



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE
MEXICO Y MUNICIPIOS**

**UNIDAD ACADÉMICA
CENTRO MÉDICO ISSEMyM ECATEPEC**

**CLIMA ORGANIZACIONAL Y SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE SEIS
UNIDADES MÉDICAS DEL ISSEMYM**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

BRENDA PALMERO AGUILAR

**DR. MIGUEL ÁNGEL HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ
ASESOR DE TESIS**

ECATEPEC DE MORELOS, ESTADO DE MÉXICO 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

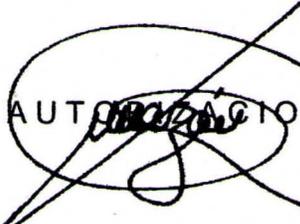
**CLIMA ORGANIZACIONAL Y SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE SEIS
UNIDADES MÉDICAS DEL ISSEMYM**

**TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. BRENDA PALMERO AGUILAR

AUTORIZACIONES:



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

ECATEPEC DE MORELOS, ESTADO DE MÉXICO 2017

**CLIMA ORGANIZACIONAL Y SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE SEIS
UNIDADES MÉDICAS DEL ISSEMYM**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. BRENDA PALMERO AGUILAR

AUTORIZACIONES



DR. GUILLERMO VICTAL VAZQUEZ
DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DEL
ISSEMyM



ING. JOANNA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DEL
ISSEMyM



DRA. ASELA MARÍA DEL CARMEN LUNA EMBARCADERO
DIRECTORA DEL CENTRO MÉDICO ISSEMYM ECATEPEC



DR. JAIME TORAL LÓPEZ
ENCARGADO DE LA UNIDAD DE
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
CENTRO MÉDICO ISSEMYM ECATEPEC

ECATEPEC DE MORELOS, ESTADO DE MÉXICO 2017

**CLIMA ORGANIZACIONAL Y SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE SEIS
UNIDADES MÉDICAS DEL ISSEMYM**

**TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. BRENDA PALMERO AGUILAR

AUTORIZACIONES



DR. RICARDO LOZANO MARTÍNEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR EN
CENTRO MÉDICO ECATEPEC



DR. MIGUEL ÁNGEL HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ
ASESOR DE TESIS
PROFESOR DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

ECATEPEC DE MORELOS, ESTADO DE MÉXICO 2017



INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y MUNICIPIOS
CENTRO MEDICO ISSEMYM ECATEPEC
COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN

Estando reunidos en la Sala de Juntas de la Jefatura de Enseñanza del Hospital, los integrantes de la Comisión Evaluadora, Dr. Jaime Toral López, Dr. Alberto Velázquez Díaz, Dr. Carlos Hermida Escobedo, Dr. Dante Rivera Zetina, Dr. Cuauhtémoc Peláez Águila, Dr. Miguel Ángel Jiménez López, Lic en Enf. Mónica González Correa, Lic. en Admon. Carlos Hugo Camacho Gómez, Q.F.B. Ilda Cecilia Almanza Fuentes en reunión extraordinaria el día 04 de Diciembre del año dos mil diecisiete y ante la presentación de la Tesis de la C. Médico Residente **Brenda Palmero Aguilar** de la Especialidad de Medicina Familiar, cuyo título es: "**Clima organizacional y síndrome de Burnout en personal de seis unidades médicas del ISSEMYM**", quién después de haber llevado a cabo las correcciones y observaciones emitidas por esta comisión, se ha decidido **APROBAR** la tesis final.

Se expide la presente acta en la ciudad de Ecatepec de Morelos, Estado de México, el cuatro de diciembre del año dos mil diecisiete.

DR. JAIME TORAL LÓPEZ
PRESIDENTE

DR. ALBERTO VELAZQUEZ DIAZ
SECRETARIO

DR. DANTE RIVERA ZETINA
VOCAL

DR. CARLOS HERMIDA ESCOBEDO
VOCAL

DR. CUAUHEMOC PELAEZ AGUILA
VOCAL

DR. MIGUEL ÁNGEL JIMÉNEZ LÓPEZ
VOCAL

ENF. MÓNICA GONZALEZ CORREA
VOCAL

Q.F.B. ILDA CECILIA ALMANZA FUENTES
VOCAL

LIC. CARLOS HUGO CAMACHO GOMEZ

AGRADECIMIENTOS

A todos aquellos que confiaron en mí; principalmente mis padres, hermana, amigos y maestros que me han enseñado tanto.

“ En este lugar perdemos demasiado tiempo mirando hacia atrás. Camina hacia el futuro, abriendo nuevas puertas y probando cosas nuevas, se curioso... porque nuestra curiosidad siempre nos conduce por nuevos caminos. ”

ÍNDICE

1	Marco teórico	1
1.1	Introducción	1
1.2	Clima organizacional	5
1.3	Escala Multidimensional de Clima Organizacional (EMCO)	9
1.4	Síndrome de Burnout	13
1.4.1	Manifestaciones clínicas	16
1.4.2	Diagnóstico.....	17
1.4.3	Tratamiento y prevención	18
2	Planteamiento del Problema	20
3	Justificación.....	21
4	Objetivo General.....	25
5	Objetivos específicos.....	25
6	Metodología	26
6.1	Tipo de estudio.....	26
6.2	Población, lugar y tiempo	26
6.3	Tipo y tamaño de la muestra	27
6.4	Criterios de inclusión	27
6.5	Criterios de exclusión.....	27
6.6	Criterios de eliminación	27
6.7	Información a recolectar (variables)	27
6.8	Método o procedimiento para captar la información	31
7	Consideraciones éticas	32
8	Resultados	34
8.1	Resultados descriptivos de la Escala Multidimensional de Clima Organizacional	36
8.2	Resultados descriptivos del Maslach Burnout Inventory.....	37
8.3	Resultados descriptivos de la correlación entre EMCO y MBI	44
9	Gráficas y Tablas.....	45
10	Discusión.....	62
11	Conclusiones.....	66
12	Propuestas.....	65
13	Referencias bibliográficas	68

1 Marco teórico

1.1 Introducción

Los trabajadores constituyen la mitad de la población del mundo, siendo considerados los máximos contribuyentes al desarrollo económico y social. Su salud está condicionada tanto por los peligros en el lugar de trabajo como por factores sociales e individuales y por el acceso a los servicios de salud. ⁽¹⁾

Según Juárez (2007), las actuales condiciones laborales a nivel mundial generan una serie de problemas de salud crónicos, entre los que destacan las enfermedades metabólicas y cardiovasculares, lo cual representa un alto costo en la salud pública de los países industrializados. El mundo actual se desarrolla con largas jornadas de trabajo, que a su vez demandan exigencias emocionales, cognitivas, competencia hostil, condiciones injustas, desequilibrio trabajo-familia y recursos disponibles todas ellas derivadas de la incertidumbre. ⁽²⁾

Lo anterior aunado a la ocupación, la jerarquía, las condiciones de empleo incluidos el calor, ruido, polvo, productos químicos peligrosos, máquinas inseguras y el estrés psicosocial provocan enfermedades que incluso pueden agravar otros problemas de salud. Aquellos que trabajan bajo presión o en condiciones de empleo precarias son propensos a fumar más, realizar menos actividad física y tener una dieta poco saludable. ⁽³⁾

Los problemas a nivel psicosocial y emergente suelen ser los relacionados con el estrés, tal es el caso del desgaste ocupacional (*burnout*), la violencia en el trabajo (*moobing*), la disfunción en el trabajo (presentismo), la muerte súbita (*karoshi*), fatiga laboral, entre otros. ⁽²⁾

Las enfermedades no transmisibles relacionadas con el trabajo, así como las cardiopatías y la depresión provocadas por el estrés dan lugar a crecientes tasas de bajas laborales. En la mayoría de los países estos problemas ocasionan pérdidas que van del 4 al 6% del Producto Interno Bruto (PIB). Los servicios sanitarios básicos para

prevenir enfermedades ocupacionales relacionadas con el trabajo cuestan una media de entre US\$18 y US\$60 (paridad del poder adquisitivo) por trabajador.⁽³⁾

Si bien existen intervenciones eficaces para evitar estos peligros protegiendo y promoviendo la salud en el lugar de trabajo, también es sabido que se registran grandes diferencias dentro de los países entre ellas lo relativo al estado de salud de los trabajadores y su exposición a riesgos laborales.⁽¹⁾

