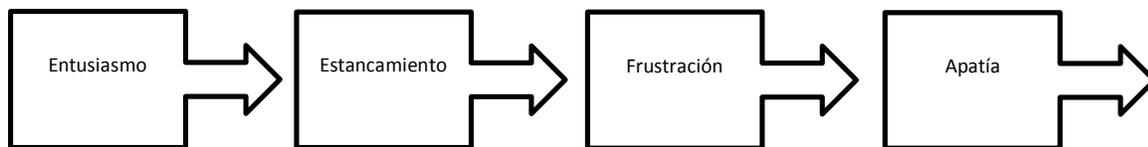


Figura 6. Modelo del proceso de Síndrome de Burnout en cuatro fases, de Edelwich y Brodsky (1980).

Los estudios realizados muestran que las dimensiones del Burnout que proponen los autores, no contribuyen de la misma manera al desarrollo del síndrome, y la secuencia en el proceso puede cambiar y diversificarse de acuerdo a la visión a considerar, y a los sujetos.

Además sin importar la secuencia de las etapas, debe resaltarse que una vez presentado en un sujeto y una organización, las consecuencias se hacen presentes en ambos. Las respuestas que surgen en el individuo de acuerdo a su entorno, así como las consecuencias de dichas reacciones, serán descritas a continuación.

3.5 Causas y síntomas.

La literatura presenta más de 100 síntomas asociados al síndrome, los cuales afectan negativamente a las emociones, afectos, cogniciones, actitudes, conductas y sistema fisiológico del individuo. Se sugiere que el deterioro de los anteriores, es previo a la aparición de un gran número de síntomas conductuales y fisiológicos, que estarían en la categoría de consecuencias. (Gil-Monte, 2006).

Las conductas observables de las personas que desarrollan el síndrome y las alteraciones fisiológicas son consecuencia de los procesos psicológicos del individuo que median entre la percepción del entorno laboral como fuente de estrés, en especial las relaciones interpersonales. En ese sentido, la evaluación es fundamental para el diagnóstico adecuado; además de que tienen un valor como predictores del desarrollo, intensidad y consecuencias del burnout. (Gil-Monte, 2006)

Gil-Monte (2001b, en Gil-Monte, 2006) desarrolló un estudio en el que preguntó a personal de enfermería sobre los síntomas que según su propia experiencia, identificaban al síndrome, en el cual obtuvo componentes cognitivos, afectivos, actitudinales, conductuales y físicos; resaltando la importancia de los tres primeros indicadores. (Tabla 2).

| Síntomas cognitivos | Síntomas afectivo-emocionales | Síntomas actitudinales | Otros |
|--|-------------------------------|---|----------------------|
| Sentirse contrariado. | Nerviosismo. | Falta de ganas de seguir trabajando. | Conductuales: |
| Sentir que no valoran tu trabajo. | Irritabilidad y mal humor. | Apatía. | Aislamiento. |
| Percibirse incapaz para realizar las tareas. | Frustración | Irresponsabilidad. | No colaborar. |
| Pensar que no puedes abarcarlo todo. | Agresividad. | Pasar de todo. | Contestar mal. |
| Pensar que trabajas mal. | Desencanto. | Estar harto. | Enfrentamientos. |
| Falta de control. | Aburrimiento. | Intolerancia. | |
| Verlo todo mal. | Agobio. | Impaciencia. | Físicos: |
| Todo se hace una montaña. | Tristeza y depresión. | Quejarse por todo. | Cansancio. |
| Sensación de no mejorar. | Desgaste emocional. | Evaluar negativamente a compañeros. | |
| Inseguridad. | Angustia. | Romper con el entorno laboral. | |
| Pensar que el trabajo no vale la pena. | Sentimientos de culpa. | Ver al cliente/usuario como un enemigo. | |
| Pérdida de autoestima. | | Frialdad hacia los demás | |
| | | Indiferencia. | |
| | | Culpar los demás de su situación. | |

Tabla 2. Síntomas Psicológicos obtenidos por Gil-Monte (2001b) (Tomado de Gil-Monte, 2006).

Los principales síntomas cognitivos incluyen el sentir que no se valora el trabajo de la persona, falta de control, tener la sensación de no mejorar, inseguridad e inclusive la pérdida de la autoestima. (Gil-Monte, 2006).

Los síntomas afectivo-emocionales engloban la irritabilidad y mal humor, frustración, agresividad, aburrimiento, tristeza, culpa, angustia e inclusive depresión. (Gil-Monte, 2006).

Dentro de los síntomas actitudinales se encuentran la frialdad, apatía, irresponsabilidad, sensación de hartazgo, intolerancia, impaciencia, quejarse por todo, evaluar negativamente a los compañeros, e inclusive ver al usuario como un enemigo, por lo que se tiende a culparlo de los problemas personales. (Gil-Monte, 2006).

Por último resalta otros síntomas relacionados con los comportamientos de los sujetos como el contestar mal y enfrentamientos con el usuario; aunado a la sintomatología física de cansancio. (Gil-Monte, 2006).

La sintomatología anterior describe un cuadro de gran magnitud que puede conllevar a graves consecuencias negativas para la integridad física y psicológica del individuo, así como en su entorno.

Los autores señalan que se sigue entonces, a la búsqueda de los elementos causales de la situación tales como: altas exigencias planteadas, condición física y estados de salud, estilos de vida, características de personalidad, motivaciones y expectativas, etcétera.

Por parte de otros autores como Salanova, Martínez, Bresó, y Llorens (2005), Bresó y Salanova (2005), y Gil-Monte (2005) proponen que las manifestaciones más notorias del Síndrome de Burnout son (Citados en Rosales et al., 2013)

- Agotamiento o cansancio físico y mental.
- Ausentismo.
- Disminución en la productividad.

Estas tres manifestaciones se dividen a su vez, en tres grupos fundamentales:

1. Psicosomáticas: que incluyen alteraciones cardíacas (taquicardias, hipertensión arterial), fatiga crónica, dolor de cabeza, alteraciones gastrointestinales, tensión muscular, alteraciones respiratorias, del sueño, dermatológicas y menstruales.
2. Conductuales: abuso de fármacos, toxicomanías, ausentismo laboral, malos hábitos alimenticios, incapacidad para relajarse.
3. Emocionales: sensación de impaciencia, deseos de renunciar al empleo, irritabilidad, ansiedad y falta de concentración, depresión, baja autoestima y baja motivación. (En Rosales et al. 2013).

3.6 Consecuencias.

Las consecuencias del Síndrome de Burnout representan un gran impacto negativo para aspectos personales, familiares y laborales de un sujeto. No obstante, existen discrepancias entre los diversos autores respecto a cuáles son las principales. (Rosales et al., 2013).

Gil-Monte y Peiró, (1997, en Gil-Monte, 2006) explican que las consecuencias se traducen en enfermedad con alteraciones físicas y psicológicas, mientras que también las hay para la organización, observadas como actitudes negativas, vulnerabilidad a accidentes, ausentismo, abandono, entre otros.

Los autores anteriores desarrollan un cuadro en el que enumeran las principales consecuencias asociadas al burnout. (Tabla 3).

| Índices emocionales | Índices actitudinales | Índices conductuales | Índices psicossomáticos |
|-------------------------------|-----------------------|---------------------------|---------------------------------|
| Sentimientos de soledad. | No verbalizar. | Agresividad. | Hipertensión. |
| Ansiedad. | Cinismo. | Aislamiento. | Crisis asmáticas. |
| Sentimientos de impotencia. | Apatía. | Cambios bruscos de humos. | Catarros frecuentes. |
| Sentimientos de omnipotencia. | Hostilidad. | Enfado frecuente. | Mayor frecuencia de infecciones |
| | Susplicacia. | Irritabilidad. | Aparición de alergias. |
| | | | Dolores de espalda. |
| | | | Fatiga. |
| | | | Diarrea. |
| | | | Insomnio. |
| | | | Alteraciones menstruales. |

Tabla 3. Principales consecuencias asociadas al Síndrome de Burnout. (Tomado de Gil-Monte y Peiró, 1997, en Gil-Monte, 2006).

En las consecuencias emocionales, los autores resaltan la ansiedad, omnipotencia y/o impotencia. Como índices actitudinales resaltan el cinismo, apatía y hostilidad. Se observan conductas agresivas, de aislamiento, cambios bruscos de humor y enfado frecuente. En los índices psicossomáticos enumeran la hipertensión, mayor frecuencia de infecciones, dolores de espalda, fatiga, insomnio, etc. (Gil-Monte y Peiró, 1997, en Gil-Monte, 2006).

Aseguran que el conjunto de las consecuencias emocionales, actitudinales y conductuales impactan en mayor medida en las relaciones interpersonales del sujeto, mientras que las consecuencias consideradas como índices psicossomáticos afectan significativamente la calidad de vida y la salud del individuo. (Gil-Monte y Peiró, 1997, en Gil-Monte, 2006).

En otros estudios también se resaltan consecuencias tales como incapacidad de desconectarse del trabajo, problemas de sueño, cansancio, susceptibilidad de enfermarse, problemas de cuello, cefaleas, enfermedades coronarias, sudoración, náuseas, taquicardia, infecciones respiratorias; abuso de fármacos (estimulantes, tranquilizantes), toxicomanías y

adiciones. En ese sentido, se han encontrado puntuaciones mayores en despersonalización en individuos con tendencias a trastornos psicofisiológicos. (En Rosales et al., 2013).

García y Matud (2002, citados en Rosales et al., 2013) explican que la insatisfacción con el rol laboral y la presión en el trabajo se correlacionan con sintomatología de tipo somático, ansiedad, insomnio y depresión.

Calvete y Villa (2000, en Rosales et al., 2013) presentan resultados de correlación significativa entre el agotamiento o cansancio emocional, con síntomas depresivos, somatizaciones, ansiedad, sensibilidad interpersonal y dificultades cognitivas. Asimismo, explican la tendencia de las personas al sentimiento de falta de autorrealización, autoculpa, aislamiento, baja autoestima, actitudes negativas, sentimiento de incompetencia, inferioridad, hasta intentos de suicidio y cuadros de depresión, ansiedad y fobias.

Las consecuencias que explican los autores sugieren la asociación del Síndrome de Burnout y la enfermedad o falta de salud en el sujeto, independientemente de los instrumentos para medirlas.

3.7 Variables sociodemográficas, de salud y de trabajo.

Se ha sugerido que el Síndrome de Burnout es multifactorial, ya que puede ser el resultado de las relaciones interpersonales entre el trabajador que brinda un servicio con la persona que lo recibe, como también resultado de la interacción entre el individuo con su entorno laboral. En el siguiente apartado se ubican algunas variables internas y externas que se relacionan con el Burnout.

a) Variables sociodemográficas.

Los resultados de estudios han considerado el sexo, la edad, estado civil y nivel académico como variables sociodemográficas. En cuanto al sexo, se ha visto que los hombres puntúan significativamente en despersonalización, mostrando conductas negativas hacia los usuarios; en contraste, las mujeres puntúan significativamente en agotamiento emocional y baja realización personal. (Maslach y Jackson, 1982).

Buendía y Ramos (2001) sugieren que estas diferencias se deben a diferencias biológicas y psicológicas, ya que la mujer es más emotiva y se involucra más emocionalmente, en comparación con el hombre, quien es más analítico y está menos orientado al contacto directo con la gente.

Esta explicación sugiere aspectos que son notoriamente arraigados en la población mexicana, expresándose en comportamientos de género así como en el nivel cultural e ideológico de las personas.

En la variable edad, se ha visto que a mayor cantidad de años es menos probable desarrollar Burnout, es decir que los jóvenes muestran mayor cansancio emocional por la menor madurez psicológica y poca experiencia laboral, además de la diferencia que surge entre sus idealizaciones del trabajo con respecto a la realidad. (Maslach y Jackson, 1982).

Asimismo, se han encontrado relaciones significativas de tipo curvilíneo en índices de Burnout bajos entre los 20 y 25 años, altos de 25 a 40 años y mínimos de los 40 años en adelante. Se sugiere que las personas de mayor edad cuentan con mejores recursos de afrontamiento al estrés y expectativas en el trabajo más reales, es decir que los profesionistas con mayor madurez desarrollan conductas para reducir el riesgo de presentar Burnout en comparación con los jóvenes que no las tienen. (Farber, 1984; en Gil-Monte, 2006).

En cuanto a la cantidad de hijos y el estado civil, los solteros y los que no tienen hijos son propensos al síndrome, seguidos de los divorciados y al final los casados, con una menor despersonalización. Se sugiere que ello es debido a que la pareja estable e hijos son un soporte emocional para afrontar el estrés, así como la madurez psicológica y estabilidad emocional que brindan. (Maslach y Jackson, 1982).

En ese sentido, Leiter (1990; citado en Gil-Monte, 2006) propone que la vida en familia puede determinar que las personas tengan mayor "tacto" con los demás y sus problemas, pero con un menor involucramiento en las relaciones interpersonales en el trabajo.

En cuanto al nivel académico, se observa que las personas sin estudios de lo que se requiere en el puesto, sienten que no están preparadas para las actividades y no hay

satisfacción por estar en ese empleo, ya que se sienten ineficaces y ansiosas. (Gil-Monte y Peiró, 1997; en Gil-Monte, 2006).

Las variables sociodemográficas pueden considerarse individualistas con respecto a lo que proponen, por tanto se desarrollarán a continuación y desde una perspectiva más amplia, las variables más externas.

b) Variables de salud.

La salud es el resultado de un proceso complejo en el que interactúan la situación política, económica y social, las condiciones en las que se ha de realizar el trabajo y la actitud del individuo frente a su realidad. El trabajo o no-trabajo es el eje sobre el que gira la vida de toda persona y, por tanto, el que establece los estados de salud y satisfacción de los trabajadores y trabajadoras.

Ejercicio y su frecuencia mejora el perfil lipídico y el control de la glucemia, reduce o previene la hipertensión arterial y el estrés, mejora la forma física y aumenta la longevidad. Asimismo, existe evidencia de que el ejercicio físico reduce el riesgo de enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2, la osteoporosis, la obesidad, la depresión y colon (Boraita, 2008).

El consumo de tabaco que muchos lo usan para bajar su estrés, solo es un factor de riesgo importante e independiente, asociado a enfermedades propias de la edad adulta como la enfermedad pulmonar crónica, el cáncer de pulmón, las enfermedades coronarias y cerebro-vasculares. Si consideramos las enfermedades coronarias en particular, el consumo de tabaco es el más importante de los factores de riesgo modificables.

Su presencia duplica el riesgo relativo para padecer enfermedades coronarias. Este riesgo aumenta a medida que disminuye la edad en la que se inicia el consumo de tabaco, y con el mayor número de cigarrillos consumidos por día por lo tanto con el tiempo disminuye el ritmo de trabajo (Palau et al., 1997).

El consumo de alcohol además de ser un problema generalizado y común. Está asociado con la violencia familiar, riñas en las calles, accidentes viales y muertes violentas. A su vez el alcohol entra a todo el cuerpo, los tejidos del organismo y afecta la mayoría de las

funciones vitales. Desplaza a los nutrientes y produce desnutrición. Sus efectos tóxicos dañan al hígado, provocan gastritis agudas, pancreatitis y a largo plazo micro cardiopatías. (Morales, 2002)

Los trabajadores deben de comprender que una nutrición deficiente está vinculada al ausentismo, la enfermedad, un bajo estado de ánimo. La obesidad, una cantidad inadecuada de calorías y la deficiencia de hierro, dan lugar a la fatiga y a la falta de destreza. Por su parte, los trabajadores deben de entender que su salud, y con ella su seguridad en el puesto de trabajo, depende de una nutrición apropiada. El lugar de trabajo, en el que numerosos adultos pasan más de un tercio de su jornada o la mitad de sus horas de vigilia, representa un emplazamiento lógico para la intervención de profesionistas. (Batrina, J. 2001).

c) Variables de Trabajo.

Estas variables son de suma importancia, ya que dan cuenta del entorno del individuo y su interacción. Leiter (1988; en Gil-Monte, 2006) menciona que las relaciones de carácter formal o dadas de acuerdo a la interacción necesaria en el trabajo, aumenta el agotamiento emocional; mientras que las relaciones informales aumentan la realización personal en el trabajo.

Maslach y Jackson (1982) explican que si la relación empleado-usuario es estresante y dificultosa, puede ser la principal causa en la aparición del Síndrome de Burnout, ya que los rasgos de personalidad del usuario o cliente, positivos o negativos, determinan el servicio que el trabajador le está proporcionando.

Asimismo, estos autores explican que los trabajadores buscan inconscientemente aprobación y reconocimiento por lo que hacen, sin embargo en ocasiones eso no sucede ya que reciben reclamaciones o ataques

La variable de antigüedad en el puesto, los resultados son similares a la variable edad, ya que se sugiere que los empleados más jóvenes son más inexpertos, por tanto no cuentan con muchas herramientas o recursos de afrontamiento al estrés, por ello son más propensos al síndrome. (Gil-Monte y Peiró, 1997; en Gil-Monte, 2006).

El número de horas que emplean en el trabajo es muy elevado, más de doce horas diarias. Este número tan elevado de horas de trabajo depende de varios factores: rendimiento del trabajo, necesidades económicas, consumismo. Por otra parte el número de licencias es elevado, es decir, se da un alto índice de competitividad. En consecuencia, algunos marcan un número de horas de trabajo, y otros se ponen como objetivo alcanzar una determinada cifra de dinero. (CCOO, 2001)

El descanso es una necesidad primordial. Pero de nuevo se manifiesta la dinámica del sector: igual que se prolonga la jornada, se eliminan los tiempos de descanso. Este tiempo no es elegido en función de la necesidad del cuerpo, si no cuando el servicio lo permite, por lo que es menos reparador el descanso. (CCOO, 2001)

Las horas de sueño son muy importantes para todos los seres humanos. La privación de sueño tiene gran impacto sobre el estado de ánimo, el estado de alerta y algunas funciones cognitivas, y menor repercusión sobre el desempeño motor. (Williamson y Feyer, 2000).

Las profesiones de servicio a clientes o usuarios son las que notoriamente manifiestan Síndrome de Burnout, lo cual se relaciona con el puesto, actividades y funciones, responsabilidades, turnos, toma de decisiones, etc. (Ramos, 1999; en Buendía y Ramos, 2001).

Cherniss (1980) y Friesen y Sarros (1989; citados en Del Ríó 2002) consideran que las variables individuales, sociodemográficas y el carente apoyo social son variables que favorecen que el Síndrome de Desgaste se origine, por su parte, las variables organizacionales pueden fungir como desencadenantes. Estas últimas son:

- a) Dificultad de las actividades.
- b) Jornadas inestables y número de horas.
- c) Imposiciones y límites administrativos exagerados por parte de los mandos altos.
- d) Poca retribución económica.
- e) Frialdad por parte de los compañeros y distanciamiento.
- f) Condiciones del medio ambiente físico como temperatura, iluminación, ruido, condiciones higiénicas, entre otras, también son consideradas como desencadenantes. (Gil-Monte, 2006).

Se ha visto que los trabajadores ven deteriorado su bienestar al dar cuenta que en el trabajo hay fallas importantes, como el no tomárseles en cuenta en sus propuestas, por lo que desarrollan frustración, falta de control y un comportamiento poco efectivo. (Gil-Monte, 2006).

Un empleo estable y gratificante implica retos posibles de afrontar, satisfacción, reconocimiento constante, posibilidades de ascenso, desarrollo profesional y condiciones apropiadas, propicia a que el Burnout disminuya o no se manifieste.

Como se ha desarrollado anteriormente y de acuerdo a los estudios realizados, hay variables que propician la aparición del Burnout como ciertos rasgos personalidad, aspectos del trabajo *per se*, o fenómenos derivados de la interacción entre las personas.

Asimismo hay variables que dependen de características específicas y particulares, para determinar la aparición del síndrome, tales como diferencias en edad, la antigüedad en el puesto y experiencia laboral, así como el nivel de estudios.

Sin embargo, ninguna de las variables se ha catalogado como determinante. Cabe recordar que la complejidad del síndrome de Desgaste es tal, que en su componente individual, un sujeto afronta las situaciones estresantes de manera distinta; asimismo, mientras para algunas personas una situación es estresante, puede no serlo para otras, por ello no se deben generalizar aspectos como la edad o rasgos de personalidad.

Es necesario explicar ampliamente mediante futuras investigaciones, cómo estos factores interactúan, así como considerar la posibilidad de mayor importancia de algunas variables con respecto a otras.

3.8 Medición del síndrome de Burnout.

Se han elaborado varios instrumentos psicométricos a partir de las investigaciones que se realizaron a mediados de los años setenta, muchas de estas pruebas se han focalizado en el modelo explicativo que propuso Leiter.

El primero y más popular de los instrumentos ha sido el *Maslach Burnout Inventory MBI* (Maslach y Jackson, 1981, 1986) basado en el modelo explicativo de Leiter, considerando la tridimensionalidad. (Agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo) se considera que el instrumento tiene alta consistencia interna y una confiabilidad cercana al 90%. (Rubio, 2003).

Por otro lado, y a pesar de la existencia de varias definiciones del Síndrome de Burnout, éste se ha descrito con base en el *MBI* y las dimensiones que propone en la conformación del constructo.

Uno de los problemas que se ha originado por ese proceder, es la ausencia de un modelo explicativo del desarrollo del proceso. Sin embargo en la bibliografía especializada, se identifican hasta cinco modelos diferentes para explicar el desarrollo del burnout según el *MBI*, considerando el orden que tienen sus síntomas de forma secuenciada. (Gil-Monte, et al., 2009).

El *MBI* no está exento de dificultades que hay que considerar, ya que presenta problemas psicométricos y de contenido que se hacen notorios al traducirse a otros idiomas. Los más relevantes según Gil-Monte y cols. (2009) son:

- a. A pesar del apoyo empírico para la estructura tridimensional del *MBI*, son frecuentes las investigaciones en las que se obtiene una configuración dimensional diferente.
- b. Algunos reactivos presentan problemas de cargas factoriales. Se ha visto que el modelo factorial mejora si se elimina el ítem 12 “me siento con mucha energía en mi trabajo” y el reactivo 16 “siento que trabajar en contacto directo con la gente, me cansa”.
- c. Deriva un problema psicométrico de los valores de Alfa de Cronbach (α) para la subescala de Despersonalización, que con alguna frecuencia son inferiores a .70, lo

que cuestiona la consistencia interna de esa dimensión en algunos estudios debido a valores muy bajos.

- d. Hay diferentes versiones del MBI: *MBI-Human Services Survey (MBI-HSS)* y *MBI-General Survey (MBI-GS)*. Ambos presentan tres dimensiones y en el manual se afirma que existe correspondencia de los dos instrumentos, sin embargo es cuestionable por el contenido de las dimensiones.
- e. Hay problemas en su adquisición y comercialización, lo que limita su utilización.

Otro instrumento en la evaluación del Síndrome de Desgaste ocupacional es el *Burnout Measure BM* (Pines y Arosón, 1988) de 21 reactivos, y considera tres dimensiones: agotamiento emocional, agotamiento físico y agotamiento mental. A pesar de la validez y confiabilidad del instrumento, éste ha sido criticado porque sólo ha evaluado niveles de agotamiento emocional pero no las variables actitudinales del síndrome; y pese a que Pines y cols., ofrecen una definición multidimensional, el BM es concebido como un cuestionario unidimensional que no hace operacional la definición de sus autores. (Gil-Monte et al., 2009).

Un cuestionario usado en el ámbito educativo con validez y fiabilidad de constructo con otros cuestionarios es el *Teacher Stress Inventory TSI* (Schutz y Long, 1988). (Fimian, 1984; citado en Gil-Monte et al., 2009).

Dentro del mismo contexto educativo, está el *Teacher Burnout Scale TBS* (Seidman y Zager, 1987) de 21 ítems de alta confiabilidad y validez predictiva y de constructo. Sin embargo considera cuatro factores: satisfacción laboral, percepción del apoyo administrativo, afrontamiento del estrés y actitudes hacia los alumnos.

Holland y Michael en 1993 crean el *Holland Burnout Assessment Survey HBAS*, con alta validez concurrente con respecto a otras medidas de burnout y estrés en docentes. Otra prueba que evalúa niveles de burnout en profesores centrándose en factores de la organización escolar, organización del tiempo, tareas en clase, y relación padres-docentes, es la *Stress Profile for Teachers SPT* de Klas, Kendail y Kennedy (1985).

En 1993, Moreno y Oliver conforman el *Cuestionario Breve de Burnout CBB*, que evaluó siete variables: cansancio emocional, despersonalización, realización personal

reducida, características de la tarea, tedio, organización y consecuencias. Las primeras conforman la valoración del síndrome en sí, las demás evalúan causas y consecuencias.

Otro es el *Staff Burnout Scale for Health Professionals*, pero la ausencia de desarrollo teórico paralelo a la prueba, ha hecho escasa su utilización. En los últimos años se ha generado el *Copenhagen Burnout Inventory (CBI)*, y el *Oldenburg Burnout Inventory (OLBI)* y el *Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT)*. (Gil-Monte et al., 2009).

Éste último fue creado por Gil-Monte en el 2005, se conforma por 21 reactivos con cuatro factores llamados: ilusión por el trabajo, desgaste psíquico, indolencia y culpa. Hay dos versiones de la prueba, el CESQT-PD para medir burnout en sujetos que trabajan con personas con capacidades diferentes, y el CESQT-PS para evaluarlo en personal especializado en salud.

En México a partir del 2006, se originó un instrumento adaptado a las características de la población, se trata de la *Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO)* de Uribe-Prado y cols., consta de 105 reactivos de opciones de respuesta tipo Likert y de tipo abierto de los cuales 35 reactivos están divididos en los tres factores del síndrome: agotamiento emocional, despersonalización e insatisfacción de logro.

Capítulo 4. Transporte Público de la Ciudad de México.

4.1 Historia del Transporte Público en México.

Un sistema de transporte público adecuado para una ciudad es un tema que ha adquirido especial importancia en los últimos tiempos. El transporte público ha cambiado a lo largo del tiempo, en el Virreinato se realizaba principalmente en caballos, mulas, coches, carretas y en los "acallis" y "jangadas". Pronto, el caballo cobró fuerza sobre la canoa, debido a su rapidez y nobleza, mientras que los burros y mulas sirvieron para el transporte de carga.

Pronto aparecieron las carretas, la primera de ellas perteneciente a Hernán Cortés y poco después surgieron los coches y carruajes que eran tirados por caballos. Para 1648 de entre 30 mil y 40 mil habitantes que había en la Ciudad, más de la mitad poseían un vehículo de estos lo que ocasionó serios problemas de tránsito. El auge de los coches de alquiler se dio a finales del siglo XVII, cuando Manuel Antonio Valdés Murgía propuso al Virrey Revillagigedo establecer una casa de coches que se alquilaran por hora. Con una población creciente, para principios del siglo XIX, en la ciudad se contaba ya con 160 mil habitantes y circulaba gran cantidad de vehículos.

Sin embargo la Guerra de Independencia ocasionó que el país cayera en una crisis política, económica y social que no cesó hasta 1850. Las vías de comunicación se vieron seriamente afectadas y se interrumpió el tráfico de productos manufacturados y bienes de consumo. (SETRAVI, 2013).

En 1865 se inauguró el primer tramo de una nueva vía que comunicaba con Mixcoac, Tlalpan y Coyoacán pero, debido a que el ruido que producían las máquinas de vapor, afectaba a los habitantes de la ciudad, se permitió el uso exclusivamente, en ésta y otras calles, de coches de tracción animal. Para 1875 la máquina de vapor fue desplazada por la mula, ya que las vías no soportaban el peso de las máquinas. Los distintos medios de transporte también se dividían en clases sociales. Los pobres utilizaban los tranvías de mulitas, trenes de tracción animal de aproximadamente cinco metros de largo por dos de ancho, con bancas corridas a los costados para transportar a unas 30 personas. (SETRAVI, 2013).

Unos años después, en 1908, surgió un servicio llamado "rápidos" que iban del Zócalo con dirección a Tlalpan, Coyoacán, San Ángel, Mixcoac y Tacubaya. Su circulación tenía preferencia y cuando pasaban, todo el tránsito se detenía. El primer automóvil de combustible que llegó a México, un Delaunay Belleville hecho a mano, procedente de Tolón, Francia, fue introducido a fines de siglo por Don Andrés Sierra. (SETRAVI, 2013).

Durante la época de la Revolución, los generales fueron los primeros en disfrutar de paseos en automóviles de marcas extintas, sus choferes se los compraban y empezaban a ruletear por la ciudad. Eran una especie de peseros pues eran colectivos de ruta fija. El "fordcito", como le llamaban, fue adaptado para 10 pasajeros y también surgió el oficio de "lambiscón" que era el que cobraba la tarifa. Hacia 1910 da inicio la etapa revolucionaria con el levantamiento contra el general Porfirio Díaz. Ésta época se vio apoyada por los nuevos medios de transporte, principalmente por el ferrocarril. Los caminos y otros medios de comunicación resultaron seriamente afectados con el levantamiento, había conflictos entre los obreros y los empresarios, aunque los proyectos continuaban, como la unión de Cuernavaca y la ciudad mediante transporte eléctrico. Finalmente, en agosto de 1913, se terminó la construcción de una vía eléctrica hacia Santa Fe y el Desierto de los Leones. (SETRAVI, 2013)

Los conflictos obrero-patronales se agravaron, los obreros se organizaron y pidieron el reconocimiento del gremio de transportistas y otros derechos que les fueron negados, lo que ocasionó que el 8 de octubre de 1914 pararan el servicio de trenes. La huelga terminó casi un mes después con un aumento del 25% al salario de los transportistas. Después hubo varias huelgas más, el Estado incautó el 70% de los bienes de la Compañía de Tranvías y reconoció la necesidad de descentralizar la empresa. De 1916 a 1918 se incorporaron los "camioncitos" para las rutas que tenían los tranvías y se improvisaron otras de manera anárquica. Poco a poco, los "camioncitos" fueron ganando popularidad y los tranviarios reaccionaron de forma violenta ante la disminución de pasaje en sus unidades, arrollaban a los "camioncitos", provocando numerosas muertes y heridos. (SETRAVI, 2013).

En 1943 se realizó otra revisión contractual, el gobierno decidió subsidiar a la Compañía de Tranvías, aun así, el 3 de febrero de 1945 los tranviarios estallaron una nueva huelga y el Departamento del D. F. dictó un acuerdo para ocupar los bienes de la Compañía,

pocos meses después la devolvió de nuevo a los tranviarios y éstos reanudaron la huelga. Finalmente el gobierno tuvo que intervenir otra vez y el 4 de enero de 1955 tomó posesión de la empresa. Durante la gestión de Ruiz Cortines se renovó el sistema al adquirirse 274 tranvías y, en su época de oro, llegaron a ser 876. En esta época también se ordenó hacer el estudio del ferrocarril subterráneo. A mediados de la década de los 20, los camiones que aparecieron incrementaron su capacidad hasta 32 pasajeros. Más tarde entraron otros con capacidad para 42 pasajeros sentados y 40 parados. Hasta entonces la explotación del servicio se había hecho de forma individual. (SETRAVI, 2013).

Fue en el periodo de Lázaro Cárdenas que se estableció la primera estructura de organización bajo la figura de sociedades cooperativas de autotransporte. El 28 de diciembre de 1959 surgió la Unión de Permisarios de Transporte de Pasajeros en Camiones y Autobuses en el D.F., institución pública de capital privado y con patrimonio propio que agrupó a los dueños de autobuses que contaban con 7 mil 500 permisos. Este fue el primer paso para la estatización del transporte pues se estableció un control entre los camioneros y el reglamento de los sistemas de pago. La representación patronal sindical que prevalecía hasta entonces, se transformó por representación gremial empresarial, desaparecieron los 92 sindicatos y se agruparon en 20 grupos, seis de los cuales eran los más importantes. La Alianza de Camioneros de México A.C., incrementó su representación gremial cuando su apoderado legal se convirtió en Jefe del DDF, estableció otras modalidades en el servicio de transporte y privilegió sus intereses. (SETRAVI, 2013)

Se eliminaron rutas no remunerativas, se extendieron los recorridos cortos y se olvidaron zonas de difícil acceso, el parque vehicular se encontraba en malas condiciones y el crecimiento de la mancha urbana impidió la satisfacción de la demanda de servicios públicos de transporte. En 1967, dada la demanda de transporte público, se instituyó un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, denominado Sistema de Transporte Colectivo con el objetivo de construir, operar y explotar un tren rápido con recorrido subterráneo y superficial en el Distrito Federal. Dos años después de la constitución de este organismo, se inauguró la línea 1 del Metro en su tramo Zaragoza, Chapultepec, con 16 estaciones y 11.5 kilómetros de longitud, de tracción eléctrica y rodamiento neumático. En 1981 el Metro transportó aproximadamente 100 millones de usuarios con una afluencia promedio de tres millones de personas al día. Con el nacimiento

del Metro surgieron otros servicios laterales como el de los "peseros", en 1968, que eran automóviles que prestaban servicio en ruta sin itinerario fijo y eran llamados así porque su tarifa era de un peso. Sus servicios se extendieron hasta conformar 103 rutas y 14 mil 377 unidades. De coches, pasaron a camionetas tipo combi pero demostraron incapacidad en el servicio, en la modernización de su equipo y en el desarrollo de nuevos sistemas de organización. (SETRAVI, 2013).

En 1972 el DDF sostuvo pláticas con los permisionarios, sindicatos y la Alianza de Camioneros a fin de instarlos a brindar servicio de mantenimiento mecánico adecuado a sus unidades. Los camioneros trabajaron para evitar el humo y el ruido pero no lograron mejora alguna. Bajo la regencia de Octavio Sentíes Gómez, en la segunda quincena de marzo de 1975 se pusieron en marcha las primeras unidades llamadas "delfines", con capacidad para 70 pasajeros. (SETRAVI, 2013).

Para entonces, circulaban en la capital del país más de dos millones de vehículos, incluyendo los que provenían de los municipios conurbados, se efectuaban más de 20 millones de viajes diarios, más de la mitad a bordo de los autobuses. Los automóviles particulares ocupaban el 70% de la vialidad para circular y estacionarse, consumían el 33% de la producción de gasolina nacional, transportaban 1,8 personas por viaje, mientras que los autobuses transportaban 50 ó 60 pasajeros en promedio. (SETRAVI, 2013).

El Metro, se convirtió así en la columna vertebral del transporte, debido a su rapidez, regularidad y capacidad de servicio, no obstante, no puede cubrir toda la demanda, por lo que se integran otros medios de transporte. En 1976 se desarrolló el Plan Maestro del Metro, el Plan de Vialidad y el Sistema de Transporte de Superficie que preveía modificaciones a las rutas de autobuses para adecuarlas a la infraestructura de los "Ejes viales" -que comenzaron a construirse en 1979- y estructurarlas en un sistema integral de transporte de superficie, en una red de rutas directas "ortogonales" que evitarían los transbordos y posibilitarían los viajes de Norte a Sur y de Oriente a Poniente. Para 1981 la construcción de la infraestructura del Metro y los Ejes viales llegó a tal punto que era necesario integrar un sistema de transporte urbano por lo que se tomó la decisión de revocar las concesiones a los particulares y dar al Gobierno de la Ciudad, entonces a cargo de Carlos Hank González, la responsabilidad de

prestar el servicio de transporte por autobuses. Así surgió Autotransporte Urbano de Pasajeros R-100. (SETRAVI, 2013).

El organismo público creado con personalidad jurídica y patrimonio propios se integró con bienes de los expermisionarios y aportaciones del Gobierno de la Ciudad. En total, el gobierno recibió seis mil 300 vehículos, de los cuales sólo tres mil 500 estaban en operación. El final de 1981 y el inicio de 1982 se caracterizaron por una situación crítica en el ámbito laboral. Se hizo un esfuerzo importante en materia de organización, se adecuó la red de rutas directas y servicios alimentadores a la demanda, se optimizaron recursos y se introdujeron variantes que redujeron recorridos muertos y tiempos perdidos. Con el fin de optimizar el servicio, Ruta 100 elaboró un Plan Integral de Capacitación y organizó cursos dirigidos a operadores de ese organismo. Durante la Presidencia de Miguel de La Madrid Hurtado, en 1983, se emitió un decreto con el que se constituyó la Comisión Mixta Consultiva del Transporte en el Distrito Federal, con el fin de coordinar la adopción de medidas administrativas y operativas tendientes a solucionar los problemas de calidad, tránsito y transporte en el DF y zona conurbada del Estado de México. (SETRAVI, 2013).

En 1986, la Coordinación General de Transporte del DDF puso en marcha un nuevo mecanismo para cubrir el pasaje mediante un abono quincenal. En ese mismo año, se emitió un decreto presidencial para la protección y mejoramiento del medio ambiente del DF y en el sur de la Ciudad inició la operación del Tren Ligero, fabricado con partes de los antiguos tranvías PCC. A principios de mayo de 1989 R-100, suspendió ilegalmente la prestación del servicio, por lo que se declaró de utilidad pública la conservación y explotación del servicio público de pasajeros y se intervinieron administrativamente todos los bienes y derechos del organismo público descentralizado. En 1995 fue declarado en quiebra por el C. Juez Primero de los Consursal del Distrito Federal y cinco años más tarde, la jefa de Gobierno del DF, Rosario Robles Berlanga, emite los decretos por los que se extingue el organismo y por el que se declaran como patrimonio del DF, los bienes muebles e inmuebles que administraba el Consejo de Incautación, creado en 1997. (SETRAVI, 2013).

Con el fin de resolver los problemas de transporte de la Zona Metropolitana, Los gobiernos federal, del estado de México y del Distrito Federal, constituyeron el 7 de febrero de 1991 el Consejo de transporte del Área Metropolitana (COTAM), mismo que tres años

después, se convirtió en la Comisión Metropolitana de Transporte y Vialidad (COMETRAVI). El 30 de diciembre de 1994 mediante modificación a la ley Orgánica de la Administración Pública del Distrito Federal, se extinguió la Coordinación General del Transporte, que surgió en 1984, como un área coordinadora de los distintos medios de transporte público. Con los cambios, se dio paso a la hasta hoy vigente Secretaría de Transportes y Vialidad, que además de absorber las unidades administrativas que integraban la Coordinación General del Transporte, adscribió la Dirección General de Autotransporte Urbano y la Dirección General de Control de Tránsito que pertenecía a la Secretaría de Protección y Vialidad. (SETRAVI, 2013).

La década de los 90 fue de mucho auge para el Metro, ya que se inauguraron nuevas líneas y se inició la construcción de otras como la de la Línea B, en 1994, de Buenavista a Ciudad Azteca.

En 1996 se licitaron los cuatro Centros de Transferencia Modal "paraderos" más importantes y de gran afluencia vehicular: Chapultepec, Indios Verdes, Pantitlán y Observatorio, reconstruidos y operados bajo un permiso administrativo temporal revocable. Con la llegada del Ingeniero Cuauthémoc Cárdenas Solórzano al Gobierno de la Ciudad, el primero elegido democráticamente, en 1997 se introdujo un servicio especializado para personas con discapacidad y personas de la tercera edad, en dos líneas con 20 autobuses y una línea con cuatro trolebuses. En ese mismo año, se creó el Comité Evaluador de los Concursos Públicos para el otorgamiento de concesiones para la prestación del servicio público de transporte de pasajeros. (SETRAVI, 2013).

En 1998, dieron inicio las convocatorias para que los grupos de personas físicas y morales constituidas como sociedades mercantiles, participen en el concurso público nacional para obtener una concesión por 10 años, para la prestación del servicio público de transporte de pasajeros en autobuses con itinerario fijo en rutas del Distrito Federal. En 1999, tras sufrir una reestructuración administrativa, la Secretaría de Transportes y Vialidad creó como un órgano desconcentrado el Instituto del Taxi, con la idea de inducir el desarrollo y mejoramiento del servicio individual de pasajeros. Un año más tarde se creó la Red de Transporte de Pasajeros (RTP) para brindar servicio radial de transporte público de pasajeros, preferentemente en zonas periféricas de escasos recursos y con rutas que

conectan a zonas de alta población de la ciudad con el Sistema de Transporte Colectivo Metro. (SETRAVI, 2013).

En el mismo año, la SETRAVI expidió dos manuales, el primero el Manual operativo de Inspectores, para regular las actividades de los servidores públicos encargados de la inspección y vigilancia relacionados con el servicio público de transporte de pasajeros y de carga en todas sus modalidades.

El segundo manual, el de Sustitución de Microbuses por Autobuses, se creó con la finalidad de proporcionar a los concesionarios del transporte, un instrumento guía para que los concesionarios cambien sus unidades por una nueva y de mayor capacidad.