En muchas comunidades, cuando el proveedor se enferma, la familia padece las consecuencias de la falta de protección social por lo que se ha observado que existen intervenciones eficaces para prevenir las enfermedades ocupacionales, estas incluyen por ejemplo, el aislamiento de las fuentes de contaminación, la ventilación, el control del ruido, la sustitución de productos químicos peligrosos, el mejoramiento del mobiliario y la organización.⁽³⁾

La mayoría de los trabajadores pasan una tercera parte de su tiempo en el lugar de trabajo por lo que las buenas condiciones del mismo pueden proporcionar, protección contra riesgos físicos o psicosociales, posición social, oportunidades de desarrollo personal, mejora de las relaciones sociales y autoestima de los empleados produciendo efectos positivos para la salud.⁽³⁾

La salud de los trabajadores es un requisito previo esencial para los ingresos familiares, la productividad y el desarrollo económico. Por consiguiente, el restablecimiento y el mantenimiento de la capacidad de trabajo es una función importante en los servicios de salud.⁽³⁾

Derivado de lo anterior y teniendo en cuenta los pertinentes convenios internacionales se formularon marcos normativos nacionales destinados a proteger la salud de los trabajadores entre ellos la evaluación y la gestión de los riesgos sanitarios en el lugar de trabajo mediante la definición de intervenciones esenciales para prevenir, controlar los riesgos mecánicos, físicos, químicos y psicosociales en el entorno laboral, así como la capacitación e introducción de prácticas laborales adecuadas, en conjunto con medidas de organización sanas promocionando una cultura de salud que incluya

fomentar una dieta sana, realizar actividad física, promover la salud mental y de la familia en el trabajo.⁽¹⁾

Acorde con Juárez (2007) temas como factores psicosociales, organizacionales, estrés, salud mental, bienestar psicológico y calidad de vida de los trabajadores, deben generar estudios diagnósticos para su detección, vigilancia e intervención a nivel individual, organizacional y social para desarrollar ambientes saludables logrando que los trabajadores desarrollen bienestar, salud y seguridad. Es por ello que la Asociación de Psicología Americana (APA) en conjunto con el Instituto Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional (NIOSH) propusieron un nuevo campo de la psicología de la salud la “psicología de la salud ocupacional”, misma cuya definición dada por la Academia Europea de Psicología de la Salud Ocupacional constituye el estudio de los aspectos psicológicos, sociológicos y organizacionales de la dinámica de la relación entre el trabajo y la salud (Juárez 2007).⁽²⁾

No obstante el reconocimiento que se ha hecho a este campo de las ciencias del comportamiento, se considera necesario hacer estudios científicos al respecto así como legislar sobre factores psicosociales (FP) en el trabajo, ya que como lo señalan Martínez-Hernández (2005) los FP se evidencian como complejos y novedosos siendo resultado de una sociedad y economía globalizadas, lo cual se ve reflejado en desregulación laboral, desempleo, subempleo, flexibilización de los procesos de trabajo y en consecuencia la degradación de las condiciones laborales, entre otros fenómenos.⁽²⁾

Las organizaciones, y en particular las organizaciones de salud, tienen un dinamismo propio, las características de una organización de salud, tales como su estructura y el proceso organizacional, interactúan con la personalidad de los trabajadores de la salud, para favorecer un ambiente de trabajo armónico y satisfactorio. Es así, como el clima organizacional, puede desencadenar percepciones distintas entre los miembros de una organización de salud.⁽⁴⁾

El concepto de clima organizacional es una idea que parte, de que los hombres viven en ambientes complejos y dinámicos, dado que las organizaciones están

compuestas por personas y a su vez estas forman grupos y colectividades las cuales generan comportamientos variados y que afectan ese ambiente.⁽⁴⁾

Las organizaciones son consideradas como grupos internamente estructurados, que se sitúan dentro de complejas redes de relaciones inter grupales con diferencias de poder y prestigio donde el comportamiento de un trabajador no es resultante de los factores organizacionales existentes, sino que se origina de las percepciones que tenga el trabajador de estos factores; sin embargo, estas percepciones dependen de buena medida de las actividades, interacciones y otra serie de experiencias que cada miembro tenga con la organización. La investigación del clima organizacional se considera de gran importancia para cualquier organización, sea esta pública o privada, ya que se vincula con la satisfacción de los trabajadores y su desempeño.^(5,6)

Las variables personales y organizacionales han jugado un papel relevante en la aparición del síndrome de burnout, de ahí la importancia de realizar investigaciones asociando ambas variables.^(5,6)

El Síndrome de Burnout es un síndrome clínico descrito por el psiquiatra Hebert Freudenberger en 1974, quien observó síntomas como disminución progresiva de la energía, fatiga, desmotivación hacia el trabajo, ansiedad y depresión, distanciamiento y tendencia a culpar a los pacientes de sus problemas.^(5,6)

Cristina Maslach encontró datos similares en empleados de profesiones relacionadas con la ayuda a personas esta autora refiere tres dimensiones básicas a evaluar en el síndrome de burnout; agotamiento emocional, despersonalización o deshumanización y falta de realización personal.⁽⁷⁾

Etiológicamente el síndrome de Burnout ha sido explicado a partir de tres teorías:

La teoría sociocognitiva del yo, es decir, cómo el trabajador percibe el clima y la carga de trabajo

La teoría del intercambio social o de relaciones interpersonales, donde existe una percepción de inequidad y

La teoría organizacional en la cual se responsabiliza del problema a la falta de salud organizacional y estructural.

En cualquiera de estas teorías los resultados demuestran un inadecuado afrontamiento de las exigencias psicológicas del trabajo.⁽⁸⁾

La presencia de elevados niveles de Burnout está relacionada con profesionales de servicios humanos como lo demuestran diversos estudios, este síndrome se asocia con accidentes de trabajo y ausentismo laboral. Son múltiples las causas que parecen desencadenar el Burnout, entre ellas se mencionan, problemas de conducta de la población atendida, cambios frecuentes del personal, falta de reconocimiento social, escasez de recursos, salarios bajos y turnos largos de labores.⁽⁸⁾

Los cambios en los procesos y condiciones de trabajo, producen cierto nivel de estrés por lo que es de suma importancia la eficacia psicológica del trabajador para afrontar dichas situaciones, por lo que analizar la presencia del Síndrome de Burnout y su relación con el clima organizacional representa una enorme oportunidad de identificar y dar solución a los factores que desencadenan la aparición de este problema.⁽⁸⁾

De acuerdo con lo antes expuesto desde mediados del siglo XX se viene desarrollando la investigación y el estudio del clima organizacional (concepto que surge en 1930). En tiempos recientes esta ha sido activa y diversa constituyendo una variable que impacta en el comportamiento de los trabajadores siendo valuada tanto por empresas como dependencias gubernamentales para la obtención de certificaciones.⁽²⁾

Clima organizacional

El trabajo realizado por Elton Mayo entre los años de 1927 a 1939, en las fábricas Hawthorne pertenecientes a la compañía Western Electric, posiblemente sea considerado el primer aporte en la historia del clima organizacional. ⁽⁹⁾Puesto que los experimentos llevados a cabo en dichas fábricas ponen de manifiesto la importancia de las relaciones humanas y otras variables de percepción, tales como las condiciones de trabajo, los sentimientos de los empleados, el sentido de pertenencia y los intereses colectivos, como factores determinantes de la productividad/satisfacción de los empleados. ⁽¹⁰⁾

Posteriormente surgen investigaciones de otros autores que tratan de profundizar en el concepto dentro de las organizaciones. Ejemplo de ello son los trabajos realizados por Lewin, Lippitt y White (1939) introducen el término de clima como vínculo entre la persona y el ambiente; la obra de Argyris (1958), donde se hace especial énfasis en las relaciones interpersonales como determinantes principales del clima organizacional; la investigación de Likert (1961), la cual afirma que un clima de apoyo genera un mejor rendimiento de las personas; y por último, las aportaciones de Litwin y Stringer (1968), que manifiestan la influencia del contexto y la estructura institucional sobre el ambiente de trabajo.^(10,11,12,13,14)

Según lo señalan Woodman y King (1978), las primeras definiciones que obtuvieron mayor aceptación son las siguientes: ⁽¹⁵⁾