Actualmente, en la Ciudad de México radica el 9% de los habitantes del país mientras que su territorio apenas representa el 0.8% de la superficie total de la República Mexicana. Su población asciende a 8.6 millones de habitantes y crece a un ritmo del 0.6% anual. Sin embargo, se calcula que unos cuatro millones de personas que conforman la población llamada itinerante, es decir que no residen en el DF, llegan diariamente a trabajar o realizar diversas actividades y utilizan sus servicios públicos, principalmente el transporte. (SETRAVI, 2013).

Los viajes con origen y destino en las Delegaciones del DF, han ido disminuyendo: pasaron del 62% al 57% , mientras que los metropolitanos han ido creciendo: pasaron del 17% al 22% en el mismo periodo. Esto se debe a que la población ha modificado sus asentamientos en los últimos 20 años, desplazándose de las Delegaciones centrales a las periféricas y hacia los municipios conurbados del Estado de México ubicados al norte de la ciudad, alejándose así de las zonas mejor dotadas de infraestructura vial y generando con ello, nuevas demandas de transporte y vialidad. (SETRAVI, 2013).

En el DF circulan diariamente, 3.5 millones de vehículos por la red vial de 10 mil 200 kilómetros que la integran. El 9% corresponde a vialidad primaria y está conformada por las vías de acceso controlado, los ejes viales y las arterias principales. El 91% restante, corresponde a las vialidades secundarias, cuya administración está a cargo de las Delegaciones del DF. (SETRAVI, 2013).

El Distrito Federal cuenta con un amplio sistema de transporte y está dividido en transporte gubernamental y concesionado. Dentro del primero se encuentran el Sistema de Transporte Colectivo –Metro; el Servicio de Transportes Eléctricos – STE; la Red de Transporte de Pasajeros – RTP y el Metrobús. El concesionado está compuesto por transporte Colectivo (autobuses y microbuses) e individual (taxis). En este caso el transporte individual de pasajeros, es decir, los taxis, atiende al 5% de la demanda total, realizando en promedio, un millón de viajes diarios. Existen 214, 822 unidades, de las cuales, alrededor del 90% opera como taxi libre y el 10% restante como taxis de sitio. (SETRAVI. 2013)

4.2. Calidad en el Transporte Público

El término transporte público se refiere al transporte de tipo comercial de personas. Es un servicio de transporte urbano y suburbano de pasajeros al que se accede mediante el pago de una tarifa fija y que se lleva a cabo con servicios regulares establecidos en recorridos, horarios y puntos de acceso determinados. En este trabajo se propone el término transporte público urbano colectivo para la denominación de tal servicio, abreviado a efectos de simplificación como transporte público. En los sistemas de transporte público intervienen dos actores:

- Usuarios: Son todas aquellas personas que tienen necesidades de transporte y que deben utilizar tiempo y dinero para satisfacerlas. En este trabajo también se les denomina pasajeros.
- Operadores: Son aquellos que brindan a los usuarios el servicio de transporte, proporcionando para ello recursos económicos como son los vehículos, el combustible, la mano de obra y el mantenimiento. En este trabajo también se les denomina empresas de transporte.

En un mercado donde las características de desempeño y costo de modos existentes sean comparables, probable que la calidad de servicio sea el criterio considerado por el usuario para elegir en que modo desplazarse (Tirole, 1988). En este caso es bastante

recurrente en las ciudades latinoamericanas donde la prestación de servicios esta concesionada a empresas privadas, por lo que varias rutas de transporte público tiene en común su recorrido ya que comparten largos tramos de infraestructura. En segundo lugar esta competencia entre los diferentes modos de transporte.

En la mayoría de las ciudades de México los servicios de transporte no están integrados; de ahí que los concesionarios de los servicios (taxis, autobuses y microbuses) establezcan una competencia para atraer el mayor número de usuarios. Así, el concesionario está interesado en tomar acciones que le permitan captar la mayor cantidad posible de pasajeros. La regulación del mismo debe quedar en manos de una autoridad pública cuya intervención es necesaria para garantizar un servicio de buena calidad, al costo más bajo y rentable para el concesionario (Aumento del bienestar social). (Sánchez, 2010).

El transporte público es un servicio fundamental en nuestra sociedad y una de las actividades más directamente relacionadas con la calidad de vida de los ciudadanos. La norma UNE-EN 13816 de Transporte público de pasajeros proporciona directrices a los operadores para que asuman compromisos de calidad en la prestación de su servicio, con el fin de satisfacer las expectativas de sus clientes. Los compromisos de calidad deben asumirse en ocho ámbitos: tiempo, confort, información, accesibilidad, seguridad, servicio ofertado, atención al cliente e impacto ambiental.

1. Disponibilidad: cobertura del servicio ofrecido en términos de geografía, tiempo, frecuencia y modo de transporte.
2. Accesibilidad: acceso al sistema de transporte público incluyendo interfaz con otros modos de transporte.
3. Información: suministro sistemático de conocimiento sobre el sistema de transporte público para facilitar la planificación y ejecución de los viajes.
4. Tiempo: aspectos del tiempo relevantes a la planificación y ejecución de los viajes.
5. Atención al cliente: elementos del servicio introducidos para permitir la mejor combinación entre el servicio estándar y los requerimientos de cada cliente.

6. Confort: elementos del servicio introducidos con el propósito de hacer que los viajes en transporte público sean relajantes y placenteros.

7. Seguridad: sensación de protección personal experimentada por los clientes, derivada de la aplicación de medidas concretas y de la actividad diseñada para asegurar que los clientes sean conscientes de estas medidas.

8. Impacto ambiental: efecto sobre el medio ambiente derivado de la prestación de un servicio de transporte público.

La norma europea ofrece una lista detallada de criterios de calidad, muy bien definidos desde la perspectiva del cliente, organizada en 8 categorías:

Para que una oferta de transporte público sea competitiva frente a otras posibles alternativas, es ineludible responder con regularidad a esas demandas y transmitirlo con convicción. Así, la empresa operadora de transporte podrá además de mejorar su prestación del servicio, mejorar la percepción que del mismo tienen los usuarios.

4.3 Salud laboral en operarios de taxi

Según el CENFES (2013) los conductores de transporte público el 99% son hombres. Su trabajo está caracterizado por una alta frecuencia y por una ejecución simultánea de tareas, en las que está expuesto a ruido, vibración, alta densidad del tráfico, una jornada de trabajo alta, alimentación inadecuada, asaltos entre otros.

Como cualquier trabajador, el conductor de transporte, está expuesto a una serie de condiciones adversas que pueden poner en peligro su salud, Jornadas de trabajo con oscilan entre las 10 y 12 horas los siete días de la semana; ingresos inestables que varían de acuerdo con las condiciones del vehículo, las marchas y plantones, el tráfico de la ciudad y el clima; ausencia de seguridad social y la obligación de pagar la cuenta fija al dueño de la unidad cuando no son dueños de la misma, son las condiciones laborales que tienen los trabajadores del transporte público en la ciudad de México.

Muchas veces poco comprendidos y muy estigmatizados al tener estereotipos desde hace muchos años , los Operarios se ven en la necesidad de infringir las señales de tránsito, sobrecargar de pasajeros la unidad en esta “lucha por el centavo”, por tratar de ganar lo necesario para la sobrevivencia de sus familias, estableció el doctor Carlos León Salazar, egresado del Posgrado en Estudios Sociales de la Unidad Iztapalapa de la Universidad Autónoma Metropolitana (CENFES, 2013).

Todo lo anteriormente señalado tiene como consecuencia una salud laboral en el operario cada vez en deterioro. Por ganar un poco más de dinero, no se toman el tiempo por consumir sus tres alimentos del día, es decir, no tienen una buena alimentación. Una carencia de sustancias nutritivas fundamentales para el cuerpo puede generar problemas físicos y enfermedades. Tal es el caso de lo que acontece con una alimentación deficiente de hierro, lo que provoca anemia. Pero el desbalance químico y mineral también puede llevar a problemas de fatiga crónica, dolores musculares y calambres, entre otras consecuencias.

El deterioro de la salud, a su vez, puede influir de forma negativa en la realización del trabajo. Es decir, una persona con mala salud o insatisfecha, no desarrolla las tareas igual que una persona con buena salud y satisfecha con el trabajo que realiza. (Sánchez, 2003).

Finalmente, se puede considerar que los Operarios de Taxi están expuestos al factor de riesgo ergonómico. El cual comprende los riesgos relacionados con el diseño del puesto de trabajo, con el fin de determinar si la estación está adaptada a las características y condiciones físicas del trabajador. Se consideran aspectos tales como las posturas corporales en el trabajo (estáticas, incómodas o deficientes) y los factores de riesgo de tipo ambiental (como ruido, iluminación, sustancias químicas y otros). (Chinchilla, 2002).

Capítulo 5. Método.

5.1 Planteamiento del problema.

Dentro de las organizaciones, es necesario determinar diversos ámbitos del factor humano, ya que dependiendo del desempeño de éste, se impactará directamente en el logro de los objetivos de la organización.

Factores tales como el estado de salud física y mental del recurso humano, tienen efectos directos en la organización y principalmente en los trabajadores (Gil-Monte, 2002).

El estrés en el trabajo es una condición que en el momento de adquirir un carácter crónico, aunado a la falta de recursos del sujeto para su adecuado afrontamiento, además de la presencia de síntomas; puede ser considerado como Síndrome de Burnout (Maslach, Schaufeli, y Leiter, 2001). En países en vías de desarrollo, este problema es muy común, al grado de llegar a pensarse como un estilo de vida de la sociedad actual.

El Desgaste Ocupacional o Síndrome de Burnout, al presentarse en los trabajadores, produce efectos nocivos a su salud, impactando desfavorablemente en las áreas personal y laboral (Mata y Vázquez, 2010).

Es importante contar con información acerca de este síndrome y lo que deriva de él, ya que a partir de ello, se pueden crear métodos para su evaluación e intervención, y así ofrecer una mejor calidad de vida a los trabajadores. Del mismo modo, permite crear estrategias y alternativas de promoción de la salud a las organizaciones para su prevención.

Algunos de los efectos que origina el síndrome son los trastornos psicósomáticos, manifestados como cefaleas o dolores de cabeza, malestares gastrointestinales, mareos, náuseas, tensión muscular, alteraciones cardíacas, entre otros. Por ello se considera importante determinar cuáles de estos se presentan en mayor medida entre los operarios de taxi, para así poder crear las medidas necesarias y eliminar la sintomatología.

Por otra parte, se conoce que un componente Síndrome de Burnout o Desgaste Ocupacional es la falta de realización personal en el trabajo, la cual es definida como la tendencia de los trabajadores a evaluarse negativamente (Maslach, 1981 y Jackson, 1982; y Schaufelli, Leiter, Maslach et. al., 1996), esa perspectiva afecta su capacidad para realizar su trabajo y para entablar relaciones interpersonales, por tanto el trabajador experimenta descontento consigo mismo e insatisfacción en sus resultados laborales.

La despersonalización es otro componente del síndrome de Burnout, que consiste en el desarrollo de actitudes y sentimientos negativos hacia las personas destinatarias del trabajo (Mata y Vázquez, 2010). Existen ciertos individuos más vulnerables a la despersonalización. Según López (2011) esta vulnerabilidad está determinada por características de personalidad; ya que algunos individuos a menudo no tienen metas bien definidas.

Aunado a las manifestaciones anteriores, se incluye el agotamiento emocional en donde el individuo percibe que ya no puede dar más de sí en un nivel afectivo. La energía o recursos emocionales se ven mermados diariamente debido al contacto que hay con las demás personas a quienes hay que atender como parte de su trabajo (Maslach y Jackson, 1982).

5.2 Preguntas de investigación.

¿Existe Síndrome de Burnout o Desgaste ocupacional en Operarios de Taxi de la Ciudad de México?

¿Cuáles son los niveles de Burnout que presentan los Operarios de Taxi que brindan servicio a pasajeros en la Ciudad de México?

¿Hay relación entre las dimensiones de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal con las diversas variables sociodemográficas, de salud y de trabajo?

5.3 Objetivos de la investigación.

Objetivo general:

Estimar si existe Síndrome de Burnout en una muestra de Operarios de Taxi de la Ciudad de México.

Objetivos específicos:

- Determinar el grado de Agotamiento Emocional, Despersonalización Realización Personal en el Trabajo, que experimentan los Operarios de Taxi.

5.4 Hipótesis.

Hipótesis 1:

H₀: No existe presencia de Burnout en Operarios de Taxi de la Ciudad de México.

H_i: Existe presencia de Burnout en Operarios de Taxi de la Ciudad de México.

Hipótesis 2:

H₀: No existen niveles medios-altos en Agotamiento Emocional, Despersonalización y nivel bajo de Realización Personal en Operarios de Taxi de la Ciudad de México.

H_i: Existen niveles medios-altos en Agotamiento Emocional, Despersonalización y nivel bajo de Realización Personal en Operarios de Taxi de la Ciudad de México.

Hipótesis 3:

H₀: No existe relación entre las variables sociodemográficas, de salud y de trabajo en los operarios de taxi, con las tres dimensiones del Síndrome Burnout.

H_i: Existe relación entre las variables sociodemográficas, de salud y de trabajo en los operarios de taxi, con las tres dimensiones del Síndrome de Burnout.

5.5 Variables.

Burnout: se define como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (actitudes de despersonalización) y hacia el propio rol profesional (falta de realización personal en el trabajo), así como la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado (Maslach y Jackson, 1982).

- Variables de salud: Ejercicio, Frecuencia de Ejercicio, Fuma, Cantidad de cigarros, Alcohol, Frecuencia de alcohol, Comidas, Alimentación adecuada, Comida casa/ calle y Tipo de bebida.
- Variable sociodemográficas: Edad, Escolaridad, Estado Civil, Hijos.
- Variables de trabajo: Propietario, Tiempo de Operario, Horas de trabajo, Horas de descanso y Horas de sueño

5.6 Población y muestra.

Muestreo no probabilístico accidental o incidental, debido a que los participantes no fueron elegidos al azar sino de acuerdo al número de operarios invitados a participar en las cinco zonas de la Ciudad de México. (Sampieri, 2006; Kerlinger, 2002).

La muestra se conformó con 250 Operarios de Taxi de la Ciudad de México, de género masculino, con una antigüedad mínima de 3 meses de experiencia laboral; con un rango de edad de 18 a 80 años; que supieran leer y escribir.

5.7 Instrumento.

El instrumento utilizado para esta investigación fue el *Maslach Burnout Inventory (MBI, 1986)*. Su función es medir el desgaste ocupacional. La escala tiene una alta consistencia interna y una confiabilidad cercana de 90%, se conforma por 22 reactivos en forma de afirmaciones acerca de actitudes y sentimientos de la persona hacia su trabajo así como con las personas con las que interactúa. (Rubio, 2003).

El cuestionario se realiza en 10 a 15 minutos y mide tres aspectos: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal. Los reactivos pueden ser valorados entre 0 y 6, de forma que 0 representa que la afirmación “nunca” sucede y 6 que sucede “todos los días”, las puntuaciones restantes entre dicho intervalo, responden frecuencias intermedias. (Rubio, 2003).

La subescala de Agotamiento Emocional se conforma por nueve ítems: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. Describen los sentimientos de una persona emocionalmente exhausta por el propio trabajo. La puntuación máxima es 54 y se asocia de manera directa con el Síndrome de Burnout. (Rubio, 2003).

La subescala de Despersonalización constituida por los reactivos 5, 10, 11, 15 y 22, miden la ausencia de sentimiento o respuesta impersonal, son actitudes de frialdad o distanciamiento dirigidas hacia quien recibe el servicio. La puntuación máxima es 30 y se relaciona de manera directa con el Síndrome de Burnout. (Rubio, 2003).

La subescala de Realización Personal evalúa los sentimientos de autoeficacia, realización profesional y personal a través de 8 ítems: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. La dimensión tiene una puntuación máxima de 48, se relaciona de manera inversa con el Síndrome de Burnout. (Rubio, 2003).

Se asume que los sujetos con el síndrome serán aquellos que puntúen alto en Agotamiento Emocional y Despersonalización y que obtengan puntuaciones bajas en Realización Personal, por tanto el Burnout es un resultado acumulativo positivo de Agotamiento emocional y Despersonalización, y negativo de la Realización Personal. (Seisdedos, 1997; en Rubio, 2003).

En el manual del inventario se emplea una clasificación tripartita de la variabilidad de los resultados, por lo que se analiza el grado de Burnout estableciendo grados bajo, medio y alto de acuerdo a los puntajes de las tres subescalas (véase Tabla 4).

| DIMENSIONES | NIVEL ALTO | NIVEL MEDIO | NIVEL BAJO |
|------------------------------|------------|-------------|------------|
| Agotamiento Emocional | ≥ 27 | 17-26 | ≤ 16 |
| Despersonalización | ≥ 14 | 9-13 | ≤ 8 |
| Realización Personal | ≥ 37 | 31-36 | ≤ 30 |

Tabla 4. Niveles establecidos como bajo, medio y alto grado para las tres dimensiones en el MBI (Tomado de Rubio, 2003).

Además, de acuerdo al método de Manassero et al., y Guerrero (citados en Rubio, 2003) para valorar los niveles de Burnout, es posible establecer cinco niveles a partir de las

posibles combinaciones obtenidas de los grados de las dimensiones, es así que los niveles de Burnout pueden ser: nada, poco, medio, bastante y extremo (véase Tabla 5).

| AGOTAMIENTO EMOCIONAL | DESPERSONALIZACIÓN | REALIZACIÓN PERSONAL | NIVEL DE BURNOUT |
|----------------------------------|---------------------------|---------------------------------|-------------------------|
| Bajo | Bajo | Bajo | Nada |
| Bajo | Bajo | Medio | Nada |
| Bajo | Bajo | Alto | Poco |
| Bajo | Medio | Bajo | Nada |
| Bajo | Medio | Medio | Poco |
| Bajo | Medio | Alto | Medio |
| Bajo | Alto | Bajo | Poco |
| Bajo | Alto | Medio | Medio |
| Bajo | Alto | Alto | Bastante |
| Medio | Bajo | Bajo | Nada |
| Medio | Bajo | Medio | Poco |
| Medio | Bajo | Alto | Medio |
| Medio | Medio | Bajo | Poco |
| Medio | Medio | Medio | Medio |
| Medio | Medio | Alto | Bastante |
| Medio | Alto | Bajo | Medio |
| Medio | Alto | Medio | Bastante |
| Medio | Alto | Alto | Extremo |
| Alto | Bajo | Bajo | Poco |
| Alto | Bajo | Medio | Medio |
| Alto | Bajo | Alto | Bastante |
| Alto | Medio | Bajo | Medio |
| Alto | Medio | Medio | Bastante |
| Alto | Medio | Alto | Extremo |
| Alto | Alto | Bajo | Bastante |
| Alto | Alto | Medio | Extremo |
| Alto | Alto | Alto | Extremo |

Tabla 5. Procedimiento para la obtención de los cinco niveles del Síndrome de Burnout (Tomado de Rubio, 2003).

5.8 Tipo de estudio y Diseño

Investigación Correlacional.

No experimental o ex-post-facto, porque no se manipularon las variables o se asignaron operarios a tratamientos al azar, la naturaleza de las variables fue tal que no se pudieron modificar (Kerlinger, 2002).

Transeccional o transversal: se recolectaron datos en un sólo momento, en un tiempo único. (Sampieri, 2006).

5.9 Tipo de estadística.

Estadística descriptiva y estadística inferencial.

5.10 Procedimiento

Para poder aplicar el instrumento a la muestra de Operarios de Taxi de la Ciudad de México se dividió al Distrito Federal en cinco puntos estratégicos Zona sur 1 integrada por Tlalpan, Coyoacán y Xochimilco; Zona Sur 2 conformada por Tláhuac y Milpa Alta; Zona oriente compuesta por las delegaciones Venustiano Carranza, Iztacalco e Iztapalapa; Zona centro Norte integrada por Azcapotzalco, Gustavo A. Madero, Cuauhtémoc y Benito Juárez y finalmente la Zona Poniente integrada por las delegaciones Magdalena Contreras, Álvaro Obregón, Cuajimalpa y Miguel Hidalgo. Posteriormente se acudió de manera personal a cada zona, en horarios matutino y vespertino durante horas de mínima afluencia de usuarios, a sitios de taxi para explicar en qué consistía el proyecto y obtener la autorización del representante del sitio o bien, del encargado en turno.

Los operarios de taxi forman una hilera en los sitios para esperar su turno de servicio, a partir de esta modalidad, se fueron eligiendo a los últimos operarios de la fila con el fin de trabajar con ellos.

Se les explicaba individualmente la naturaleza el proyecto, y se realizó dentro de la unidad de cada operario, solicitándole al participante que evitara distracciones como celulares o radio, cerrando puertas y ventanas de la unidad.

En ocasiones se tomaron en cuenta diferentes condiciones ambientales como días nublados, soleados, calurosos, etcétera; en los cuales se requería encender la luz interna de la unidad o bien, encender el aire acondicionado, con el fin de que el sujeto se desarrollara en una atmósfera más confortable.

De esta forma, a los operarios se les brindaban las siguientes instrucciones:

“A continuación leerá una serie de frases sobre su trabajo y sus sentimientos en él. Le pido su colaboración contestando a ellas lo más honestamente posible. No hay respuestas malas ni buenas, responda de acuerdo a lo que usted vive en su trabajo. Los resultados son confidenciales y anónimos. Su objetivo es conocer las condiciones de su trabajo como operario. Si en un momento no entiende alguna frase, con todo gusto puedo ayudarle. Muchas gracias”.

5.11 Procedimiento estadístico.

Se capturaron los datos por medio del programa SPSS 20 y se realizó un análisis de estadística descriptiva e inferencial. Se obtuvieron los puntajes para conocer los niveles de Burnout en la muestra. Se llevaron a cabo una prueba T, correlaciones de Pearson y ANOVA de una vía.

6. Resultados.

En esta investigación se realizó un análisis de tipo descriptivo y correlacional con el propósito de conocer el nivel del Síndrome de Burnout e identificar su relación con las variables de salud, sociodemográficas y de trabajo en una población de 250 operarios de taxi de la Ciudad de México.

Se aplicaron 50 pruebas por cada zona, con un total de 250, la distribución se llevó a cabo en el Distrito Federal que se dividió en 5 zonas específicas: Zona sur 1, Zona sur 2, Zona centro norte, Zona oriente y Zona poniente. (Véase *mapa de distribución en Anexos*).

6.1 Estadística descriptiva en la muestra.

6.1.1 Variables sociodemográficas.

Edad: la edad de los sujetos osciló de los 18 a los 72 años. Se segmentó la muestra en tres grupos, el primero de ellos de 18 a 36 años representando el 35%, el segundo grupo de 37 a 53 con un porcentaje de 43%, el tercer grupo de 54 a 72 representado por el 22%. La media de la muestra fue de 42.36 y se obtuvo una moda de 43 años. (Figura 1).

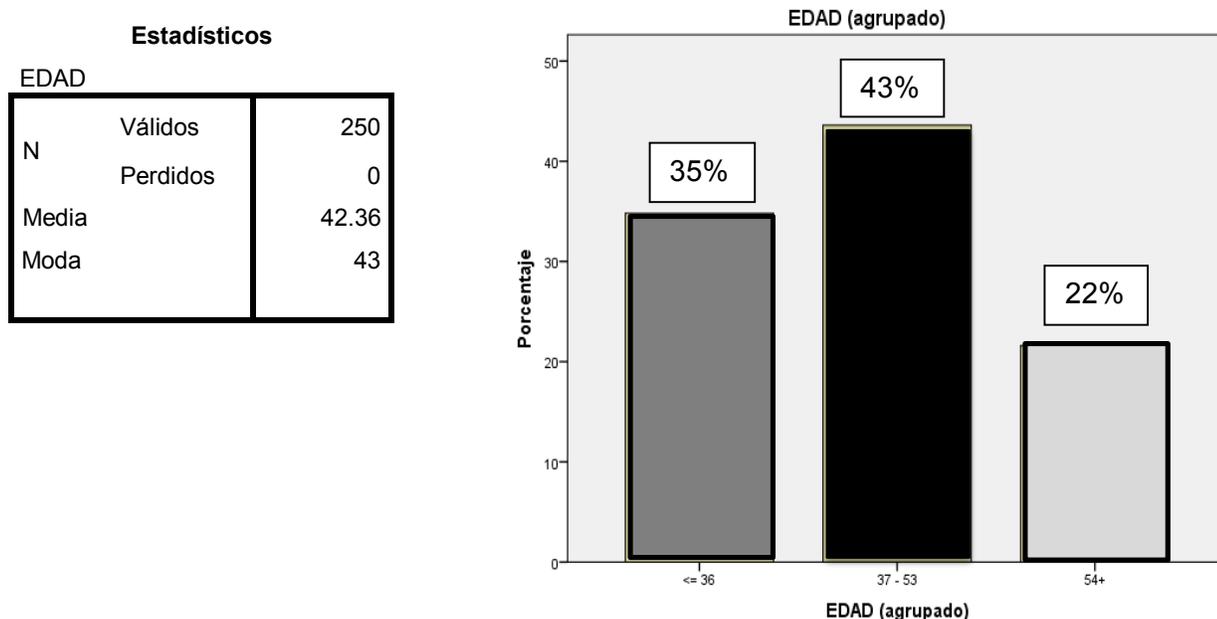


Figura 1. Distribución de edades de la muestra.

Escolaridad: se encontró que en la muestra el 37.2% tiene un nivel máximo de estudios de Secundaria, seguido por el 23.6% con nivel de estudios de Bachillerato, el 14% con estudios de Primaria, el 10% de Licenciatura, el 7.2% con Carrera Técnica, el 6.4% sin estudios, y por último el 1.6% reporta tener estudios de Posgrado. (Figura 2).

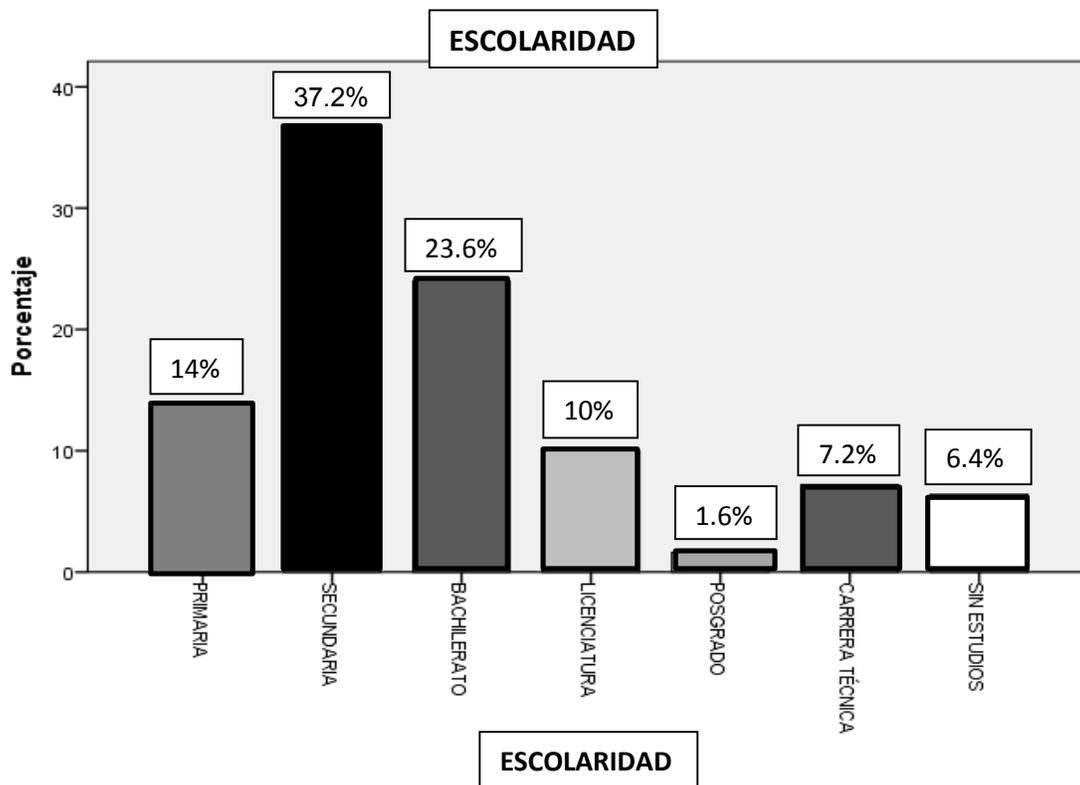


Figura 2. Distribución de Escolaridad en la muestra.

Estado civil: se clasificó la muestra en cinco categorías. El primer grupo se constituye por el 50% de casados, seguido del 18% en unión libre, el 14% de solteros, el 12.8% de divorciados y por último el 5.2% de viudos. (Figura 3).

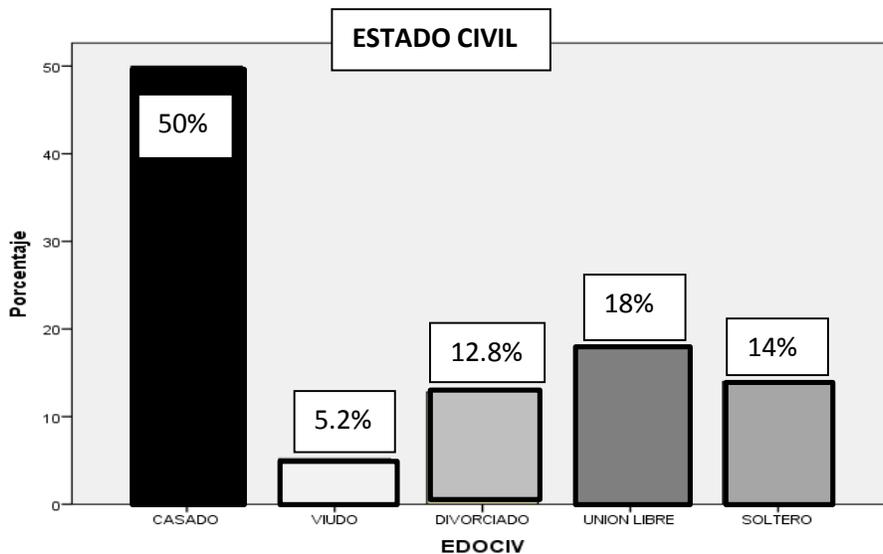


Figura 3. Distribución del Estado civil en los operarios de taxi.

Hijos: el 27.6% de los sujetos indica tener 3 hijos, el 26% tiene 1 hijo, el 21.2% tiene 2 hijos, el 14.4% indica que no tiene hijos, el 6% tiene 5 hijos, el 2.4% tiene 4 hijos, el 1.6% tiene 6 hijos y finalmente el 0.8% tiene 7 hijos o más. (Figura 4).

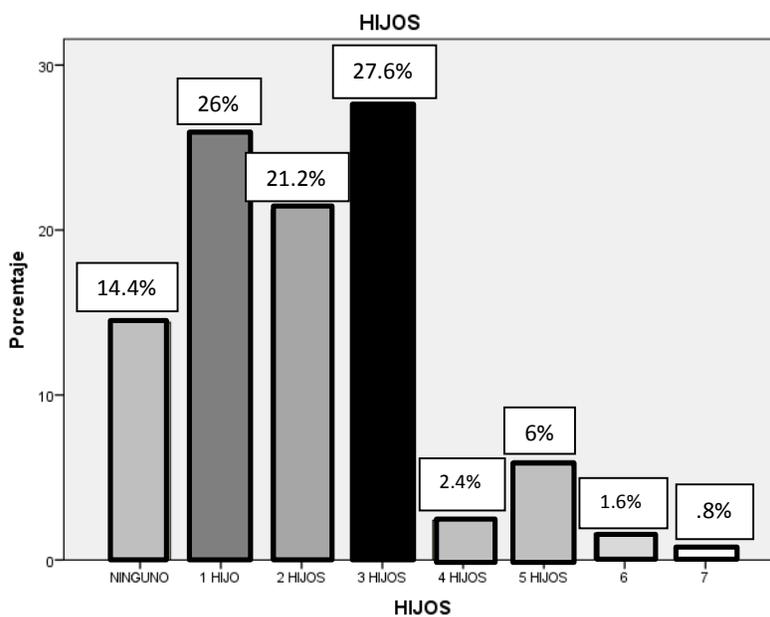


Figura 4. Cantidad de hijos que indicaron tener los participantes de la muestra.

6.1.2 Variables Individuales.

Propietario de taxi: de la muestra estudiada se encontró que el 43.6% son propietarios de su unidad, mientras que el 56.4% indican no ser propietarios del taxi en el que trabajan. (Figura 5).

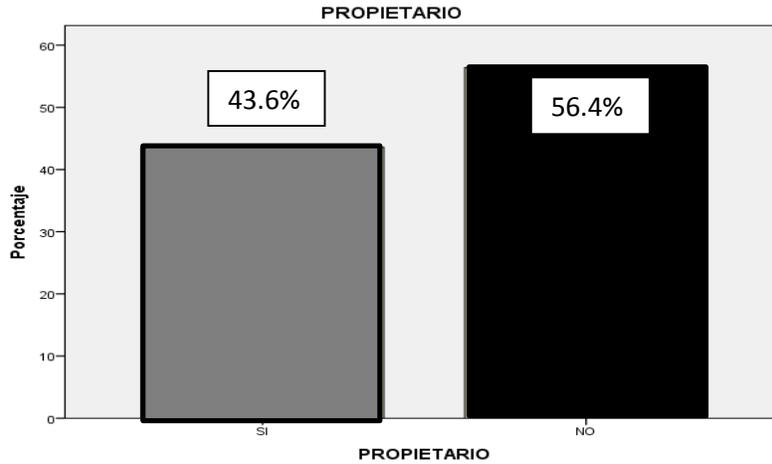


Figura 5. Porcentaje de propietarios y no propietarios de taxi.

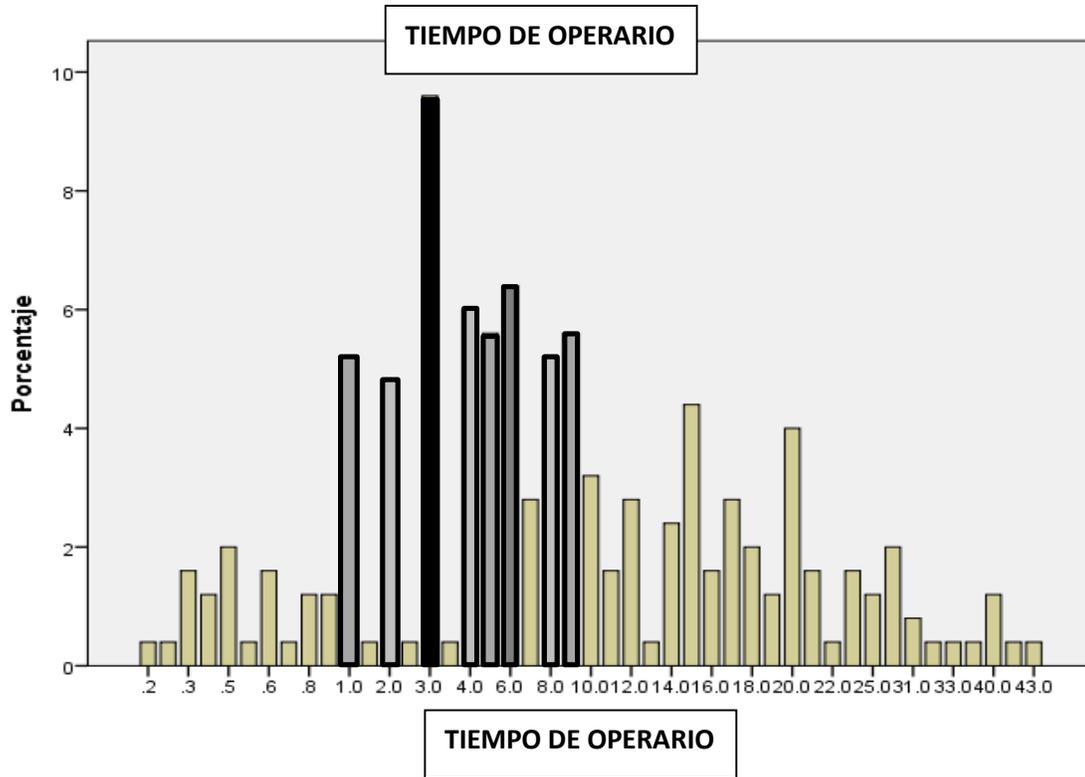
Tiempo de operario: la antigüedad de trabajo de los operarios osciló de los 0.25 años (3 meses) hasta los 43 años, de los cuales el porcentaje más alto es el 9.6% que representa 3 años de antigüedad. La media es de 9.71 años, seguida de una moda de 3 años. (Figura 6).

Estadísticos

TIEMPO DE OPERARIO

| | | |
|-------|----------|-------|
| N | Válidos | 250 |
| | Perdidos | 0 |
| Media | | 9.711 |
| Moda | | 3.0 |

Figura 6. Antigüedad laboral.



Horas de trabajo: las horas diarias de trabajo oscilaron de las 5 a las 18 horas. Dentro de las cuales el 23.6% indicó trabajar 10 horas diarias, el 21.2% indicó trabajar 14 horas y el 20.8% representó 12 horas, Las horas de trabajo se representan con una media de 11.69 horas y una moda de 10. (Figura 7).

Estadísticos

HORASTRAB

| | | |
|-------|----------|-------|
| N | Válidos | 250 |
| | Perdidos | 0 |
| Media | | 11.69 |
| Moda | | 10 |

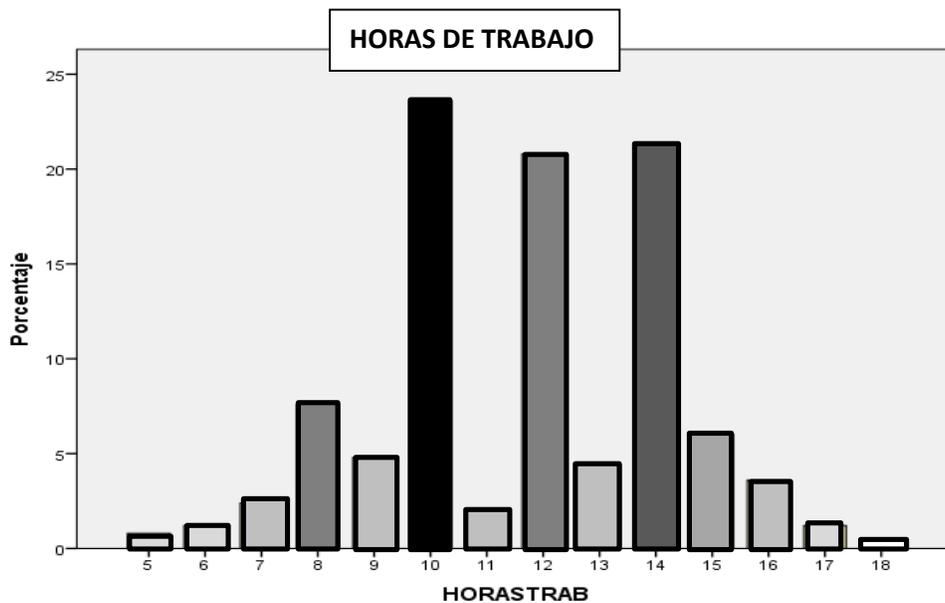
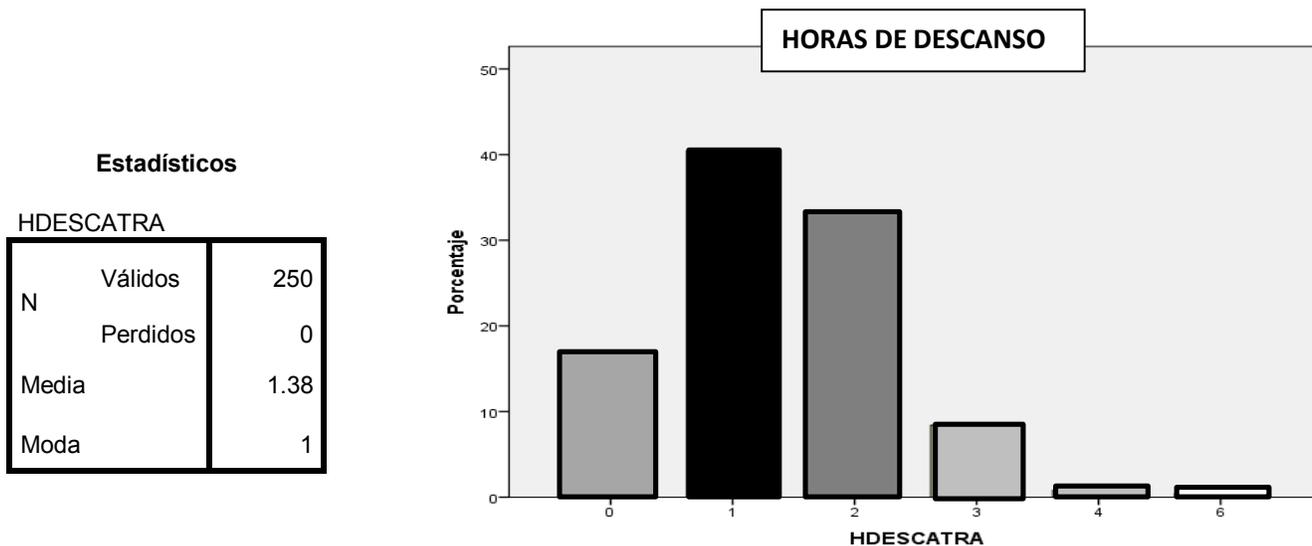


Figura 7. Horas diarias de trabajo.