El clima organizacional es un conjunto de características percibidas por los trabajadores que describen a una organización y la distinguen de otras, su estabilidad es relativa en el tiempo e influye en el comportamiento de las personas en la organización. ⁽¹⁶⁾

Es el resultado de un conjunto de interpretaciones que realizan los miembros de una organización, que impactan en sus actitudes y motivación. Es por ello que el clima organizacional es una característica con una cierta estabilidad de la calidad del ambiente interno de una organización, la cual es experimentada por sus miembros, influye en su comportamiento y puede ser descrita en términos de valores de un particular conjunto de características o atributos de la organización. ⁽¹⁷⁾

Es un conjunto de atributos específicos que pueden ser inducidos de la forma en que la organización acuerda con sus miembros. Para los individuos, el clima organizacional forma un conjunto de atributos y expectativas las cuales describen a la organización en términos de características resultados del comportamiento y contingencias. ⁽¹⁸⁾

Se refiere a las descripciones individuales del marco social o contextual de la organización de la cual forman parte los trabajadores, corresponde a las percepciones compartidas de aspectos tales como políticas, prácticas y procedimientos organizacionales formales e informales.⁽¹⁹⁾

Estos autores, hacen referencia a la presencia de tres etapas en la evolución del concepto:

Introducción-conceptualización. El clima organizacional surge en 1930, sin embargo, en la década de los sesenta se realizan las primeras definiciones y comienza el desarrollo de instrumentos de medición.

Evolución-desarrollo del constructo. Existe un auge en las investigaciones y estudios en torno al mismo ya que se realizaron las primeras revisiones críticas al concepto, se desarrollaron revisiones sistemáticas a la literatura realizándose además la delimitación conceptual entre este y otras variables como la satisfacción laboral.

Consolidación-acuerdo. Esta etapa se desarrolla en el decenio de los ochentas. Las investigaciones comienzan a generarse en torno a la búsqueda de variables asociadas al clima organizacional. Tal como lo señalan De Cotiis-Koys (1981), existe un aparente consenso entre los investigadores para definirlo como un fenómeno multidimensional y descriptivo de la naturaleza de las experiencias individuales dentro de una organización con respecto a sus fortalezas internas y externas, sus miembros, sus características, entre otras. ^(2,20)

García (2006) de manera atinada hace una clasificación de las definiciones de clima organizacional al considerar tres perspectivas: ⁽²¹⁾

Perspectiva estructural: engloba las definiciones en las cuales es visto como una característica de la organización, de forma independiente a las percepciones de sus miembros. Si se considera esta perspectiva puede decirse que son un conjunto de características que describen a una organización, las cuales distinguen a una de otra, tienen una estabilidad relativa en el tiempo e influyen en la conducta de los trabajadores. ⁽²²⁾

Perspectiva individual; se define a partir de las percepciones de los trabajadores acerca del entorno para asignar significados que hacen una realidad más comprensible. Es decir, está conformado entonces, por los significados percibidos que los individuos atribuyen a las características particulares del contexto de trabajo. ⁽²³⁾

Perspectiva interaccionista. Es el resultado de la interacción entre las características de la organización y las de los trabajadores, tal como lo perciben es decir es el conjunto de interacciones sociales que permiten a los trabajadores tener una comprensión del significado del contexto del trabajo. ⁽¹⁹⁾ El clima organizacional tiene un efecto en el comportamiento de los trabajadores dentro de la organización, por lo que esta actúa como un determinante del comportamiento en un sentido interactivo, más que como un determinante directo del comportamiento.⁽¹⁵⁾

En las investigaciones realizadas se identifica que este constructo ha sido considerado como variable moderadora e interviniente y sobre todo como variable dependiente o independiente. ⁽²⁴⁾

El clima organizacional se ha asociado en forma significativa con diferentes variables, en particular es posible mencionar dos grupos:

VARIABLES REFERENTES A LA CONDUCTA Y EL COMPORTAMIENTO ORGANIZACIONAL. En este grupo han sido asociadas de manera significativa variables tales como el *bullying*, compromiso organizacional, cultura de individualismo-colectivismo, desempeño laboral, estrés laboral, habilidades directivas, inteligencia emocional, involucramiento en el trabajo, liderazgo ético, estilos de liderazgo, locus de control, motivadores extrínsecos y fuerzas socio-psicológicas, personalidad, salud ocupacional, satisfacción laboral, síndrome de *burnout*, tamaño de los grupos de trabajo, valores del líder, intención de abandono del empleo y el hostigamiento sexual entre otros.

VARIABLES RELATIVAS A LA ADMINISTRACIÓN COORDINACIÓN DE RECURSOS HUMANOS Y AL DESEMPEÑO ORGANIZACIONAL. Aquí el clima organizacional se ha asociado a la administración de recursos humanos y la productividad, la seguridad en el trabajo, la ausencia de enfermedades en los trabajadores, la cultura de la calidad, las prácticas de administración de la calidad, la administración del conocimiento, la certificación de normas ISO, el aprendizaje y transferencia de conocimientos en la capacitación, la eficiencia laboral, el desempeño organizacional, la orientación emprendedora, la rotación laboral, la tasa de retención y satisfacción del cliente.

⁽²⁵⁾

Es importante señalar que no solo el ambiente físico puede generar crecientes demandas tanto en la salud como en el desempeño de quienes trabajan en un ambiente determinado ⁽²⁶⁾, pues hoy en día las sociedades contemporáneas en búsqueda de un mayor crecimiento económico y de una mejor calidad de vida, plantean para las organizaciones, el trabajo y el trabajador una serie de exigencias que, en conjunto, pueden generar la presencia de múltiples enfermedades ocupacionales las cuales afectan la calidad de vida de los profesionales en su totalidad. ⁽²⁾

Para comprender lo que ocurre en el ámbito laboral y las enfermedades ocupacionales, tales como el síndrome de *burnout*, es necesario entender la influencia e incidencia de los factores psicosociales en el trabajo, al ser las interacciones que de manera inevitable se dan entre éste, su ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones organizacionales, por una parte y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, que en conjunto tienen efectos en su rendimiento y su propia salud. ^(2, 27, 28)

Existen distintas definiciones de este concepto, pero la que ha demostrado mayor utilidad es la que utiliza como elemento fundamental las percepciones que el trabajador tiene de las estructuras y los procesos que se producen en un medio laboral. La importancia de este enfoque reside en que el comportamiento de un trabajador no es una resultante de los factores organizacionales, sino que depende en buena medida de las actividades, las interacciones y otra serie de experiencias que cada miembro tenga con la empresa. ⁽²⁹⁾

Escala Multidimensional de Clima Organizacional (EMCO)

En la revisión de la literatura efectuada se identificaron múltiples escalas de medición, mismas que se caracterizan por tener múltiples factores (de 2 hasta 35), en algunos casos estructurados y en otros no. Las escalas tienen un conjunto variable de reactivos (de 14 a 300). No obstante que existe amplia investigación empírica, son reducidas las escalas para medir el clima organizacional construidas

con una metodología que considere los aspectos socioculturales de los sujetos a los que se pretende medir el clima organizacional. ⁽³⁰⁾

En el presente trabajo se utilizó la versión corta de la Escala Multidimensional de Clima Organizacional (EMCO) de Gómez-Vicario (modificada por Patlán-Flores,2013) desarrollada en México mediante el uso de redes semánticas naturales, lo que la constituye en un instrumento de medición culturalmente sensible y relevante. ⁽³⁰⁾

Las siguientes razones lo hacen ser un instrumento adecuado para evaluar el clima organizacional:

Considera un enfoque integral (sistema individual, sistema interpersonal y sistema organizacional).

Se ha aplicado en población mexicana.

Se han reportado niveles de confiabilidad (Alpha de Cronbach), superiores a 0.7.