Horas de descanso durante la jornada laboral: los operarios indicaron que dentro de su jornada laboral descansan de 0 a 6 horas. De las cuales el 40.4% de los operarios descansan una hora, mientras que el 33.2% descansa sólo dos horas. La media de la muestra fue de 1.38 horas y una moda de 1 hora. (Figura 8).



Estadísticos

HDESCATRA

| | | |
|-------|----------|------|
| N | Válidos | 250 |
| | Perdidos | 0 |
| Media | | 1.38 |
| Moda | | 1 |

Figura 8. Horas de descanso durante la jornada laboral.

6.1.3 Variables de salud.

Horas de sueño: la muestra indicó que las horas de sueño oscilan entre las 4 a 10 horas, de las cuales el 33.2% indicó que duerme 6 horas diarias, seguido del 25.6% que duerme 8 horas. La media es representada por 6.37 horas, seguida de una moda de 6 horas de sueño. (Figura 9).

| Estadísticos | | |
|--------------|----------|------|
| HORASDUERME | | |
| N | Válidos | 250 |
| | Perdidos | 0 |
| Media | | 6.37 |
| Moda | | 6 |

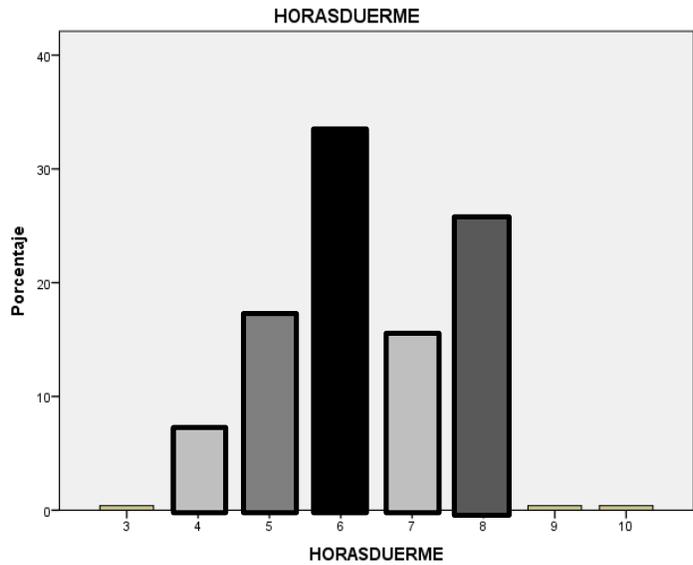


Figura 9. Horas de sueño.

Ejercicio: la siguiente tabla y gráfica se indica que de los sujetos estudiados, el 61.2% no realiza ninguna actividad física en su vida diaria, mientras que el 38.8% si hace ejercicio. (Figura 10).

| EJERCICIO | | | |
|-----------|------------|------------|-------|
| | Frecuencia | Porcentaje | |
| Válidos | SI | 97 | 38.8 |
| | NO | 153 | 61.2 |
| | Total | 250 | 100.0 |

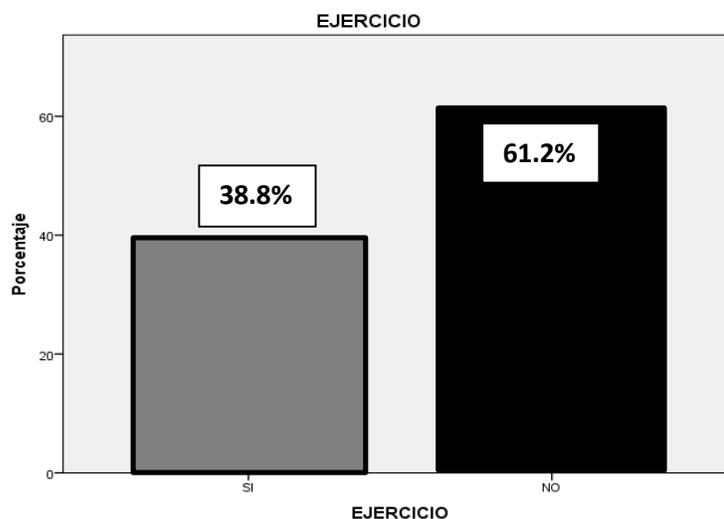


Figura 10. Ejercicio diario

Frecuencia de ejercicio: se identificó que el 60.8% de la población estudiada nunca hace ejercicio, el 21.6% hace ejercicio de 1 a 3 veces a la semana, seguido del 14.4% que realiza actividad física diaria, finalmente el 3.2% hace ejercicio de 4 a 6 veces a la semana. (Figura 11).

| FRECUENCIA DE EJERCICIO | | | |
|-------------------------|----------------------|------------|-------|
| | Frecuencia | Porcentaje | |
| Válidos | NUNCA | 152 | 60.8 |
| | 1-3 DIAS A LA SEMANA | 54 | 21.6 |
| | 4-6 DIAS A LA SEMANA | 8 | 3.2 |
| | DIARIO | 36 | 14.4 |
| | Total | 250 | 100.0 |

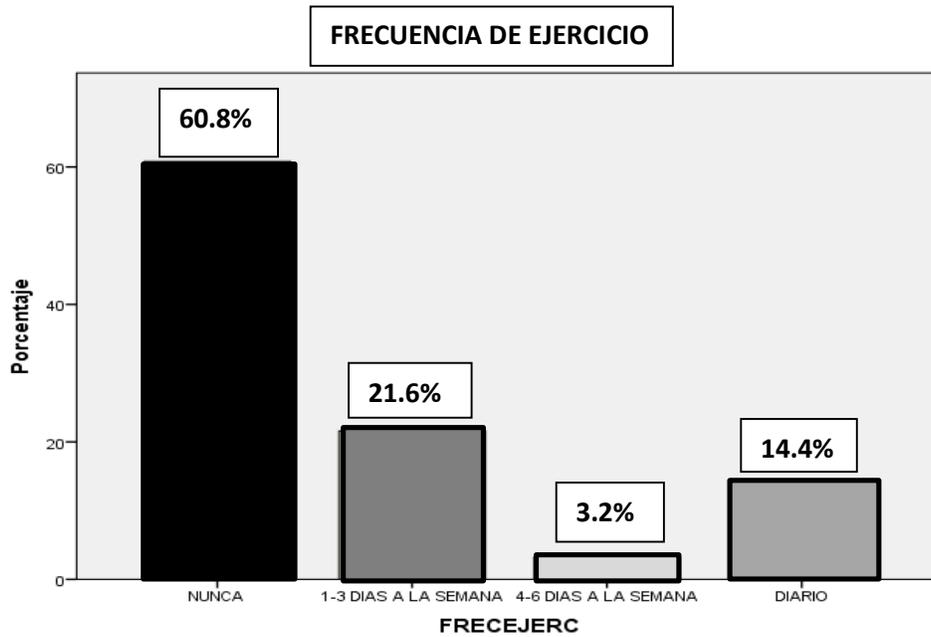


Figura 11. Frecuencia de ejercicio.

Consumo de tabaco: dentro de la población de operarios de taxi, el 51.6% no consume tabaco, en comparación con el 48.4% que sí lo hace. (Figura 12).

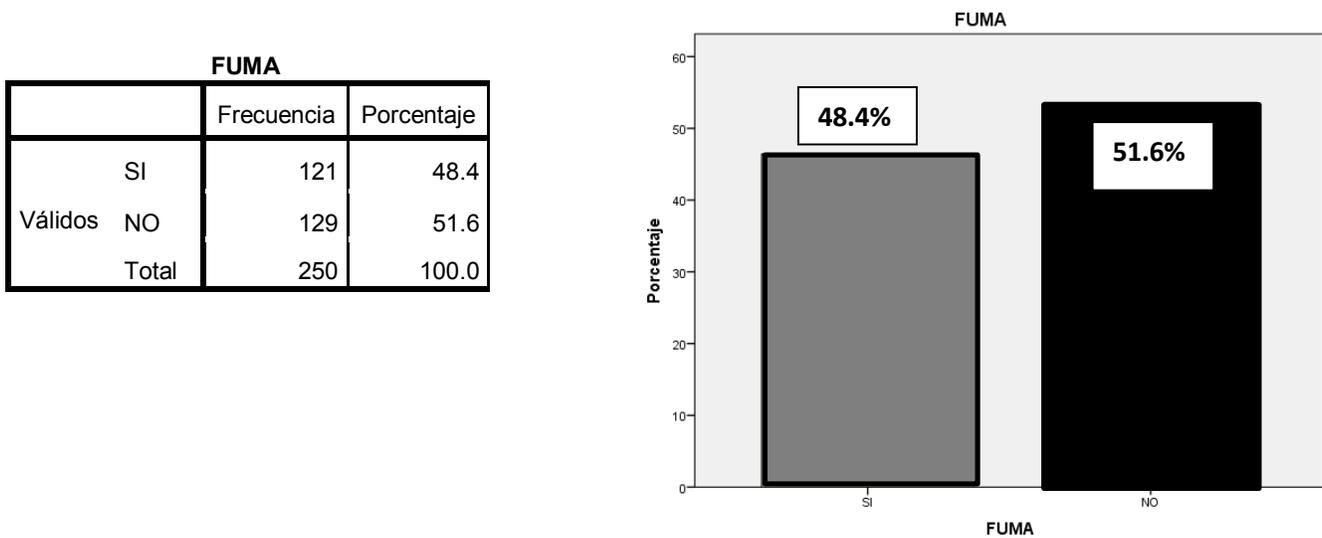


Figura 12. Consumo de tabaco.

Cantidad de cigarros: de los mencionados anteriormente, el 51.6% evita consumir el cigarro. En la siguiente gráfica se representa la cantidad de cigarros que fuman al día, los cuales

pueden ser hasta 12 diarios. El 7.6% consume hasta 3 cigarros diarios, el 7.2% fuma hasta 5 cigarros, y el 5.6% consume hasta 8 al día. (Figura 13).

CANTIDAD DE CIGARROS CONSUMIDOS

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|------------|------------|
| 0 | 129 | 51.6 |
| 1 | 13 | 5.2 |
| 2 | 8 | 3.2 |
| 3 | 19 | 7.6 |
| 4 | 4 | 1.6 |
| 5 | 18 | 7.2 |
| 6 | 14 | 5.6 |
| Válidos 7 | 6 | 2.4 |
| 8 | 14 | 5.6 |
| 9 | 12 | 4.8 |
| 10 | 9 | 3.6 |
| 11 | 2 | .8 |
| 12 | 2 | .8 |
| Total | 250 | 100.0 |

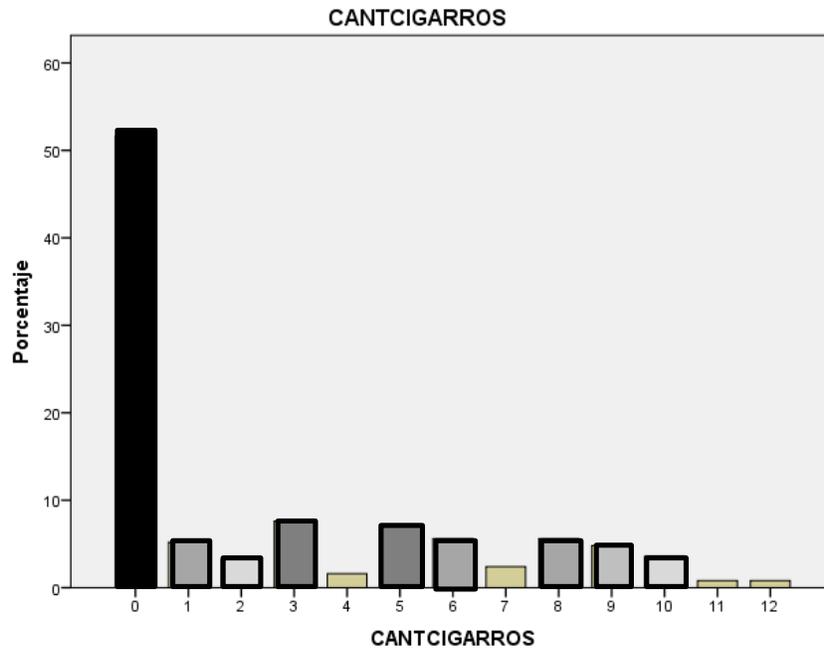


Figura 13. Cantidad de cigarros por día.

Consumo de alcohol: el 58.4% no consume bebidas alcohólicas mientras que el 41.6% sí lo hace. (Figura 14).

| ALCOHOL | | |
|------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| SI | 104 | 41.6 |
| Válidos NO | 146 | 58.4 |
| Total | 250 | 100.0 |

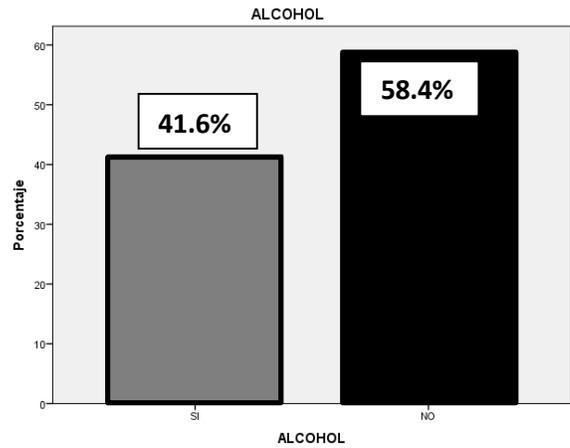


Figura 14. Consumo de alcohol.

Frecuencia de consumo de alcohol: de los mencionados anteriormente, el 58.4% nunca consume alcohol, por el contrario el 18.8% consume alcohol cada fin de semana mientras que el 11.6% consume una vez por mes. (Figura 15).

| FRECUENCIA DE ALCOHOL | | |
|------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| NUNCA | 146 | 58.4 |
| 1 VEZ AL MES | 29 | 11.6 |
| 2 VECES AL MES | 16 | 6.4 |
| Válidos 3 VECES AL MES | 9 | 3.6 |
| 4 VECES AL MES | 47 | 18.8 |
| 5 O MAS VECES AL MES | 3 | 1.2 |
| Total | 250 | 100.0 |

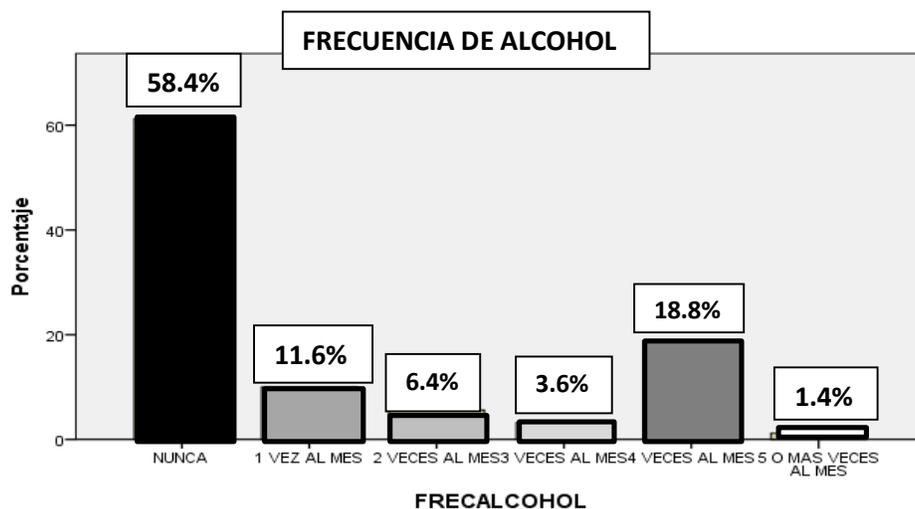


Figura 15. Frecuencia en el consumo de alcohol.

Comidas al día: en el siguiente gráfico se reporta que el 46.8% de la población realiza tres comidas al día, mientras que el 44.4% sólo come dos veces por día. (Figura 16).

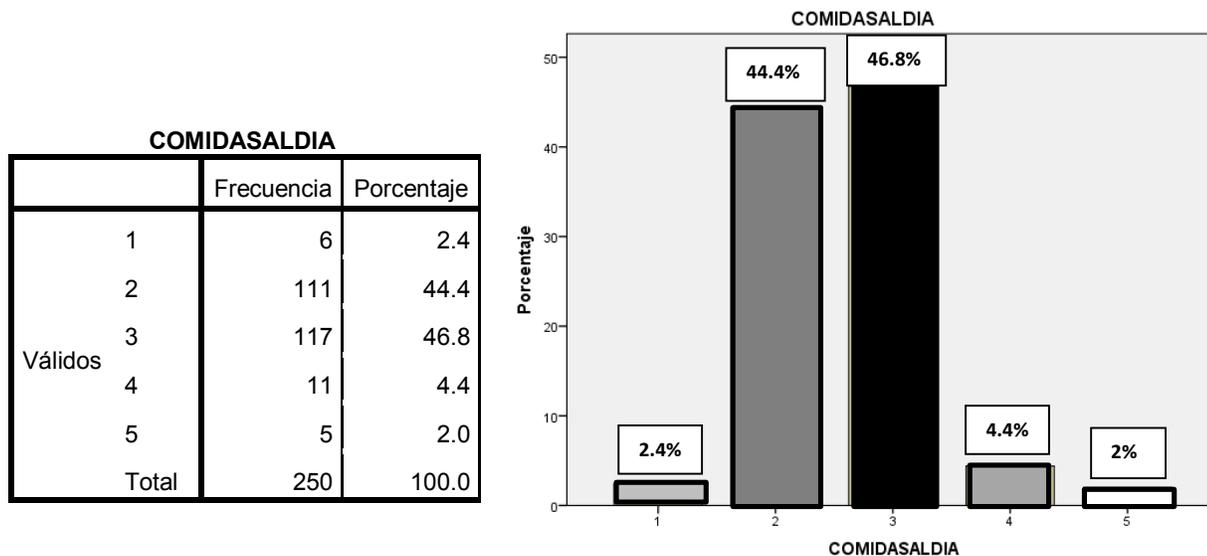


Figura 16. Comidas al día.

Alimentación adecuada: el 68% de los operarios de taxi indican no tener una alimentación adecuada, en contraste con el 32% que considera tener una buena alimentación. (Figura 17).

| ALIMENTACION ADECUADA | | |
|-----------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| SI | 80 | 32 |
| Válidos NO | 170 | 68 |
| Total | 250 | 100.0 |

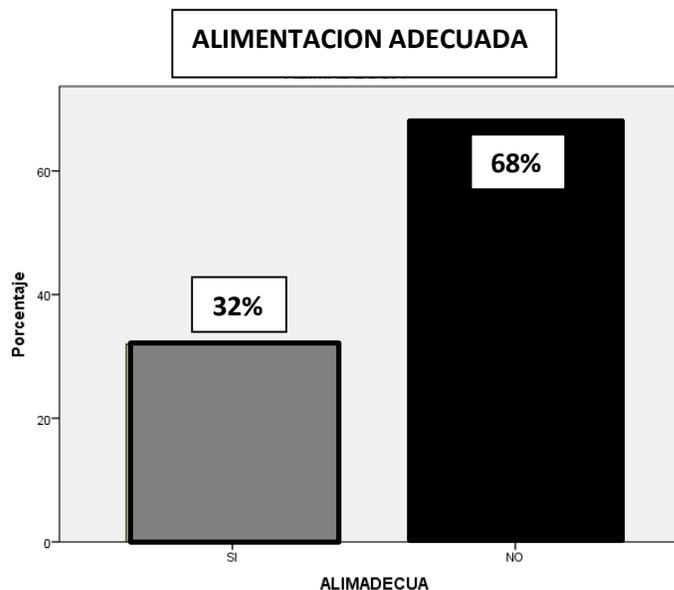


Figura 17. Alimentación adecuada.

Alimentación en casa o comida rápida: el 73.6% consume comida rápida en la calle, por consiguiente el 26.4% consume comida casera. (Figura 18).

| CASA O CALLE | | |
|-----------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| CASERA | 66 | 26.4 |
| Válidos COMIDA RAPIDA | 184 | 73.6 |
| Total | 250 | 100.0 |

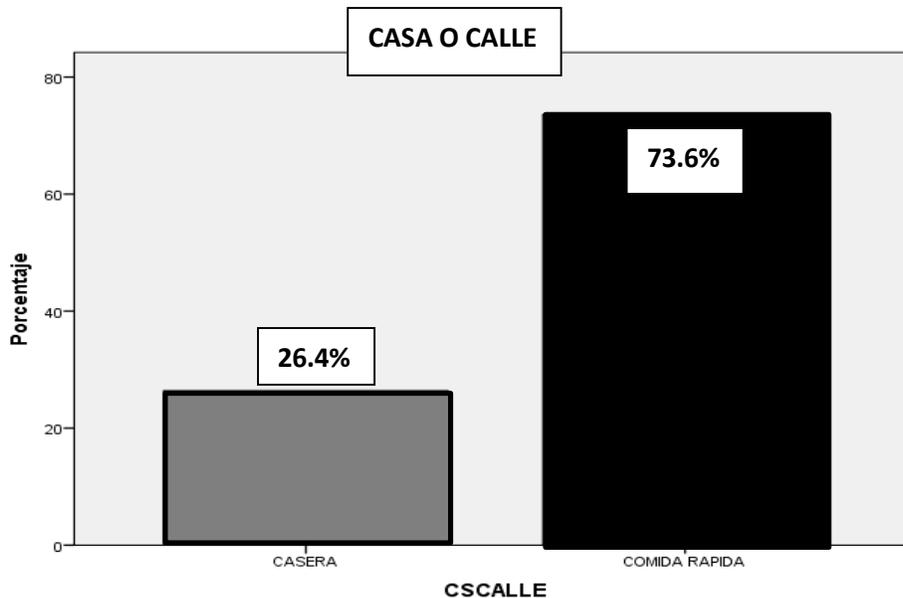


Figura 18. Consumo de alimentos de casa o comida rápida.

Tipo de bebida: hay una gran variedad de bebidas consumidas por los operarios de taxi, entre ellas; el 50% consume refrescos y/o bebidas gaseosas, el 24.4% consume agua de sabor y jugos, mientras que el 15.2% refiere consumir agua simple. (Figura 19).

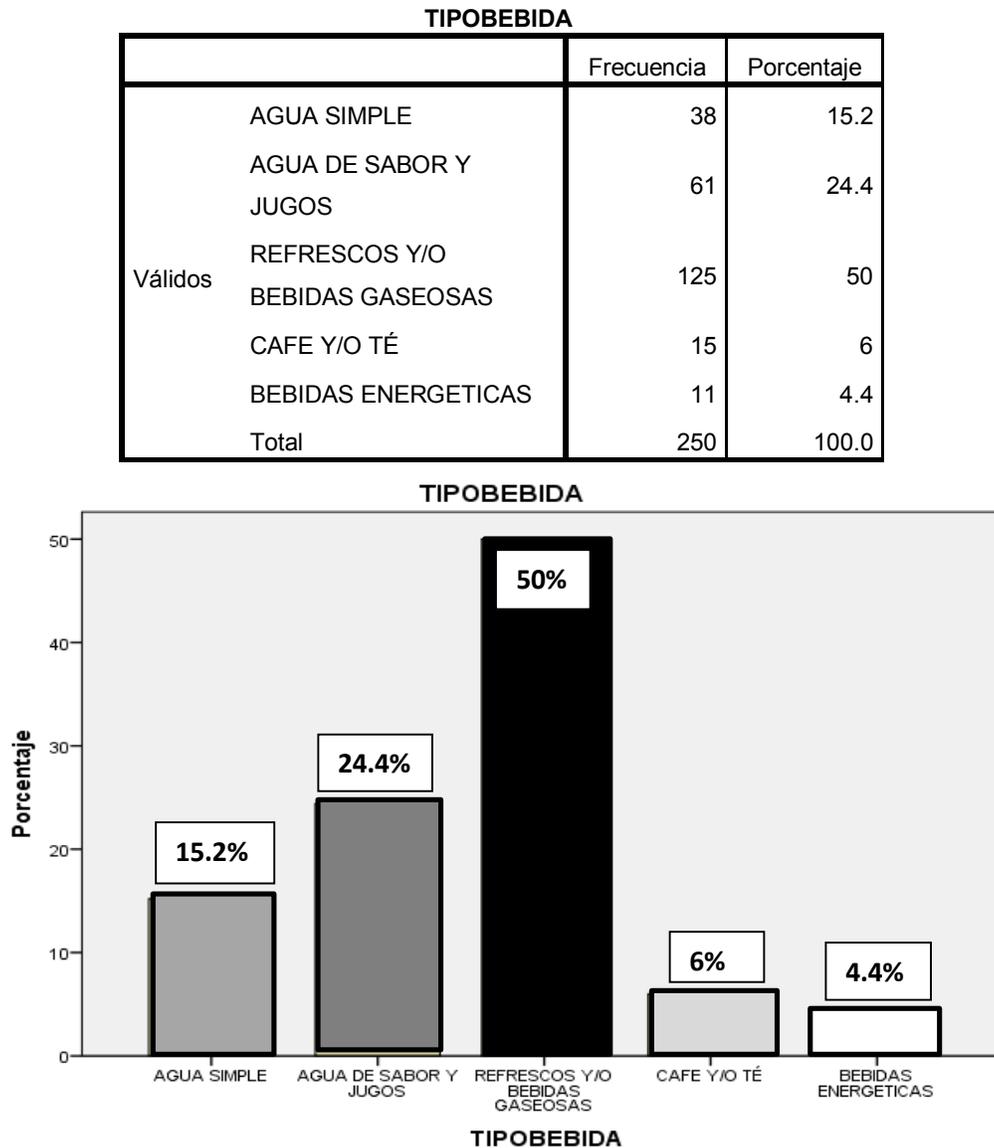


Figura 19. Bebidas consumidas con mayor frecuencia durante el día.

En la siguiente gráfica se muestran las diferentes enfermedades que la población investigada de operarios de Taxi tiene con más frecuencia. Diabetes es la enfermedad más común, el 25.6% la padece, de los cuales 23.2% si lleva un control médico. El 24 % de los Operarios de taxi tienen Hipertensión, de los cuales el 20% si tiene un control médico. El 15.6% tienen

Gastritis de los cuales tan sólo el 3.6% lleva un control médico. Colitis la tiene un 14% y tan solo un 2.8% tiene un control médico. Colesterol 20.4 % están enfermos y sólo 14% lleva su tratamiento. (Figura 20).

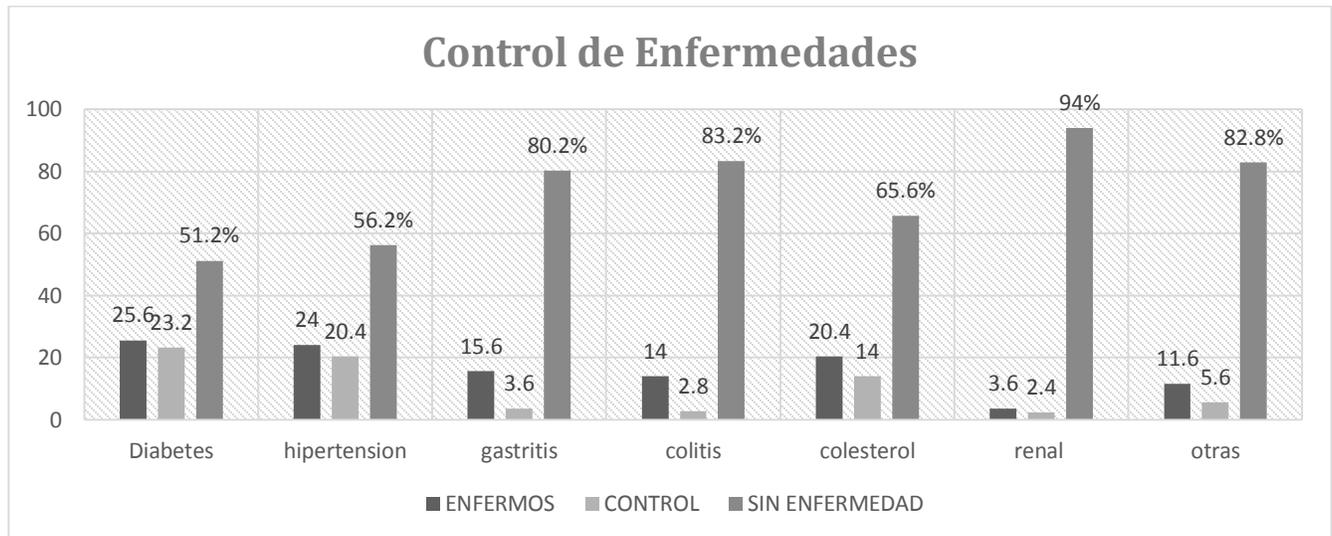


Figura 20. Control de enfermedades

Presencia de enfermedad: se reportó que el 64.4% de la muestra presenta alguna enfermedad, mientras que el 35.6% se consideró exento de alguna. (Figura 21).

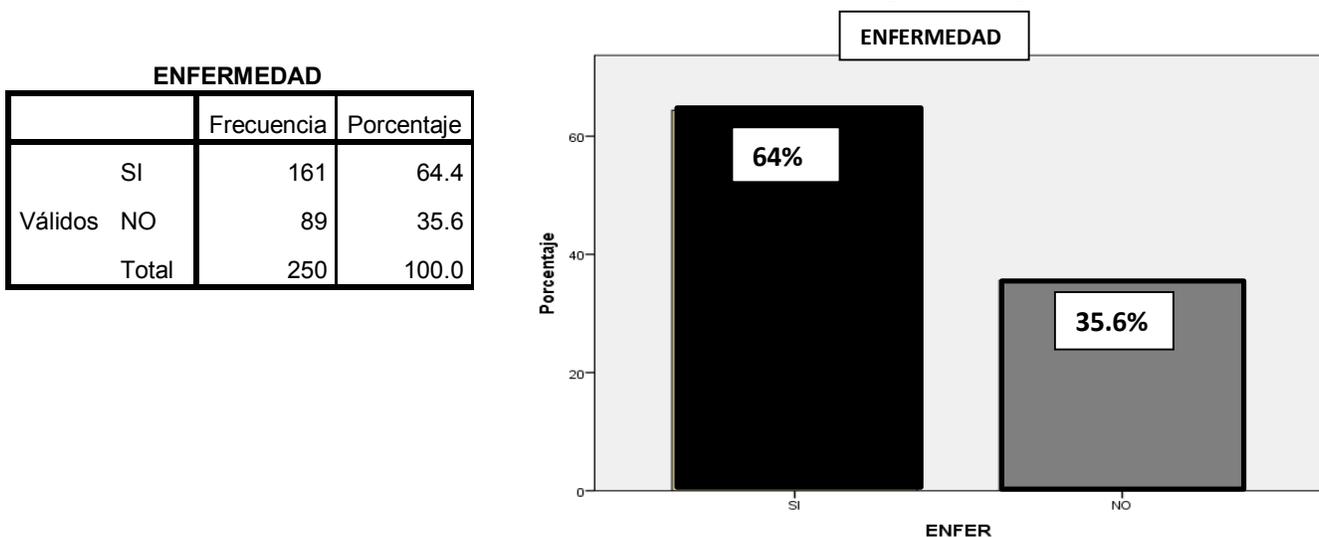


Figura 21. Presencia de enfermedad.

6.2 Estadística Inferencial en la muestra.

Con base en la metodología, se analizaron primeramente los datos obtenidos de los instrumentos aplicados, considerando la tabla de calificaciones que propone el instrumento *Maslach Burnout Inventory (MBI)*, clasificando determinados puntajes para cada dimensión en grados bajo, medio y alto.

Al obtener los puntajes de cada sujeto, se lograron establecer los niveles en los que se ubica la muestra, para cada una de las tres dimensiones que considera la prueba.

Para conocer si existe presencia de Síndrome de Burnout, se llevó a cabo una Prueba T para las tres dimensiones o categorías de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal. Se encontraron en las tres dimensiones datos estadísticamente significativos con una $p < .05$, con una diferencia en las medias de 2.41 en Agotamiento Emocional, 2.30 para Despersonalización y 1.90 en Realización Personal. (Tabla 6).

Tabla 6. Prueba T para Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal.

| | Sig. (bilateral) | Diferencia de Medias |
|---------------------------------|------------------|----------------------|
| Categoría Agotamiento Emocional | .000*** | 2.41200 |
| Categoría Despersonalización | .000*** | 2.30000 |
| Categoría Realización Personal | .000*** | 1.90400 |

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

En un análisis de frecuencias y con respecto a los tres niveles de la dimensión Agotamiento Emocional, se encontró que el 48% de la muestra de operarios de taxi, están ubicados en un nivel Alto de Agotamiento Emocional, mientras que el 45.2% están ubicados en un nivel Medio en esta subescala, finalmente el 6.8% están dentro del nivel Bajo de Agotamiento Emocional. (Figura 22).

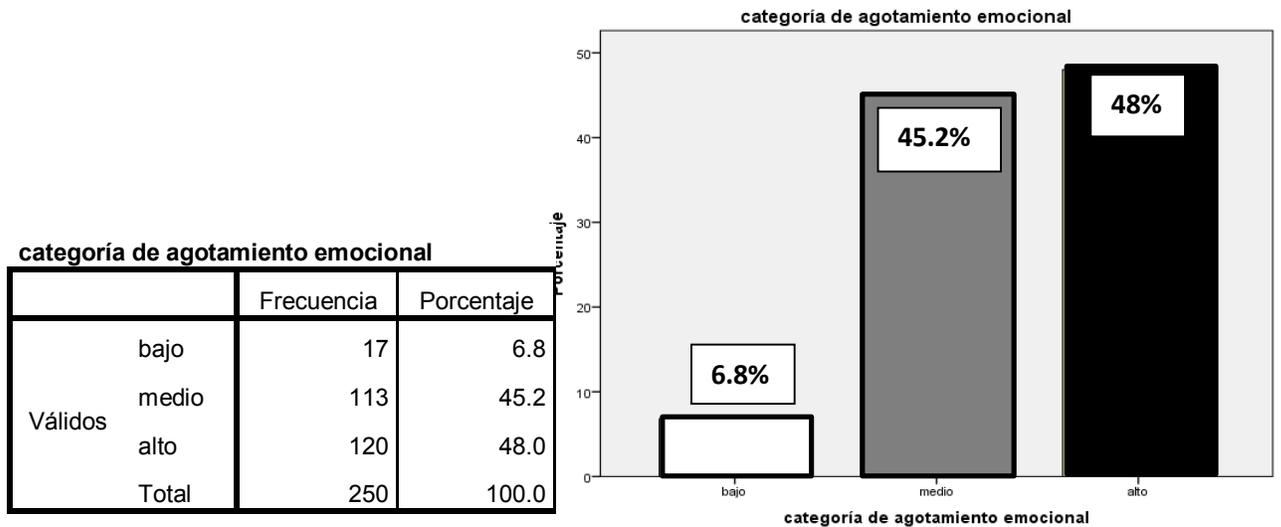


Figura 22. Niveles de Agotamiento emocional.

En referencia a los tres niveles en la dimensión de Despersonalización, se encontró que el 53.6% de la muestra de operarios, se ubica en un nivel Alto de Despersonalización, el 23.6% en un nivel Medio y el 22.8% dentro de un nivel Bajo. (Figura 23).

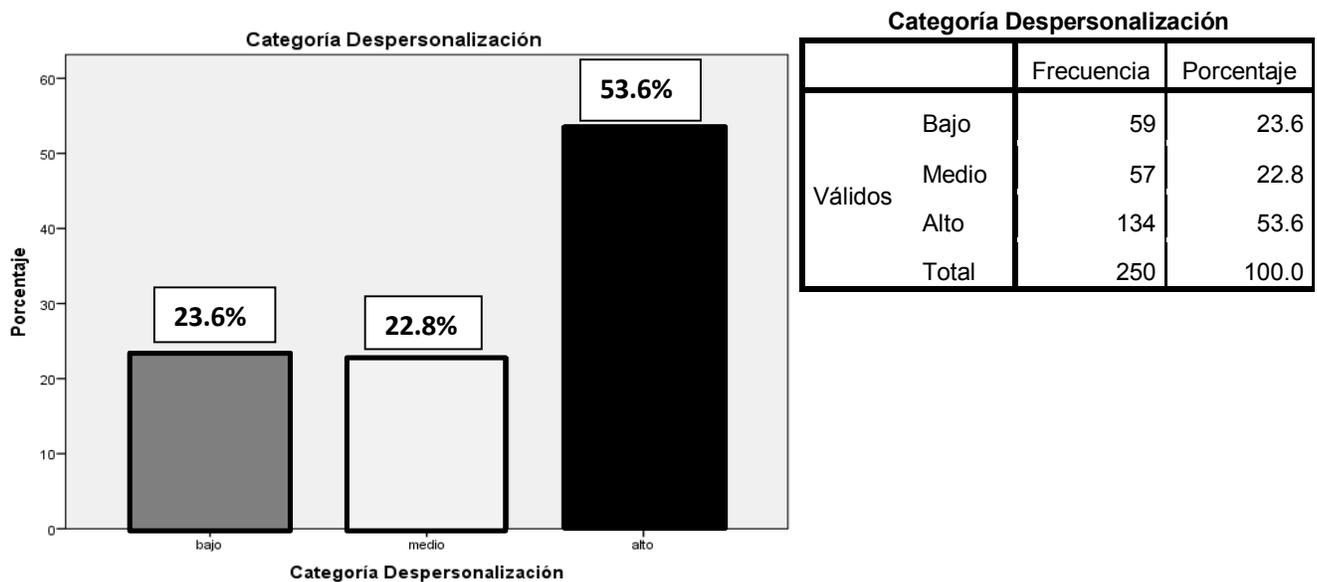


Figura 23. Niveles de Despersonalización.

Por otro lado, en el caso de los niveles de Realización Personal, se encontró que el 48.4% de la muestra tiene un nivel Bajo, el 12.8% se ubica en el grado Medio y el 38.8% puntúa en niveles Altos en la dimensión. (Figura 24).

| Categoría Realización Personal | | |
|--------------------------------|------------|------------|
| | Frecuencia | Porcentaje |
| Válidos | bajo | 121 48.4 |
| | medio | 32 12.8 |
| | alta | 97 38.8 |
| | Total | 250 100.0 |

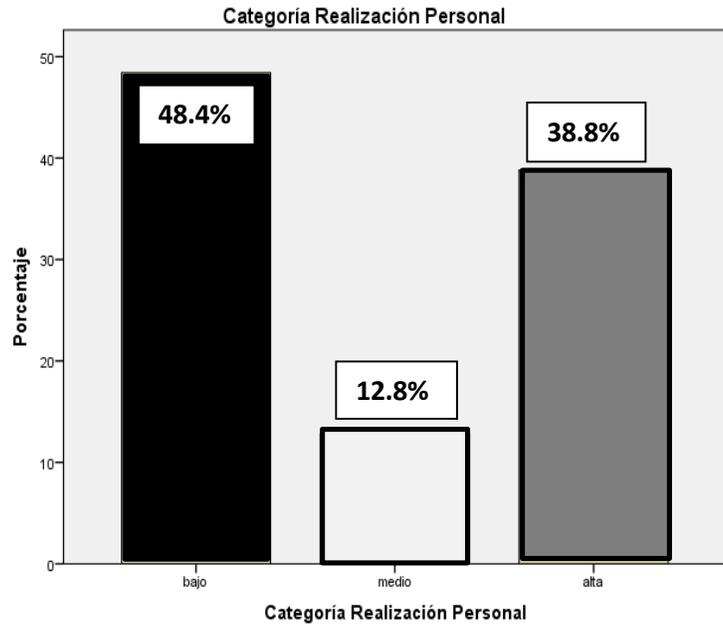


Figura 24. Niveles de la dimensión Realización Personal.