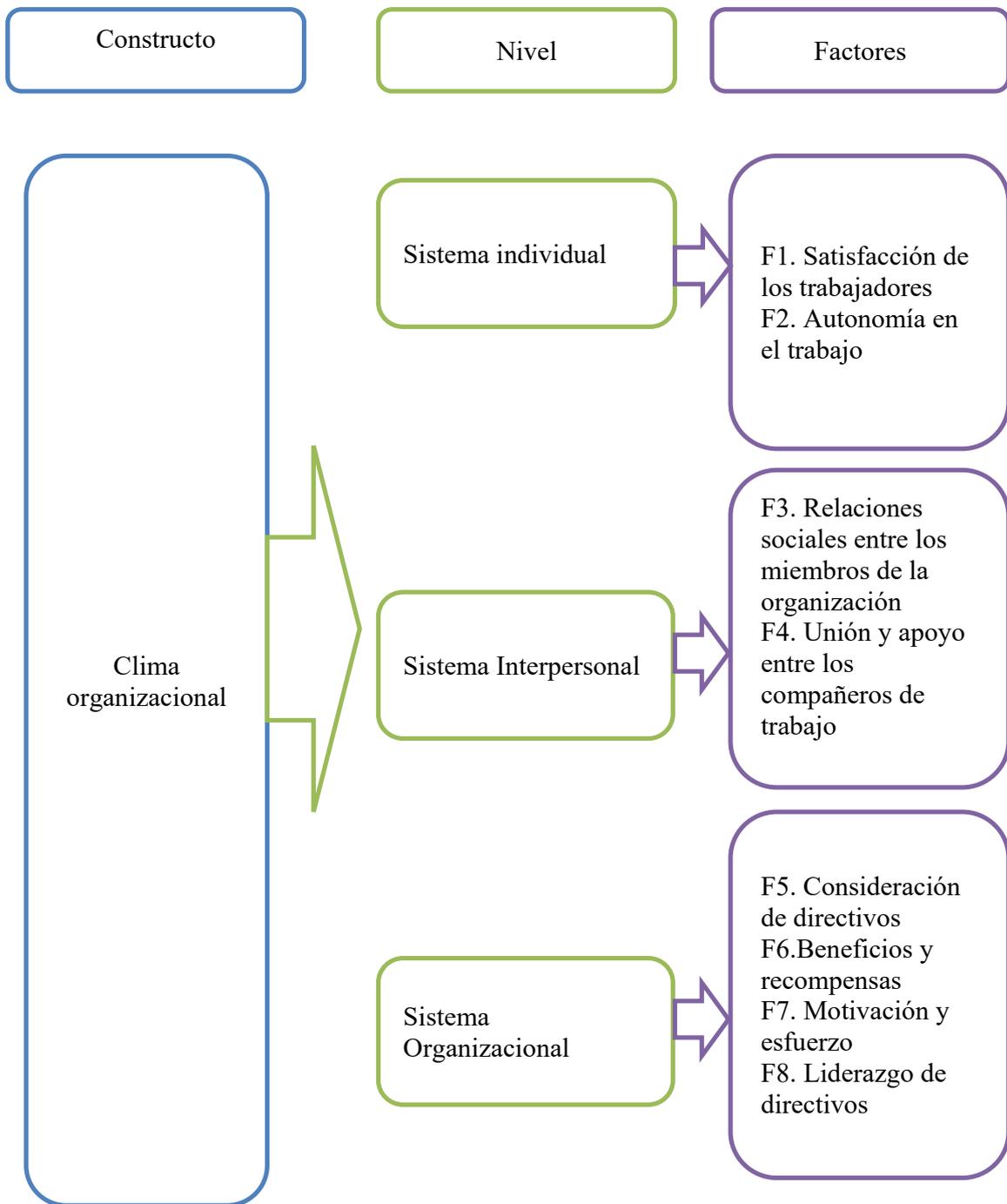
Se ha probado su validez de constructo mediante análisis factorial exploratorio y análisis de ecuaciones estructurales en una muestra del sector salud.

Se ha aplicado en diversos tipos de instituciones (salud, universidades y telecomunicaciones)

La brevedad en el instrumento. ⁽³¹⁾

La EMCO se integra de ocho factores en tres niveles, tal como se muestra en la Figura 1. La definición de cada factor de la EMCO se presenta en la Tabla 1. La escala de respuesta utilizada fue de tipo Likert con siete opciones de respuesta: 0= nunca, 1= algunas veces al año, 2= una vez al mes o menos, 3= algunas veces al mes, 4= una vez a la semana, 5=algunas veces a la semana y 6=diariamente. La confiabilidad de la escala a nivel global es con un Alpha de Cronbach de 0,925; esto significa nivel adecuado de confiabilidad de la escala. ⁽³¹⁾

Figura 1. Factores de la EMCO



.Fuente: Patlán y Flores, 2013

Tabla 1. Definición conceptual de los factores de la EMCO

Clima Organizacional	Factores de Clima Organizacional	Definición
Sistema Individual	F1. Satisfacción de los trabajadores	Grado en que los trabajadores perciben que son reconocidos por su trabajo y si estos se sienten satisfechos con el logro de las metas y objetivos en el trabajo, como resultado de un ambiente agradable y de satisfacción para el trabajo.
	F2. Autonomía en el trabajo	Grado en que los trabajadores perciben sentirse independientes en su trabajo y tienen la libertad de elegir y decidir la forma más conveniente de realizar sus actividades en el trabajo.
Sistema Interpersonal	F3. Relaciones sociales entre los miembros de la organización	Grado en que los trabajadores perciben el trabajo con sus compañeros bajo una atmósfera de amistad y camaradería y en el cual existe una buena comunicación para realizar el trabajo en equipo.
	F4. Unión y apoyo entre los compañeros del trabajo	Grado de comunicación, compromiso e integración que existe entre los miembros de la organización. Así como la percepción que tienen los trabajadores de recibir apoyo y ayuda de sus compañeros, favoreciendo el sentimiento de trabajo en equipo.
Sistema Organizacional	F5. Consideración de directivos	Grado en que los trabajadores perciben que su superior otorga apoyo a los trabajadores, se dirige y comunica con respeto y amabilidad con sus subordinados y les brinda el trato más humano posible.
	F6. Beneficios y recompensas	Grado en que los trabajadores perciben que la organización busca retribuir el trabajo por medio de estímulos y recompensas tales como incremento de salarios, vacaciones, incentivos, bonos y demás premios que hacen sentir satisfecho al trabajador, así como obtener reconocimiento por la

		calidad de su trabajo realizado.
	F7. Motivación y esfuerzo	Grado en que los trabajadores son alentados por la organización y las condiciones que hacen que los trabajadores trabajen intensamente. Estos aspectos se reflejan en que el trabajador se siente responsable de realizar su trabajo, se siente comprometido con su trabajo y se preocupa por la calidad de sus actividades, por lo cual busca esforzarse dentro de su trabajo.
	F8. Liderazgo de directivos	Grado en que los trabajadores perciben un manejo inteligente, responsable y alentador por parte de sus superiores, en cómo la capacidad de toma de decisiones y el don de mando influye en el desarrollo de las actividades de los trabajadores.

Fuente: Patlán y Flores 2013

La EMCO se basa en las percepciones de los trabajadores respecto a factores que toman en cuenta tres niveles de análisis (individual, interpersonal y organizacional) lo que permite considerar no solo factores individuales, sino también factores de la esfera interpersonal y del ámbito organizacional, lo que la constituye en un instrumento de medición más robusto para medir y evaluar el clima organizacional. La EMCO es una escala con validez de constructo y con adecuados niveles de confiabilidad, cuyas propiedades psicométricas garantizan que la medición del clima organizacional sea objetiva, válida y confiable. Un análisis de varianza menor al percentil 25 nos indica un clima organizacional desfavorable y mayor al percentil 75, favorable. ⁽³⁰⁾

1.2 Síndrome de Burnout

El concepto de burnout (Del inglés: *to burn*: quemarse, *burnout*: haberse quemado) más conocido como el síndrome de burnout (SB), fue descrito por primera vez en Estados Unidos por el psicólogo norteamericano Herbert J. Freudenberger en 1974; este término se conoce como fatiga laboral o desgaste profesional. ⁽³²⁾

Inicialmente, Freudenberger lo describe como “una sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador”, para referir el estado físico y mental de los voluntarios que laboraban en una institución de salud. Este psicólogo clínico se interesó por identificar las respuestas ante el estrés de los voluntarios de la institución de salud, quienes experimentaban agotamiento físico relacionado más que con la labor asistencial, con los problemas de los demás. ⁽³²⁾

Los voluntarios de esta institución de salud trabajaban directamente con los pacientes toxicómanos y aquellos que llevaban más tiempo en el puesto de trabajo comenzaban a mostrar falta de energía y, a consecuencia de ello, manifestaciones de desmotivación y agotamiento en su labor. Dichos síntomas los denominó “*desgaste del personal*” y los conceptualizó como una sensación de agotamiento y pérdida de interés por la actividad laboral surgida de las profesiones que mantienen contacto diario con las personas. ⁽³²⁾