Es decir, que con respecto a las frecuencias de los puntajes obtenidos para cada una de las dimensiones que considera el *Maslach Burnout Inventory (MBI)* en la muestra estudiada, se ubica que un porcentaje alto de operarios están dentro de niveles Altos de Agotamiento Emocional y de Despersonalización. En el caso de la Realización Personal, un porcentaje alto de operarios de taxi se ubican en un nivel Bajo de Realización Personal.

Asimismo, de acuerdo a los análisis de frecuencias para las tres dimensiones del MBI, fue posible ubicar el nivel de Síndrome de Burnout que presentó la muestra. De acuerdo al cuadro 6, (mencionado en el apartado de este trabajo 5.5.2 Instrumento) y considerando los porcentajes anteriormente descritos, la muestra se ubica en el nivel “Bastante” de Síndrome de Burnout.

Con el fin de determinar si existe relación entre los factores de Síndrome de Burnout y las diversas variables investigadas, se llevaron a cabo Correlaciones de Pearson y Análisis de Varianza de una vía, con las variables de salud, sociodemográficas y de trabajo.

6.2.1 Correlaciones de Pearson.

En la siguiente tabla (ver Tabla 7) se representa el grado de asociación entre las tres dimensiones del Síndrome de Burnout y las variables: Edad, Tiempo de operario, Horas de trabajo, Horas de descanso durante la jornada laboral, Horas de sueño, Cantidad de cigarros y Comidas al día.

Tabla 7. Correlaciones entre las dimensiones del Burnout y variables sociodemográficas, de trabajo e individuales.

| | AE | D | RP | EDAD | TIEMPOOPER | HTRAB | HDESC | HDUERME | CANTCIGA | COMIDADIA |
|-----------|-------|--------|-------|--------|------------|---------|---------|---------|----------|-----------|
| AE | 1 | | | | | | | | | |
| D | .064 | 1 | | | | | | | | |
| RP | - | - | 1 | | | | | | | |
| EDAD | .141* | .187** | | 1 | | | | | | |
| TIEMPOOPE | .072 | -.083 | -.001 | | 1 | | | | | |
| HTRAB | .141* | -.113 | -.041 | .679** | | 1 | | | | |
| HDESC | -.041 | .072 | -.057 | -.137* | .016 | | 1 | | | |
| HDUERME | -.019 | .098 | -.101 | .033 | -.069 | .456** | | 1 | | |
| CANTCIGA | -.035 | -.142* | -.051 | .129* | .166** | -.367** | -.133** | | 1 | |
| COMIDADIA | .096 | .077 | -.050 | .037 | .077 | .156* | -.003 | -.106 | | 1 |
| | -.055 | -.051 | .038 | .194** | .214** | -.130* | .027 | .157* | -.175** | |

*p<.05 **p<.01

Existe una relación positiva y significativa entre Agotamiento Emocional (AE) y el Tiempo de operario, es decir que entre más años como operario de taxi, se produce un mayor Agotamiento Emocional.

Asimismo existe una relación positiva y significativa entre Despersonalización (D) y Horas de sueño, es decir que los operarios que requieren dormir más horas, manifiestan una mayor Despersonalización.

6.2.2 Análisis de Varianza de una vía (ANOVA).

Para lograr determinar la relación entre las tres dimensiones del Síndrome de Burnout y el resto de las variables consideradas para la muestra, se realizaron pruebas ANOVA de una vía.

En la Tabla 8 se representan los resultados del ANOVA entre las dimensiones del Síndrome de Burnout con la variable sociodemográfica Estado civil. La dimensión de Despersonalización mostró diferencias estadísticamente significativas con dicha variable ($F=2.92$, $p = .022$) y se observa respecto a la media, un puntaje mayor en el grupo de operarios que dijeron estar solteros.

Tabla 8. Análisis de Varianza: Promedio del Síndrome de Burnout relacionado con Estado Civil

| Variable | Grupos | Agotamiento Emocional | Despersonalización | Realización Personal |
|--------------|-------------|-----------------------|--------------------|----------------------|
| Estado Civil | | | .022* | |
| | Casado | | 2.28 | |
| | Viudo | | 2.23 | |
| | Divorciado | | 2.31 | |
| | Unión libre | | 2.06 | |
| | Soltero | | 2.68 | |

* $p < .05$

En la siguiente tabla (Ver Tabla 9) se observa que la dimensión de Despersonalización mostró diferencias estadísticamente significativas con la variable de trabajo denominada Propietario ($F= 7.64$, $p= .006$) mostrándose respecto a la media, un puntaje mayor en el grupo de los No propietarios; asimismo la dimensión Realización Personal presentó diferencias estadísticamente significativas ($F= 3.97$, $p= .047$) con dicha variable, registrándose una media mayor para el grupo de los que Sí son propietarios.

Tabla 9. Análisis de Varianza: Promedio del Síndrome de Burnout relacionado con Propietario.

| Variable | Grupos | Agotamiento Emocional | Despersonalización | Realización Personal |
|--------------------|--------|-----------------------|--------------------|----------------------|
| Propietario | | | | |
| | Sí | | .006** 2.13 | .047* 2.03 |
| | No | | 2.42 | 1.80 |

*p< .05 **p<.01

En la Tabla 10 se exponen los resultados del ANOVA entre las dimensiones del Síndrome de Burnout con las variables de salud.

Se observa que la dimensión de Agotamiento emocional mostró diferencias estadísticamente significativas con siete variables de salud. La primera de ellas es la denominada Enfermedad ($F=6.39$, $p= .012$), mostrándose respecto a la media, un puntaje mayor en el grupo de operarios que Sí presentan una enfermedad.

La variable Hipertensión mostró diferencias estadísticamente significativas ($F=4.55$, $p=.034$) registrándose una media mayor, para el grupo de los que Sí presentan dicho padecimiento.

La variable Otras Enfermedades arrojó diferencias estadísticamente significativas ($F=6.52$, $p= .010$) y respecto a la media se observó un puntaje mayor en el grupo de Operarios que respondieron afirmativamente a dicha variable.

Con respecto a lo anterior, la variable Control de Otras Enfermedades presentó diferencias estadísticamente significativas ($F=3.41$, $p=.034$), con una media mayor para el grupo de Operarios que afirman tener un control médico en ellas.

Por otra parte la variable Frecuencia de Ejercicio, también presentó diferencias estadísticamente significativas con la primera dimensión del Burnout ($F=2.98$, $p=.032$). Registrándose una media mayor para el grupo de operarios que aseguran Nunca realizar actividad física.

La variable Alimentación Adecuada es la sexta variable que mostró diferencias estadísticamente significativas con la primera dimensión ($F=7.09$, $p=.008$), con una media mayor para el grupo de Operarios de Taxi que dijeron No tienen una buena alimentación.

La séptima variable que mostró diferencias estadísticamente significativas con la dimensión de Agotamiento Emocional fue Tipo de bebida ($F=3.84$, $p=.005$) considerándose una media mayor en el grupo de operarios que consumen Refrescos y/o bebidas gaseosas.

Por otra parte en el caso de la segunda dimensión del Síndrome de Burnout o Despersonalización, mostró diferencias estadísticamente significativas con dos variables de salud. La primera de ellas fue con Control de Hipertensión ($F=6.52$, $p=.002$) en la cual se observa en la tabla 5 y con respecto a la media, un puntaje mayor en Operarios que Sí llevan un control médico de su patología.

En segundo lugar se presenta la variable Alimentación en casa o Comida rápida con diferencias estadísticamente significativas con la segunda dimensión ($F=4.24$, $p=.041$) arrojándose una media mayor para el grupo de Operarios que dijeron alimentarse con mayor frecuencia de Comida Rápida.

Por último en el caso de la tercera dimensión del Síndrome de Burnout denominada Realización Personal, mostró diferencias estadísticamente significativas con la variable Consumo de alcohol ($F=7.04$, $p=.008$) con una media mayor para el grupo de operarios que aseguran No consumir bebidas alcohólicas.

Tabla 10. Análisis de Varianza: Promedio del Síndrome de Burnout relacionado con las variables de salud.

| Variable | Grupos | Agotamiento Emocional | Despersonalización | Realización Personal |
|---|--------------------------------|-----------------------|--------------------|----------------------|
| Enfermedad | Sí | .012* 2.48 | | |
| | No | 2.28 | | |
| Hipertensión | Sí | .034* 2.55 | | |
| | No | 2.36 | | |
| Control de Hipertensión | Sí | | .002** 2.29 | |
| | No | | 1.40 | |
| Otras enfermedades | Sí | .010** 2.68 | | |
| | No | 2.37 | | |
| Control de Otras enfermedades | Sí | .034* 2.71 | | |
| | No | 2.66 | | |
| Frecuencia de ejercicio | Nunca | .032* 2.47 | | |
| | 1-3 días a la semana | 2.38 | | |
| | 4-6 días a la semana | 1.87 | | |
| | Diario | 2.30 | | |
| Consumo de alcohol | Sí | | | .008** 1.72 |
| | No | | | 2.03 |
| Alimentación adecuada | Sí | .008** 2.26 | | |
| | No | 2.48 | | |
| Alimentación en casa o comida rápida | Casera | | .041* 2.12 | |
| | Rápida | | 2.36 | |
| Tipo de bebida | Agua simple | .005** 2.36 | | |
| | Agua de sabor y jugos | 2.24 | | |
| | Refrescos y/o bebidas gaseosas | 2.55 | | |
| | Café y/o té | 2.13 | | |
| | Bebidas energéticas | 2.27 | | |

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

7. Discusión.

La presente investigación tuvo como objetivo investigar si los operarios de taxi de la Ciudad de México presentan el Síndrome de Burnout, qué niveles presentan en cuanto a las tres dimensiones (Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal), así como si existe una relación entre los niveles de Burnout y las variables sociodemográficas, de salud y de trabajo anteriormente consideradas.

A continuación se discutirán las implicaciones de los resultados obtenidos, en función de las preguntas de investigación e hipótesis que se plantearon en la investigación.

La primera pregunta de investigación fue ¿existe Síndrome de Burnout o Desgaste Ocupacional en operarios de taxi de la Ciudad de México?, cuya respuesta afirmativa permitió rechazar la hipótesis nula:

H_0 : No existe presencia de Burnout en operarios de taxi de la Ciudad de México.

Por lo tanto, se acepta la hipótesis de investigación:

H_1 : Existe presencia de Burnout en operarios de taxi de la Ciudad de México.

De acuerdo a los resultados obtenidos se observan niveles altos en las dos primeras dimensiones (Agotamiento Emocional y Despersonalización) y un nivel bajo en la tercera (Realización Personal). Según Manassero et al., y Guerrero (citados en Rubio, 2003), para obtener el nivel general de Burnout de acuerdo a su cuadro (véase Tabla 5) y al relacionar nuestros resultados en el mismo, se obtuvo que la muestra se ubica en un nivel de Burnout *Bastante*. Esto quiere decir que los operarios de taxi de nuestra muestra, efectivamente presentan el síndrome.

Se puede considerar que la muestra tiene una respuesta al estrés laboral de tipo crónico, ya que los operarios brindan servicios y están en contacto directo a cualquier hora con otras personas. (Gil-Monte, Unda, y Sandoval, 2009).

De igual forma González (2012) refiere al Burnout como un tipo de estrés característico en trabajadores del ámbito de la prestación de servicios tanto públicos como privados; por tanto, de acuerdo a las características de los servicios que brindan los operarios de taxi, no los exime de desarrollar y manifestar el síndrome.

Además Cherniss (1980), explica que el Burnout puede considerarse como un proceso transaccional de estrés, tensión laboral y acomodamiento psicológico, resaltando desequilibrio entre las demandas del trabajo y recursos individuales; reacción emocional a corto plazo que implica ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento; además de cambios actitudinales y conductuales (afrontamiento defensivo).

Cuando ocurre dicho desequilibrio de demandas-recursos en el ámbito de trabajo del operario de taxi, ocurren respuestas en él que afectan su desempeño como prestador de servicios públicos, afectando el ambiente general en el que se desenvuelve, tal es el caso de las interacciones con otros individuos con consecuencias graves en su integridad propia y de las demás personas, incurriendo en actos de violencia, así como presentar un mayor riesgo de accidentes.

En ese sentido, Maslach y Jackson (1996) asocian al Burnout con baja autoestima, actitudes negativas, sentimientos de culpa, pereza, deterioro de procesos cognitivos, falta de concentración (estado mental) y disminución de la inmunidad corporal, fatiga, insomnio, problemas digestivos, dolores de cabeza, entre otros.

Es decir, que los sujetos de la muestra al presentar Burnout, además de lo ya considerado, son susceptibles de presentar síntomas físicos y psicológicos. Por tanto, los operarios deberían de contar con las herramientas de afrontamiento adecuadas, ya que de lo contrario, el Burnout progresará hasta consecuencias irreversibles como el abandono del empleo o inclusive, de la profesión, así como a la indispensable ayuda de un profesional.

La investigación concuerda con lo encontrado por Demerouti, Bakker, Nichreiner y Schaufeli (2001; citado en Landy 2004) quienes mencionan que el Síndrome de Burnout se extiende a ocupaciones más allá de las profesiones de cuidado.

Recordando la segunda pregunta de investigación ¿cuáles son los niveles de Burnout que presentan los operarios de taxi que brindan servicio a pasajeros en la Ciudad de México?, se permitió rechazar la hipótesis nula:

H₀: No existen niveles medios-altos en Agotamiento Emocional, Despersonalización y nivel bajo de Realización Personal en operarios de taxi de la Ciudad de México.

De tal manera que se acepta la hipótesis de investigación:

H_i: Existen niveles medios-altos en Agotamiento Emocional, despersonalización y nivel bajo de Realización Personal en operarios de taxi de la Ciudad de México.

Al haber realizado una prueba T para las tres dimensiones: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal, se encontró en ellas datos estadísticamente significativos, lo cual indica que los operarios de taxi sí presentan el síndrome.

Con respecto al análisis de frecuencias para la dimensión de Agotamiento Emocional se encontró que el 48% de la muestra están ubicados en un nivel Alto mientras que el 45.2% están ubicados en un nivel Medio.

Dicho agotamiento puede observarse en los operarios como sensación de agotamiento de energía física y emocional; así como de bajos recursos emocionales para afrontar las circunstancias de interacción con los otros. Esto coincide con lo propuesto por Gil-Monte (2009; en González 2012) quien además refiere que el agotamiento emocional es la incapacidad para dar más de sí mismo en términos afectivos, emocionales y físicos.

El agotamiento emocional manifiesta diferentes síntomas cognitivos, afectivo-emocionales, actitudinales y físicos como lo refiere Gil-Monte (2006). Es así que en los operarios se manifiestan como cansancio, frustración, aburrimiento, angustia, y falta de ganas de seguir trabajando, sin embargo muchos de ellos continúan con su jornada de trabajo al verse obligados por la falta de recursos económicos.

Por otra parte, dicha dimensión impacta en la interacción con los peatones, ciclistas, motociclistas, otros conductores de transporte público y vehículos de carga, vehículos particulares, y sobre todo con los usuarios con quienes existe una interacción mayor.

La Despersonalización en la muestra obtuvo una frecuencia de 53.6% en nivel Alto y el 22.8% en nivel Medio. Esto puede identificarse en el grupo investigado como sentimientos de tipo negativos hacia las personas a las que se les brinda el servicio como maltrato y actitudes de cinismo, lo que conlleva a un endurecimiento afectivo y deshumanización. Dicho argumento coincide con Gil-Monte (2009; en González, 2012) quien define a la Despersonalización como un proceso que se expresa en comportamientos y actitudes negativas.

En esta dimensión se encontró, tal y como menciona Gil-Monte (2006), síntomas como sentirse contrariado, falta de control, irritabilidad y mal humor, disgustos y enfados, agresividad, tristeza y depresión, irresponsabilidad, intolerancia, impaciencia, evaluar negativamente a los compañeros, romper con el entorno laboral, ver a todos como enemigos, ver a los demás con frialdad, indiferencia, culpar a los demás de su situación, contestar mal, hasta el grado de enfrentamientos con personas con puntos de vista distintos a los de sí mismo.

Con base a lo anterior, los operarios de la muestra son más susceptibles a presentar esos síntomas y a actuar de la misma manera, desconociendo el origen de sus actitudes o bien atribuyéndoselo a otros.

Por último, en la dimensión de Realización Personal se obtuvo en la muestra una frecuencia de 48.4% en nivel Bajo. Esto puede observarse como un desarrollo de sentimientos de incompetencia, fracaso y falta de logro en el trabajo, sintiendo insatisfacción con los resultados del mismo. Lo cual se asemeja con lo que propone Gil-Monte (2009; González, 2012), y agrega que es una autovaloración negativa.

En esta dimensión se encontró de acuerdo a Gil-Monte (2006) síntomas como: sentir que no valoran su trabajo, percibirse incapaz para realizar las tareas, sensación de no mejorar, pensar que el trabajo no vale la pena, pérdida de autoestima, e inclusive aislamiento. Igualmente existe un impacto reflejado como problemas familiares, ya que se percibe incapaz de suministrar las necesidades de su familia.

Respecto a lo anterior, en la muestra de investigación que obtuvo niveles bajos de Realización Personal, implica una mayor susceptibilidad a tener pensamientos negativos sobre sí mismo y su trabajo.

Finalmente, la tercera pregunta de investigación ¿hay relación entre las dimensiones de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal con las diversas variables sociodemográficas, de salud o de trabajo?, cuya respuesta permitió rechazar la hipótesis nula:

H₀: No existe relación entre las variables sociodemográficas, de salud y de trabajo en los operarios de taxi, con las tres dimensiones del Síndrome de Burnout.

Por consiguiente se confirma la hipótesis de investigación:

H_i: Existe relación entre las variables sociodemográficas, de salud y de trabajo en los operarios de taxi, con las tres dimensiones del Síndrome de Burnout.

Efectivamente se encontraron diferencias tanto significativas como estadísticamente significativas entre las dimensiones del Síndrome de Burnout en variables sociodemográficas, de salud y de trabajo.

Al llevar a cabo la correlación de Pearson y los Análisis de Varianza de una vía, para averiguar una posible relación entre las variables ya mencionadas, se encontró que la dimensión de Agotamiento Emocional reveló una relación positiva estadísticamente significativa con la variable de trabajo llamada Tiempo de operario, esto significa que entre más años de trabajo tienen los sujetos de nuestra muestra, presentan mayor Agotamiento Emocional.

Al realizar el ANOVA entre las dimensiones del Síndrome de Burnout con las variables sociodemográficas, se encontró que la dimensión de Despersonalización presentó una relación estadísticamente significativa con el Estado Civil (dividido en casado, viudo, divorciado, unión libre y soltero). De los grupos de la variable, se encontró que la media más alta fue para los operarios solteros.

En este aspecto coincidimos con Maslach y Jackson (1982) quienes mencionan que los solteros y los que no tienen hijos son propensos al síndrome, seguidos de los divorciados y al final los casados, con una menor despersonalización. Sugieren que ello es debido a que la pareja estable e hijos son un soporte emocional para afrontar el estrés, así como la madurez psicológica y estabilidad emocional que brindan, esto puede suceder porque en su mayoría las personas casadas tienen a personas muy cercanas (esposa e hijos) conversaran sobre problemas que estén ocurriendo en su momento, y por lo tanto al ser un soporte su familia, los motivaran a seguir adelante.

En ese sentido, Leiter (1990; citado en Gil-Monte, 2006) propone que la vida en familia puede determinar que las personas tengan mayor “tacto” con los demás y sus problemas, pero con un menor involucramiento en las relaciones interpersonales en el trabajo.

Por otra parte se encontró que la Despersonalización tiene una relación estadísticamente significativa con la variable de trabajo llamada Propietario, mostrando una media más alta para el grupo de operarios No propietarios, esto significa que, los Operarios de nuestra muestra que No son propietarios presentan mayor despersonalización.

Esto concuerda con Cordes y Dougherty (1993) que consideran la despersonalización como una respuesta al estrés única y específica, como consecuencia de los altos niveles de conflictos físicos, emocionales, actitudinales e interpersonales.

Unos de los principales conflictos que pueden causar despersonalización en la muestra de Operarios es que al no ser propietarios de la unidad, ellos tienen que dar una cuota al dueño ya sea diariamente o semanalmente indistintamente de dar el gasto a su familia, por lo tanto, tienen que trabajar más horas al día, estar más tiempo en la calle y hacer más viajes, de esta forma abordar a más usuarios, es en donde se presentan mayores conflictos físicos, emocionales y actitudinales al sentir mayor estrés.