Alcanzó mayor difusión a partir de los trabajos de Christina Maslach quien, en 1976, dio a conocer este síndrome en el Congreso Anual de la Asociación Estadounidense de psicología. Maslach refería que el SB era un problema cada vez más frecuente entre los trabajadores de servicios de salud que, después de meses o años de trabajo éstos terminaban desgastándose, concepto que fue popularizado por Ginsburg. Al inicio la evaluación se dirigió al desgaste físico y psicológico de los trabajadores voluntarios en las organizaciones de ayuda como: clínicas gratuitas, comunas terapéuticas, refugios para mujeres y centros de intervención en crisis, sin mencionar explícitamente el agotamiento. ⁽³³⁾

En la década de 1970 y 1980 Farber describió a las víctimas del burnout como las personas que establecían objetivos inalcanzables o eran idealistas. ⁽³³⁾

Por otro lado, se ha conceptualiza afirmando que trae graves consecuencias al bienestar psicológico del personal, afecta la moral y las funciones administrativas desempeñadas por los sujetos en la organización. ⁽³²⁾

Más adelante desde una perspectiva psicosocial se ha definido como el síndrome como el conjunto de respuestas crecientes, formado por sentimientos de agotamiento emocional, actitudes negativas hacia los receptores del servicio y una tendencia a evaluarse a sí mismo de manera negativa, lo cual está relacionado con sentimientos de insatisfacción con el puesto de trabajo. Desde esta misma perspectiva el síndrome esta conceptualizado a partir de tres dimensiones fundamentales:

1. Agotamiento emocional. Situación en la que los trabajadores perciben que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo debido al agotamiento de la energía o de los recursos emocionales propios. Se percibe como una experiencia de estar agotados de manera emocional debido al contacto “diario” y mantenido, con, personas a las que hay que atender como objeto de trabajo (pacientes, presos, clientes, alumnos).⁽³⁴⁾
2. Despersonalización. Es el desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo, quienes son vistas por los profesionales de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo, lo que conlleva, a que se les culpen de sus problemas (por ejemplo, el cliente es un sujeto detestable, al paciente le estaría bien merecida su enfermedad, al igual que al preso su condena).⁽³⁴⁾
3. Falta de realización profesional. Se caracteriza por una dolorosa desilusión y fracaso en dar sentido personal al trabajo; se experimentan sentimientos de fracaso personal (falta de competencia, de esfuerzo y conocimientos), ausencia de expectativas y horizontes en el trabajo y una insatisfacción generalizada.⁽²⁾

Maslach y Leiter (1997) proponen una re-conceptualización del SB como una “crisis general” en la relación de la persona con su trabajo.⁽³⁵⁾

En la actualidad, autores como Maslach, Schaufeli y Leiter (2001), Camacho, Juárez y Arias (2010), y Martínez (2010), han logrado definir el SB como un cansancio emocional que trae una pérdida de motivación que puede evolucionar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso en el ámbito laboral y profesional, y esta es una de las definiciones más aceptadas por los investigadores.^(32, 23)

Gil Monte y Peiró (1999), desde una teoría organizacional proponen que la estructura, la cultura y el clima organizacional son variables importantes para el SB.⁽³⁶⁾

De este modo, el síndrome de burnout es una respuesta al estrés laboral crónico que aparece cuando fallan las estrategias de afrontamiento que de forma habitual emplea el individuo para manejar los estresores laborales y tiene su origen en la relación interpersonal de carácter profesional que se establece entre los clientes de la organización y los profesionales; de forma que, si permanece a lo largo del tiempo, tendrá consecuencias nocivas para el individuo en forma de enfermedad o falta de salud con alteraciones psicosomáticas (alteraciones cardiorespiratorias, jaquecas, gastritis, úlceras, dificultad para dormir, mareos, vértigos, entre otras); y para la organización (deterioro del rendimiento, de la calidad asistencial o del servicio prestado, ausentismo, rotación no deseada, abandono del trabajo).⁽²⁾

1.2.1 Manifestaciones clínicas

Los síntomas de burnout son muy complejos, después de todo, el síndrome se ha descrito en alrededor de 60 profesiones y grupos poblacionales. Lo que puede observarse de manera subjetiva es lo siguiente:

1. Psiquiátricas. Deterioro progresivo y encubierto de la persona, como depresión y ansiedad crónicas, trastornos del carácter, suicidio, disfunciones familiares graves (violencia) y adicciones (incluida la adicción al trabajo).
2. Somáticas. Cuadro de estrés con expresiones variadas de tipo muscular, endócrino, nervioso, circulatorio y otros cuadros psicosomáticos.
3. Organizacionales. Deterioro en las relaciones laborales que provoca distintos tipos de efectos, como el empobrecimiento del desarrollo profesional, rivalidad, individualismo, fallas operativas reiteradas, desmotivación e inconformismo.⁽³³⁾

En la actividad profesional el médico puede tener las siguientes conductas:

1. Ausencia de compromiso emocional: la pérdida de contacto relacional puede manifestarse en un trato distante, mal manejo de la información y falta de respuesta a las emociones del otro.
2. Disociación instrumental extrema: se expresa en conductas automáticas y rígidas, como: comunicación unidireccional, exceso de solicitudes de estudios, uso excesivo del lenguaje técnico intervenciones innecesarias.
3. Embotamiento y negociación: la falta de conciencia del propio estado de agotamiento e irritación constantes se manifiesta en conductas interpersonales oposicionistas, actitudes descalificadoras, intervenciones hipercríticas y carencia de registro de autocrítica.
4. Impulsividad: la persona pasa a la acción a través de conductas reactivas de enojo, confrontaciones reiteradas con colegas, pacientes y maltrato al personal paramédico.
5. Desmotivación: se asocia con la pérdida de autorrealización y baja autoestima, que puede traducirse en falta de sostén de los tratamientos, falta de iniciativa y constancia en las tareas de equipo, ausencias, impuntualidad y poca participación o no inclusión en proyectos. ⁽³³⁾

1.2.2 Diagnóstico

Existe una serie de instrumentos que sirven para evaluar el SB; sin embargo, la prueba utilizada con más frecuencia y que está estandarizada es el Maslach Burnout Inventory (MBI). ⁽³³⁾

Fue elaborado en 1981 por Christina Maslach, de la Universidad de Berkeley California, psicóloga experta en burnout, originalmente estaba conformado por 25 ítems relativos a sentimientos y pensamientos relacionados con el ámbito de trabajo y el desempeño habitual en éste; distribuidos en cuatro escalas denominadas: agotamiento emocional, despersonalización, realización personal en el trabajo e implicación con el trabajo. Contaba con dos formas para valorarlos, por la intensidad y por la frecuencia al contestar cada una de las 25 preguntas. Desde 1986 sólo se valora por su frecuencia por que los puntos de posibles respuestas están claramente definidos y es una gamma similar a la presentada en otros instrumentos

autoadministrados. Se estableció definitivamente en 22 ítems, pero solo con las tres primeras escalas: agotamiento emocional (AE), despersonalización o cinismo (D) y realización personal en el trabajo (RP).⁽³⁷⁾

Actualmente existen tres versiones de este cuestionario:

- MBI-HSS (MBI-Human Services Survey): Es el cuestionario dirigido especialmente a los profesionales de la salud. Porque al principio el MBI se destinaba sólo a trabajadores/as dedicados/as a trabajos de contacto con personas (educación, sanidad, asistentes sociales...).
- MBI-GS (MBI-General Survey): Es la técnica genérica para medir el burnout de cualquier tipo de trabajo, incluidos los profesionales que no trabajan con “personas”, sino con objetos, como por ejemplo el burnout de operarios de producción de una industria.
- MBI-SS (MBI-Student Survey): Sigue la tendencia de ampliar el burnout, en este caso a estudiantes universitarios.⁽³⁷⁾

De acuerdo a la literatura consultada se considera la presencia de síndrome de burnout cuando se tienen puntaje alto en AE y D y bajo en RP.⁽³⁷⁾ Ver tabla 2.

Tabla 2. Síndrome de burnout, sub escalas, número de ítems y clasificación⁽³³⁾

	Agotamiento Emocional (AE)	Despersonalización (D)	Realización personal (RP)
Número de ítems	9	5	8
Clasificación			
Grado Bajo	< 19	<6	>40
Grado Medio	19-27	06-sep	34-39
Grado Alto	>27	>9	< 33

1.2.3 Tratamiento y prevención

Los enfoques para el tratamiento del síndrome de burnout deben guiarse por la

gravedad del síndrome. Si es leve, las medidas pueden ser el cambio de hábitos de vida. De acuerdo con Hillert y Marwitz, el tratamiento debe concentrarse en tres factores: alivio del estrés, recuperación mediante relajación y práctica de algún deporte y vuelta a la realidad (esto en términos de abandono de las ideas de perfección).⁽³³⁾

Si la manifestación del síndrome de burnout es grave, las intervenciones psicoterapéuticas recomendadas son los antidepresivos, de preferencia en combinación con la psicoterapia. Para reducción de los efectos de la tensión y prevención del síndrome de burnout se han planteado diferentes estrategias, producto de factores personales y ambientales laborales, algunas de ellas serían las siguientes basadas en los hallazgos de los cuestionarios administrados: a) reconocimiento de burnout, b) comunicación, c) relajación, y d) estrategias de afrontamiento.⁽³³⁾

2 Planteamiento del Problema

La continua afluencia de pacientes en las instituciones de salud pública derivan en una alta carga de trabajo para el personal adscrito a las mismas, lo anterior aunado a la presión que ejercen tanto los derechohabientes como el personal administrativo hacia el personal de salud, a los que se les solicita con frecuencia llenado de formatos, alcance de metas, otorgar consulta médica en tiempos cortos, etc. y a la percepción que se tiene del clima organizacional, condiciona un estado de estrés que en muchas ocasiones se vuelve crónico, mismo que se ve reflejado en el quehacer diario del personal quienes muestran falta de interés hacia y dentro del trabajo, cometiendo frecuentes errores administrativos, brindando atención despersonalizada, emitiendo diagnósticos erróneos, solicitando estudios innecesarios, entre otros; y que repercute de forma directa en el desgaste de los recursos (incluido el humano), exponiendo a la organización a pérdidas económicas.

A pesar de su reconocimiento como un factor de riesgo laboral por parte de la OMS y su corriente diagnóstico por parte de médicos y profesionales de la salud mental, el síndrome de burnout (SB) no se describe en la Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10), ni en el Manual de la Asociación Estadounidense de Psicología (DSM-V).

Es por ello que es necesario estudiar el clima organizacional y el síndrome de Burnout en una institución de salud tan importante en el Estado de México, como lo es el ISSEMyM para proponer estrategias que den seguimiento a los casos que existan, así como prevenir el surgimiento de nuevos afectados por este, recordando que un buen ambiente de trabajo donde cada trabajador se sienta satisfecho garantizará una mejora en la atención del derechohabiente y ahorrará recursos a la institución.

Derivado de lo anterior es primordial plantearse la siguiente interrogante:

¿Cuál es la relación del clima organizacional y la existencia o no de burnout en el personal de seis Unidades médicas del ISSEMYM del 24 de noviembre de 2016 al 9 de agosto de 2017

3 Justificación

El Síndrome de Burnout (SB) se describió hace varios años en distintas profesiones; sin embargo, se ha observado que tiene mayor repercusión en el área médica. ⁽³³⁾

Se conocen cifras del SB en profesionales de la salud que van desde 31% hasta 42.2%, en médicos de atención primaria del 12% al 41.6%.⁽³⁸⁾ Su prevalencia en médicos generales y especialistas es de 30 a 69%.⁽³³⁾ En un estudio en personal sanitario de Argentina, México, Ecuador, Perú, Colombia, Uruguay, Guatemala y España se determinó que el 36.3 % tenía la percepción de “estar quemado en el trabajo”.⁽³⁸⁾

Diversos estudios en Iberoamérica han demostrado la presencia del SB entre personal médico y paramédico, tanto en estudiantes en formación, como los que ya cuentan con licenciatura e incluso postgrado. ⁽³⁸⁾

En México, se observó una prevalencia de 41.8%, siendo la dimensión Agotamiento Emocional (AE), la más vulnerable en ambos sexos. Se ha visto que en nuestro país existe alta asociación del SB con la profesión de enfermería encontrando una prevalencia de 6.8%.⁽³⁸⁾

Los profesionales de la salud están en mayor riesgo de experimentar comportamientos relacionados con el SB, por que la práctica médica está sometida a un elevado nivel de tensión, autodemandas excesivas, dependencia, depresión, frustración, fatiga, abuso de sustancias ilícitas o alcohol. ⁽³³⁾

Los factores de riesgo en el personal sanitario están ligados con el ambiente psicosocial del trabajo (sobrecarga, presión de tiempo, insatisfacción laboral, etc.). ⁽³⁸⁾ Diversos autores señalan que estudiar el ambiente de trabajo representa áreas de oportunidad para el crecimiento y desarrollo de las instituciones médicas, ya que al analizar esta variable se obtiene información útil para la mejora continua en las condiciones laborales y los estándares de calidad en salud.⁽³²⁾ Lo anterior resulta de suma importancia en el sector público, debido a que el impacto de este factor incidiría

de manera importante sobre los resultados obtenidos en el desarrollo humano y profesional de los empleados gubernamentales, al ser estos el soporte de las acciones emprendidas por los gobiernos federales y estatales, esto repercute directamente en el servicio adecuado a los ciudadanos. Por lo tanto estudiar el clima organizacional constituye actualmente una de las herramientas estratégicas que contribuyen al mejoramiento continuo de la organización, puesto que a través de su análisis se logran identificar elementos clave que permiten elevar la calidad de vida laboral de los trabajadores, y con ello la calidad de los servicios médicos que se otorgan a la población, esto debido a la influencia que este fenómeno tiene sobre la motivación y el desempeño de los empleados, lo cual trae consigo consecuencias notables en la productividad, satisfacción, compromiso y calidad del trabajo.⁽¹⁰⁾

La Organización Mundial de la Salud y Organización Internacional del Trabajo, han insistido en la adopción de nuevos enfoques en materia de prevención de riesgos profesionales, especialmente psicosociales, donde la sobrecarga laboral, conduce a un nuevo proceso relacionado con la salud mental, llamado SB denominado también: “quemarse en el trabajo”, “síndrome de estrés asistencial”, “estar quemado profesionalmente”, entre otras.⁽⁷⁾ Este síndrome se asocia con sufrimiento subjetivo, problemas de salud y disminución del rendimiento o logro en el trabajo. En los últimos años se ha observado un marcado incremento en la prescripción de antidepresivos y en el ausentismo laboral relacionados con el desgaste mental. El SB es un problema de salud pública que va en aumento y que no sólo repercute en la salud de estos profesionales sino también en la calidad asistencial, deteriorando la relación médico-paciente y suponiendo un alto coste, tanto social como económico. Estos fenómenos representan los efectos del burnout a nivel individual, social y laboral, lo que alerta en la urgencia del diagnóstico temprano y oportuno de esta entidad para evitar sus consecuencias y, de esta manera, favorecer la implantación de una política de salud pública debido a su impacto social.⁽³³⁾

Estudios recientes ponen de manifiesto la alta prevalencia de este síndrome en personal de la salud por lo que la investigación de este tema en las diferentes áreas sigue siendo necesaria para establecer los criterios por los que podría diagnosticarse y definir el tipo de intervención y prevención que debe realizarse.⁽³³⁾

La detección y evaluación del SB resulta prioritaria para mantener el buen funcionamiento de un sistema de salud así como para garantizar que ofrezca calidad en el servicio debido a que esto impacta de manera significativa en la atención que reciben los derechohabientes, se ha demostrado que los médicos con niveles altos de burnout reportan más errores en el tratamiento de sus pacientes con respecto a los que hacen los médicos sin desgaste.⁽³³⁾ La falta de salud mental del personal puede repercutir además de su desempeño en las relaciones interpersonales con sus compañeros, así como, con los directivos. Se ha observado que la probabilidad estimada de desarrollar una enfermedad cardiovascular en los próximos 10 años es 65% mayor en el grupo de médicos con SB en comparación con médicos que no lo presentan. ⁽³⁹⁾ Por estas razones es importante valorar desde el punto de vista científico el estado de este fenómeno con aproximaciones analíticas profundas, estimaciones estadísticas objetivas y reglas metodológicas claras. ⁽⁴⁰⁾

La detección del personal que presenta SB y el conocimiento de las condiciones que lo propician pueden otorgar herramientas necesarias para gestionar estrategias que propicien un ambiente laboral óptimo mismo que se puede ver reflejado en la prevención de enfermedades derivadas de este, así como en la mejora de la atención brindada al paciente.⁽⁴⁰⁾

Al ser el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM) una institución de salud que cuenta actualmente con 112 unidades médicas: 4 hospitales de tercer nivel, 10 hospitales de segundo nivel, 90 de primer nivel y 8 unidades médicas periféricas.⁽⁴¹⁾ Y que dentro de la misión del ISSEMYM está establecido trabajar en un ambiente organizacional participativo y de trabajo en equipo, que permita el desarrollo personal y profesional de sus trabajadores, es factible la realización de la presente investigación para detectar la presencia del síndrome en el personal de salud adscrito a la institución.