En esta variable también se observa que la dimensión Realización Personal tiene una relación estadísticamente significativa con el grupo de propietarios de las unidades. Esto quiere decir, que las personas que son dueños del taxi presentan mayor realización personal.

Se está de acuerdo con Muchisky (2000) quien explica desde la perspectiva económica, que el trabajo posibilita la consecución del sustento para la supervivencia y para buscar mejorar la calidad de vida, desde la perspectiva psicológica el trabajo proporciona la posibilidad de tener una identidad, unión con otras personas y la posibilidad de Realización Personal.

Los Operarios de Taxi que son dueños tienen una Realización Personal Alta, ya que trabajan solo para sustento del hogar y de la unidad propia, así es que sólo ellos son su propio patrón, ellos deciden la hora en la que inician el trabajo, en la que salen a comer, y su salida, ya que su principal objetivo es una calidad de vida mejor.

Con respecto a las variables de salud, se observó que la dimensión Agotamiento Emocional tiene una relación estadísticamente significativa con la variable Enfermedad, es decir que los operarios de nuestra muestra que Sí están Enfermos presentan mayor Agotamiento Emocional.

Según Farber, (1984) lo define como manifestaciones conductuales y físicos derivadas de eventos situacionales estresantes por no encontrar las estrategias de afrontamiento efectivas.

En la muestra, el 64.4% de operarios de taxi tiene alguna enfermedad como Diabetes, Hipertensión, Colitis, Gastritis, Colesterol, Renales, y otras enfermedades y/o padecimientos tales como: migrañas, escoliosis, miopía, astigmatismo, lumbalgias, alteraciones en la marcha, dificultades motoras derivadas de amputaciones, artrosis, artritis, síndrome metabólico y vitíligo.

Dentro de las variables salud, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre Agotamiento Emocional con Hipertensión, Otras enfermedades y Control de Otras enfermedades; así como diferencias estadísticamente significativas entre Despersonalización y Control de Hipertensión.

El resto de las variables de salud como diabetes, colesterol, colitis, gastritis, renales y el control médico de cada una de ellas, muestran relación con las dimensiones con respecto a sus medias.

La literatura expone que el Burnout puede acarrear trastornos a nivel fisiológico o mental, dando lugar a alteraciones psicosomáticas como cardiorrespiratorias, jaquecas, gastritis, úlcera, alteraciones de sueño e incluso estados depresivos, ansiosos y otras alteraciones. (Alarcón et al., 2001)

En la dimensión Agotamiento Emocional se observó que tiene una relación estadísticamente significativa con la variable de salud Frecuencia de ejercicio. Se encontró que los sujetos de nuestra investigación que nunca hacen ejercicio presentan mayor Agotamiento Emocional.

La mayor parte de los operarios de taxi de nuestra muestra, como lo mencionamos anteriormente, trabajan de 10 a 14 horas diarias y en ese lapso sólo están sentados, es decir son sedentarios.

Siguiendo a Cano-Vindel y Miguel-Tobal (2001), se puede afirmar que las emociones influyen sobre la salud-enfermedad a través de su relación con los diversos sistemas fisiológicos que forman el proceso “salud-enfermedad”, así como por medio de sus

propiedades motivacionales para modificar las conductas “saludables” (ejercicio físico moderado, dieta equilibrada, descanso, ocio, etc.) y “no saludables” (abuso de alcohol, tabaco, sedentarismo).

En la dimensión Realización Personal se demostró que tiene una relación estadísticamente significativa con la variable Consumo de alcohol. Se encontró que los operarios de taxi que No consumen alcohol presentan una mayor Realización Personal, por el contrario, los operarios que sí lo hacen presentan una realización personal baja.

Ello coincide con Burke, Deszca y Shearer (1986; en Buendía, 2001) quienes indican que aquellos que padecen este síndrome, son más propensos a consumir considerables cantidades de alcohol y otras sustancias.

También el Agotamiento Emocional mostró una relación estadísticamente significativa con la variable Alimentación adecuada. Encontramos que los Operarios de Taxi que No tienen una alimentación apropiada presentan Agotamiento emocional.

Se está de acuerdo con Rodríguez (1998) quien propone que la mala nutrición es la condición que se debe al hecho de que las células del cuerpo no obtienen suficiente cantidad de los nutrientes que se necesitan para mantenerse saludables y con energía durante el día.

Los sujetos de la muestra al trabajar más de 10 horas al día y tener una mala alimentación, no tendrán la energía necesaria para su jornada de trabajo completa, y son más susceptibles a sentirse cansados, sin ganas de trabajar, dolores de espalda, aburridos es decir tendrá malestar físico y emocional.

En la dimensión de Despersonalización se demostró que tiene una relación estadísticamente significativa con la variable Alimentación en casa o comida rápida, esto quiere decir que los operarios de taxi que ingieren comida en la calle, presentan mayor Despersonalización.

Se concuerda con Díaz (2002) quien dice que disponemos de menor tiempo y ello, en algunas ocasiones, conlleva un exceso de compras. Por lo tanto, se reduce la compra de productos frescos o de temporada y aumenta la de alimentos innecesarios que se adquieren más por su atractivo visual, por la publicidad asociada o por la rápida elaboración que por su calidad nutricional.

El 73.6% de la población estudiada prefiere la comida rápida, al trabajar la mayor parte del día, ellos prefieren comer en la calle para ahorrar tiempo y dinero, seguir trabajando y de esta forma conseguir un poco más de dinero ya sea para la cuenta que debe de entregar o para la familia , sin darse cuenta que exponen parte de su salud física y emocional, ya que al tener una alimentación basada sólo en comida rápida puede traer demasiadas consecuencias negativas como: enfermedades como obesidad, gastritis, colesterol, colitis, triglicéridos, hostilidad, cambios bruscos de humor, intolerancia, riñas, falta de control, entre otras.

Para finalizar, se encontró que la dimensión Agotamiento Emocional presentó una relación estadísticamente significativa con la variable Tipo de bebida, en la cual hay una media mayor en el grupo de sujetos que consume refrescos y/o bebidas gaseosas,

Se coincide con Wardle y cols. (1999; en Ogden, 2003) quienes expresaron que los periodos con elevadas cargas de trabajo estaban relacionadas con mayor ingestión de elementos energéticos, grasas saturadas y azúcar. Los operarios tienen una falsa idea ya que cada vez que se sienten agotados emocionalmente y físicamente por las largas jornadas de trabajo y una alimentación inadecuada, toman un refresco para sentirse con mayor energía.

Según Meléndez (1998) en promedio un refresco de lata contiene 355 ml y 150 Kcal, además de grandes cantidades de glucosa y fructosa, así como minerales que pueden llegar a causar cálculos y problemas renales y óseos, Tomar un refresco diariamente eleva el riesgo de diabetes tipo 2 y promueve la resistencia a la insulina.

8. Conclusiones y propuestas.

Al obtener los resultados anteriores y las hipótesis expuestas al inicio del proyecto, se puede concluir lo siguiente:

Es necesario hacer consciencia a los operarios de taxi y de transporte público sobre este problema, darles a conocer en qué consiste el Síndrome de Burnout, sus causas, consecuencias, así como su tratamiento; ya que es preciso entender que el bienestar de los operarios tiene un impacto más allá del transporte público puesto que, mientras mejor se encuentren física, mental y emocionalmente, mejor será su desempeño, repercutiendo en los comportamientos y relaciones con otros.

Se propone desarrollar en los operarios de taxi, diversas técnicas que les permitan el adecuado manejo de circunstancias personales y laborales. Dichas técnicas engloban aspectos que permiten un adecuado afrontamiento del síndrome.

De acuerdo con Buendía y Ramos (2001), tales técnicas son:

- Técnicas fisiológicas (relajación física y control de la respiración).
- Técnicas conductuales
 - Entrenamiento asertivo (entrenar al individuo para comportarse y pensar asertivamente).
 - Técnicas de solución de problemas (ayudar a la elección de soluciones adecuadas).
 - Modelamiento encubierto (cambio de secuencias de conductas a partir de la imaginación).
 - Ejercicio físico (movilizar al organismo para mejores condiciones y hacer frente al estrés laboral).
- Técnicas cognitivas
 - Detención del pensamiento (sustitución de pensamiento negativo en positivo).
 - Inoculación del estrés (identificación, autocompresión y técnicas de afrontamiento).

De esta forma se sugiere el apoyo de profesionales para la implementación de cursos donde se provean las técnicas anteriormente mencionadas ante situaciones estresantes.

Es necesaria la concientización del operario, puesto que la seguridad de los usuarios depende de su forma de trabajo, pues es en ese momento cuando los usuarios depositan en ellos gran parte de su confianza con el fin de llegar a su destino con bien.

La vida del pasajero así como la del mismo operario dependen en gran medida de la calidad del servicio que éste último brinda.

El adecuado afrontamiento de las situaciones estresantes permitirá al operario de taxi, mejorar la calidad física, emocional y de trabajo, lo que tendrá como resultado un cambio de comportamientos y actitudes generando así, una modificación en su entorno social evitando ser estereotipado negativamente por los usuarios, compañeros de trabajo, peatones, policías, y demás personas que se encuentran en la calle.

Es importante recalcar que el ambiente laboral en México no está considerando al estrés como una enfermedad y las personas que lo padecen son catalogadas como débiles ante las presiones laborales.

Es por ello que se sugiere que en investigaciones futuras, se profundicen en otras variables en relación con el Burnout que afecta a este sector de la población. Asimismo, es necesario que se busquen facilidades para extender líneas de investigación a otros operarios del transporte público, además de considerar las facilidades de infraestructura para la aplicación de instrumentos psicológicos, buscando el apoyo de otros profesionales, instituciones y del gobierno.

En ese sentido también se propone aplicar otros instrumentos al sector de la población, estandarizar y validar pruebas ya existentes con la participación de operarios de transporte público, e inclusive la creación de nuevos instrumentos de medición psicológica. Igualmente sería de gran valor realizar estudios longitudinales con operarios de transporte público para observar cómo se modifican variables como las consideradas en este estudio además de encontrar nuevas variables que influyan en su ambiente laboral.

Los profesionales de la psicología deben tener el compromiso de actuar ante las problemáticas en los diversos sectores laborales, de tal manera que se debe de mantener actualizado con respecto a estrategias de prevención, diagnóstico e intervención del

Síndrome de Burnout, ya que con dicha información se puede brindar información útil para los demás.

Referencias.

- Alarcón, J., Vaz, F., y Guisado, J. (2001). Análisis del Síndrome de Burnout: psicopatológica; Estilos de afrontamiento y clima laboral. *Revista de Psiquiatría Facultad de Medicina. Barna.* (28)6: 358-381.
- Barretto, J., Mombelli, M., Decesaro, M., Pagliarini, W., y Silva, S. (2011). Estrés y recursos de enfrentamiento del cuidador en el contexto hospitalario. *Salud Mental*, 34(2): 129-138.
- Bartrina, J. (2001). *Alimentación y salud laboral. Nutrición comunitaria.* Barcelona: Masson.
- Bosqued, M. (2008). *Quemados el síndrome de burnout, qué es y cómo superarlo.* Barcelona: Paidós Ibérica.
- Boraita, P. (2008). Ejercicio, piedra angular de la prevención cardiovascular. *Revista Española de Cardiología*, 61(5): 518-528.
- Buendía, J. y Ramos, F. (2001). *Empleo, estrés y salud.* Madrid: Pirámide.
- Calabrese, G. (2001). Riesgos profesionales del anestesiólogo. XXXV Congreso Mexicano de Anestesiología, Cancún.
- Calvete, E. y Palmero, F. (2008). *Motivación y Emoción.* España: McGraw Hill.
- Centro para el Fomento de la Educación y Salud de los operarios de transporte público de la Ciudad de México, CENFES. (2013). *Cinco años trabajando contigo. Informe institucional.* México.
- Cora, F. y Montoliu, M. (2005). *El malestar docente. Propuestas creativas para reducir el estrés del profesorado.* España: Salud y Educación Octaedro.
- De la Gándara, J. (1998). *Estrés y Trabajo, el síndrome de Burnout.* Cause editorial.
- Del Río, O., Perezagua, M., y Vidal-Gómez, B. (2002). El síndrome de Burnout en los enfermeros del hospital Virgen de la Salud de Toledo. *Enfermería en Cardiología*, 28(1): 24-29.
- Farber, B. (1984). Stress and burnout in suburban teachers. *Journal of Educational Research*, 77(6): 325-331.
- Gil-Monte, P. (2002). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory – General Survey. *Salud Pública de México*, 1, 33-40.
- Gil-Monte, P. (2006). *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout), una*

- enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P., Unda, S. y Sandoval, J. (2009). Validez factorial del Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo en una muestra de maestros mexicanos. *Salud Mental* 32(3): 205-214.
- González, N. (2012). Estrés en el ámbito laboral de las instituciones de salud. Un acercamiento a narrativas cotidianas. *Argumentos*, 25 (70): 171-192.
- Gutiérrez, R. (2012). *Estrés organizacional*. México: Trillas.
- Hernández, A., Ortega, R., y Reidl, L. (2012). Validación del instrumento de estrés laboral para médicos mexicanos. *En-claves del pensamiento*, 6(11): 113-129.
- Kerlinger, N. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. 4ed. México: Mc Graw Hill.
- Landy, F. (2004). *Psicología industrial: introducción a la psicología industrial y organizacional*. México: Mc Graw Hill.
- Lazarus, R. (1999). *Estrés y emoción, manejo e implicaciones de nuestra salud*. Ed. Desclee de Brouwer. Pág. 43-45.
- López, H. (2011). *Sacerdocio y Burnout*. Bogotá: San Pablo.
- Lozano, M. (2008). *Relación entre el síndrome de desgaste ocupacional (Burnout) y trastornos psicósomáticos en una muestra de trabajadores mexicanos*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Manassero, M., Vázquez, A., Ferrer, V., Fornés, V., y Fernández, B. (2003). *Estrés y Burnout en la enseñanza*. Ediciones VIB Palma.
- Mata, C. y Vázquez, Y. (2010). *Desgaste ocupacional y características demográficas en médicos y enfermeras de hospitales públicos*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1981). The measurement of experienced Burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1982). Burnout in health professions: A social psychological analysis. En Sanders, G y Suls, J. (Eds.) *Social psychology of health and illness*. Hillsdale, LEA.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1986). MBI: *Maslach Burnout Inventory. Manual Research Edition*. Palo Alto: University of California, Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W., y Leiter, P. (2001). Job Burnout. *Annual Reviews*

Psychol, 52, 397-422.

Miguel-Tobal, J., Casado, M., Cano-Vindel, A., y Spielberger, C. (1997). El estudio de la ira en los trastornos cardiovasculares mediante el empleo del inventario de expresión de ira estado rasgo-staxi. *Ansiedad y Estrés*, 3, 5-20.

Morales, J. (2002). Prevalencia de consumo riesgoso y dañino de alcohol en derechohabientes del Instituto del Seguro Social. Disponible en: www.insp.mx/salud/index.html

Muchinski, P. (2000). *Psicología Aplicada al Trabajo*. México: Thomson.

Ogden, J. (2003). *Psicología de la Alimentación*. Madrid: Morata.

Palau-Bondíal, J., Reparaz-Abaitual, F., Elcarte-López, R., Iñigo-Martínez, J., Ferreiro-Mazón, H., Aldaz-Izurzu, Y., y Villa-Elizagal, I. (1997). Distribución de las variables lipídicas en adolescentes fumadores. *Anales Españoles de Pediatría*, 46, 245-251.

Rodríguez, M. y Rosa, Z. (1998). *Elementos de nutrición humana*. San José: EUNED.

Rosales, Y. y Rosales, F. (2013). Burnout estudiantil universitario. Conceptualización y estudio. *Salud Mental*, 36(4): 337-345.

Rubio, J. C. (2003). *Fuentes de estrés, Síndrome de Burnout y actitudes disfuncionales en orientadores de institutos de enseñanza secundaria*. (Tesis inédita de doctorado). Universidad de Extremadura, España.

Sampieri, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.

Schaufeli, W., Leiter, M., Maslach, C., y Jackson, S. (1996). MBI-General Survey. En Maslach, C. y Jackson, S. y Leiter, M. (Eds.), *Maslach Burnout Inventory manual* (3a. ed.). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.

SETRAVI, (2013). Historia del transporte en la Ciudad de México. Cinco siglos de transporte en la Ciudad de México. Disponible en: http://www.semovi.df.gob.mx/wb/stv/cinco_siglos_de_transporte_en_la_ciudad_de_mexico_.html

Williamson, F. (2000). *Developing measures of fatigue using a alcohol comparison to validate the effects of fatigue on performance*. New York.

Worchel, S. (2001). *Psicología, fundamentos y aplicaciones*. México: Prentice Hall.

Anexos.

CUESTIONARIO DE MASLACH

Por favor lea cuidadosamente el siguiente cuestionario y conteste las preguntas acerca de cómo se siente lo más honestamente posible. Qué tan seguido:

| | |
|------------------------------|---------------------------|
| 0 Nunca | 4 Una vez a la semana |
| 1 Pocas veces al año o menos | 5 Pocas veces a la semana |
| 2 Una vez al mes o menos | 6 Todos los días |
| 3 Pocas veces al mes | |

Qué tan seguido

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

CUESTIONARIO GENERAL

Instrucciones: Lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste marcando una X en el espacio adecuado o bien, anotando a un lado la respuesta, según sea el caso.

1. Edad cumplida en años _____
2. Estado civil. Casado _____ Viudo _____ Divorciado _____ Unión libre _____ Soltero _____
3. ¿Tiene hijos? Ninguno _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____
4. ¿Padece usted alguna enfermedad? sí _____ (pase a la pregunta 5) no _____ (pase a la pregunta 19)
5. ¿Padece diabetes o “del azúcar”? sí _____ no _____
 6. ¿Está controlada por un médico? sí _____ no _____
7. ¿Padece hipertensión o “de la presión”? sí _____ no _____
 8. ¿Está controlada por un médico? sí _____ no _____
9. ¿Padece gastritis? sí _____ no _____
 10. ¿Está controlada por un médico? sí _____ no _____
11. ¿Padece colitis? sí _____ no _____
 12. ¿Está controlada por un médico? sí _____ no _____
13. ¿Padece Colesterol “alto”? sí _____ no _____
 14. ¿Está controlado por un médico? sí _____ no _____
15. ¿Padece alguna enfermedad relacionada con los riñones? sí _____ no _____
 16. ¿Está controlada por un médico? sí _____ no _____
17. ¿Padece alguna otra enfermedad? Sí (por favor especifique cuáles enfermedades _____) no _____
 18. ¿Está controlada por un médico? sí _____ no _____
19. Escolaridad: Primaria () Secundaria () Preparatoria () Licenciatura () Posgrado () Carrera técnica ()
() Sin estudios
20. Años y/o meses trabajando como operario de taxi _____
21. ¿Cuántas horas trabaja al día? _____
22. ¿Cuánto tiempo de descanso tiene en su jornada? _____
23. ¿cuántas horas duerme? _____
24. ¿Hace ejercicio? Sí ___ No ___ (pase a la pregunta 26)

25. ¿con qué frecuencia?

Entre 1 y 3 días de la semana

Entre 4 y 6 días de la semana

Todos los días

26. ¿Es usted propietario de su unidad o la trabaja para alguien más? _____

27. ¿Fuma? Sí___ No___ (pase a la pregunta 29)

28. ¿Cuántos cigarros por día? _____

29. ¿Consume alcohol o alguna otra sustancia? Sí (por favor especifique cuáles) _____

No___ (pase a la pregunta 31)

30. ¿Con qué frecuencia?

1 vez al mes

2 veces al mes

3 veces al mes

4 veces al mes

5 veces al mes o más

31. ¿Cuántas comidas hace al día? _____

32. ¿Considera que su alimentación es adecuada? Sí___ No___

33. ¿qué tipo de alimentos consume con mayor frecuencia?

Elaborados en casa _____

Elaborados en la calle o comida rápida _____

34. ¿Qué tipo de bebidas consume con mayor frecuencia durante el día?

Agua simple

Agua de sabor y/o jugos (ya sea naturales o envasados)

Refrescos o bebidas gasificadas

Café y/o té

Bebidas energizantes

GRACIAS POR SU VALIOSA COLABORACIÓN

Mapa de distribución de las diferentes zonas en las que se aplicó el MBI.