Por otro lado desde el punto de vista metodológico el presente estudio utiliza instrumentos de evaluación plenamente validados tanto en el ámbito nacional como internacional cuyas cualidades psicométricas han sido demostrados ampliamente y pueden ser replicados de manera eficiente en futuras investigaciones.

La necesidad de realizar el presente estudio, como se mencionó anteriormente es conocer la percepción del clima organizacional que tiene el personal de salud de seis unidades médicas del ISSEMYM, así como diagnosticar o no el síndrome de burnout para poder proponer estrategias que apoyen la prevención de éste.

4 Objetivo General

Relacionar clima organizacional y la existencia o no de burnout en el personal de salud de seis Unidades médicas del ISSEMYM del 24de noviembre de 2016 al 9 de agosto de 2017.

5 Objetivos específicos

De los encuestados:

1. Clasificar por sexo, edad, estado civil, nivel de escolaridad, antigüedad en el trabajo actual.
2. Determinar la categoría laboral, tipo de plaza y turno.
3. Evaluar la percepción que tiene del clima organizacional.
4. Diagnosticar la presencia o no de burnout.
5. Relacionar la percepción del clima organizacional con la existencia o no de burnout.

6 Metodología

6.1 Tipo de estudio

Descriptivo, observacional, de corte transversal, correlacional y cuantitativo.

6.2 Población, lugar y tiempo

Se realizó en personal que labora en seis unidades médicas pertenecientes a la región tres del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM), las cuales se localizan en la zona metropolitana del Valle de México, el instituto cuenta con un total de **4890** trabajadores de la salud en todas sus unidades.

Las unidades estudiadas se ubican en los municipios de:

- Coacalco de Berriozábal
- Ecatepec de Morelos
- San Martín de las Pirámides
- Tecámac

En donde se encontró que el personal se distribuye de la siguiente manera:

Centro Médico ISSEMyM Ecatepec	486
Clínica de Consulta Externa Coacalco	24
Clínica de Consulta Externa Ecatepec Sur	18
Clínica de Consulta Externa San Martín de las Pirámides	21
Consultorio Médico Tecámac	7
Hospital Regional Texcoco	123

Lo que hace un total de **679** trabajadores de la salud.

Las encuestas fueron aplicadas del 24 de noviembre 2016 al 09 de agosto 2017.

6.3 Tipo y tamaño de la muestra

No probabilística por conveniencia

6.4 Criterios de inclusión

1. Personal de salud que se encuentre laborando para el ISSEMYM
2. Que proporcione atención al derechohabiente
3. Que acepte participar en el estudio
4. Que firme el consentimiento informado

6.5 Criterios de exclusión

1. Personal administrativo
2. Estudiantes del área de salud en formación.
3. Personal de salud que se encuentre de vacaciones, permiso con goce o sin goce de sueldo, incapacidad, comisión o beca.

6.6 Criterios de eliminación

1. Cuestionarios incompletos
2. Cuestionarios indebidamente contestados

6.7 Información a recolectar (variables)

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Sexo	Se refiere a las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer.	Cualitativa nominal	1. Hombre 2. Mujer
Edad	Tiempo que ha vivido una persona, desde su nacimiento hasta el momento actual.	Cuantitativa continua	Años (Décadas) 1. 0-10 2. 11-20 3. 21-30 4. 31-40 5. 41-50 6. 51-60 7. 61-70
Estado Civil	Condición de una	Cualitativa	1. Soltero

	persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Determinando los derechos y obligaciones de las personas.	nominal.	<ol style="list-style-type: none"> 2. Comprometido 3. Unión libre 4. Casado 5. Divorciado 6. Viudo
Nivel de escolaridad	Se refiere al máximo grado de estudios aprobado por las personas en cualquier nivel del Sistema Educativo Nacional.	Cualitativa ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analfabeta (Sin instrucción) 2. Educación básica (preescolar, primaria y secundaria) 3.- Educación media superior (bachillerato, preparatoria o carrera técnica). 4. Educación superior (Licenciatura)
			<ol style="list-style-type: none"> 5. Posgrado (Especialidad, maestría y doctorado)
Antigüedad en el trabajo actual	Tiempo durante el cual una persona ha estado trabajando de manera ininterrumpida para la misma unidad económica en su trabajo principal, independientemente de los cambios de puesto o funciones que haya tenido dentro de la misma.	Cuantitativa continua	Años laborados (quinquenos) <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 a 5 2. 6 a 10 3. 11 a 15 4. 16 a 20 5. 21 a 25 6. 26 a 30 7. 31 a 35
Categoría laboral	Determina las labores de las que es responsable la persona trabajadora, así como el salario que percibe.	Cualitativa ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Camillero 2. Enfermera auxiliar 3. Técnico radiólogo 4. Enfermera general 5. Médico General 6. Nutriólogo

			<p>7. Odontólogo</p> <p>8. Psicólogo</p> <p>9. Enfermera especialista</p> <p>10. Médico especialista</p>
Tipo de plaza	Cargo, ocupación, puesto o empleo, que da estabilidad laboral y que depende del tipo de contrato y por el tiempo que se determine.	Cualitativa ordinal	<p>1. Suplente</p> <p>2. Base</p>
Turno	Parte del día en que la población ocupada realiza su actividad económica.	Cualitativa ordinal	<p>1. Diurno: la comprendida entre las seis y las veinte horas, la cual podrá ser matutina, aquella que se labora entre las seis y las dieciocho horas; y vespertina entre las doce y las veinte.</p> <p>2. Nocturno: la comprendida entre las veinte y las seis horas del día siguiente.</p> <p>3. Mixto: comprende periodos de tiempo de las jornadas diurna y nocturna, siempre que el periodo nocturno sea menor de tres horas y media.</p>

			<p>4. Especial: comprende sábados, domingos, días festivos y en su caso días de gracia, conforme al convenio sindical. Además todos aquellos horarios que de acuerdo a las necesidades del Instituto y naturaleza de las funciones, se establezcan para mejorar el cumplimiento de los objetivos institucionales.</p> <p>5. Rotación de turnos: para las personas que (debido a las necesidades de la unidad económica) no tienen un turno fijo para desarrollar su actividad, por lo cual periódicamente trabajan en un horario diferente.</p>
clima organizacional	Hace referencia a las descripciones individuales del marco social o contextual de la organización de la cual forman parte los trabajadores	Dependiente cuantitativa	<p>1. Sistema Individual</p> <ul style="list-style-type: none"> • <Percentil 25 desfavorable • >Percentil 75 favorable <p>2. Sistema interpersonal</p> <ul style="list-style-type: none"> • <Percentil 25 desfavorable • >Percentil 75 favorable <p>3. Sistema organizacional</p> <ul style="list-style-type: none"> • <Percentil 25 desfavorable • >Percentil 75 favorable
Síndrome de Burnout	cansancio emocional que trae una pérdida de motivación que puede evolucionar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso en el ámbito laboral y profesional	Dependiente cuantitativa	<p>1. Agotamiento Emocional (AE): grado bajo < 19 grado medio 19-27 grado alto >27</p> <p>2. Despersonalización (D): grado bajo <6</p>

			grado medio 6-9 grado alto >9 3.- Realización personal (RP): grado bajo >40 grado medio 34-39 grado alto <33
--	--	--	---

6.8 Método o procedimiento para captar la información

Se realizó el protocolo de estudio de acuerdo al tema de investigación, se utilizaron el cuestionario de Maslach burnout inventory (MBI) que consta de 22 ítems para diagnóstico de síndrome de burnout y la Escala Multidimensional de Clima Organizacional (EMCO) que consta de 32 ítems, para evaluar la percepción del mismo.

Se solicitaron los permisos necesarios a cada unidad, a través de un oficio dirigido a los jefes de enseñanza junto al consentimiento informado y la batería de cuestionarios psicológicos.

Una vez aceptada la solicitud por el jefe de enseñanza, se procedió a solicitar la colaboración del personal de salud, explicándoles los objetivos de la investigación y solicitando su autorización previo consentimiento informado por escrito. Más tarde se procedió a la recolección de los cuestionarios ya contestados. Se realizó el vaciado de los datos en el programa Excel 2016 de Microsoft, procediendo a realizar una relatoría de resultados, a los cuales se le aplicó estadística descriptiva y analítica con la finalidad de determinar la presencia o no de burnout y la percepción del clima organizacional en sus ocho factores. Además para examinar la relación existente entre las dimensiones de burnout y la percepción del clima organizacional, se utilizó la prueba de correlación de Pearson. Posteriormente se realiza la discusión, elaboración de conclusiones y propuestas de mejora al problema detectado.

7 Consideraciones éticas

La declaración de Helsinki, adoptada en la capital finlandesa por la Asamblea General de 1964 de la Asociación Médica Mundial (World Medical Association, WMA), es el documento internacional más importante de regulación de la investigación en seres humanos, en esta se incluyen principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos misma que incluye la investigación del material humano o de información identificables.

En el artículo 6 apartado B “Principios básicos” menciona que debe respetarse siempre el derecho a las personas a salvaguardar su integridad, debiendo adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física, mental y su personalidad. De igual manera el artículo 9 del mismo apartado contempla que en toda investigación en personas, cada posible participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios, posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Las personas deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación. Seguidamente el médico debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito. ⁽⁴²⁾

De acuerdo a la Ley General de Salud en su artículo 17, fracción I, expresa que una investigación sin riesgo es aquella en donde los estudios emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. ⁽⁴³⁾

Por lo tanto el presente trabajo se apega a la normatividad antes mencionada considerandose una investigación sin riesgo y para la cual se informó a cada uno de los participantes los beneficios en la realización de este estudio, respetando la libertad

individual y recabando su autorización en la participación del mismo mediante consentimiento informado por escrito.

8 Resultados

Se aplicaron 64 cuestionarios, de los cuales, dos fueron eliminados por estar incompletos. Quedando un total de 62 (100%) cuestionarios debidamente llenados. Encontrando los siguientes datos:

De acuerdo al sexo; 45 (72.6 %) son mujeres y 17 (27.4 %) son hombres. Ver figura 1.

En relación a la edad; el rango fue de 23 a 66 años, con una media de 39.5 y una moda de 33.

Respecto al estado civil, 34 (54.8%) son casados, 19 (30.6%) son solteros, 4 (6.5%) son divorciados , 3 (4.8% se encuentran en unión libre y 2 (3.2%) están comprometidos. Ver figura 2.

En lo relacionado con el nivel de escolaridad; 2 (3.2%) se encontraron con educación media superior (bachillerato, preparatoria o carrera técnica); 43 (69.4%) con educación superior (licenciatura) y 17 (27.4 %) con posgrado (especialidad, maestría y doctorado). Ver figura 3.

En cuanto a la antigüedad en el trabajo actual, se observó una media de 9.8 años con un mínimo de 1 año y un máximo de 35 años. Distribuyéndose por quinquenios de la siguiente manera: 26 (41.9%) tienen una antigüedad entre 1 y 5 años, 15 (24.2%) entre 6 y 10 años, 8 (12.9%) de 16 a 20 años, 6 (9.7%) de 21 a 25 años, 4(6.5%) entre 11 y 15 años, 2 (3.2%) de 26 a 30 años y 1 (1.6%) tiene entre 31 y 35 años. Ver figura 4.

En lo referente a la categoría laboral, el 29 (46.8%) corresponde a médico general, 14 (22.6%) médico especialista, 13 (21%) enfermera general, 3 (4.8%) odontólogo y 1 (1.6%) en las categorías camillero, técnico radiólogo y enfermera especialista. Ver figura 5.

Por tipo de plaza el 62.9 % son de base y 37.1% son suplentes. Ver figura 6.

De acuerdo al turno 41 (61.3%) desempeña sus actividades en el turno diurno y 21 (33.9%) pertenece a la rotación de turnos. Ver figura 7.

8.1 Resultados descriptivos de la Escala Multidimensional de Clima Organizacional

En lo referente a la satisfacción de los trabajadores (factor 1) y autonomía en el trabajo (factor 2) pertenecientes al sistema individual; se encontró que en el factor 1; 39 (62.9%) lo percibe desfavorable y 23 (37.1), favorable. Ver figura 8. Respecto al factor 2; 35 (56.5%) lo consideran desfavorable, 18 (29%), favorable y 9 (14.5%), ni favorable, ni desfavorable. Ver figura 9.

De acuerdo a los factores del sistema interpersonal se encontró que en las relaciones sociales entre los miembros de la organización (factor 3), 30 (48.4%) lo consideran favorable, 22 (35.5%) desfavorable y 10 (16.1%) ni favorable ni desfavorable. Ver figura 10.

En cuanto a la unión y apoyo entre los compañeros de trabajo (factor 4), 25 (40.3) no lo perciben ni desfavorable, ni favorable; 21 (33.9%) desfavorable y 16 (25.8%) favorable. Ver figura 11.

De acuerdo con los factores del sistema organizacional se encontró que en el factor 5 (consideración de directivos), 24 (38.7%) no lo perciben ni favorable ni desfavorable; 19 (30.6%) lo perciben desfavorable y 19 (30.6%) favorable. Ver figura 12.

En lo referente al factor 6 (beneficios y recompensas), 23 (37.1%), no lo percibe ni desfavorable ni favorable, 20 (32.3%) lo percibe desfavorable y 19 (30.6%), favorable. Ver figura 13.

Respecto al factor 7 (Motivación y esfuerzo), 36 (58.1%) lo perciben favorable, 18 (29%) desfavorable y 8 (12.9%) ni favorable ni desfavorable. Ver figura 14.

En lo relacionado al factor 8 (liderazgo de directivos); 27 (43.5%) lo perciben desfavorable, 25 (40.3%) favorable y 10 (16.1%) ni desfavorable ni favorable. Ver figura 15.

Respecto a las condiciones en el lugar de trabajo, 33 (53.2%) las perciben desfavorables, 20 (32.3%) favorables y 9 (14.5%) ni favorable ni desfavorable. Ver figura 16.

En lo relacionado con la percepción que se tiene del clima organizacional se encontró que 40 (64.5%) no lo consideran ni favorable ni desfavorable; 12 (19.4%) lo consideran desfavorable y 10 (16.1) lo consideran favorable. Ver figura 17.

8.2 Resultados descriptivos del Maslach Burnout Inventory

Al analizar individualmente las dimensiones del MBI se observaron los siguientes resultados:

En cuanto al agotamiento emocional (AE), 49(79 %) manifiesta un grado bajo, 8 (12.9%) los encontramos con grado alto y 5 (8.1) con grado medio. Ver figura 18.

En lo relacionado con la despersonalización 44 (71%) está en un grado bajo, 12 (19.4%) en grado medio y 6 (9.7 %) con un alto grado. Ver figura 19.

Respecto a la realización personal 23 (37.1%) se encontró con un grado bajo, 20 (32.3 %) con grado alto y 19 (30.6%) con un grado medio. Ver figura 20.

Clasificando cada una de las dimensiones por grados y de acuerdo a su relación que guardan con las variables sociodemográficas, encontramos lo siguiente:

Agotamiento emocional y sexo.

- Grado bajo: 34 (69.4%) mujeres y 15 (30.6%) hombres.
- Grado medio: 5 (100%) mujeres.
- Grado alto: 6 (75%) mujeres y 2 (25%) hombres. Ver figura 21.

Agotamiento emocional y edad.

- Grado bajo: 20 (40.8%) de la cuarta década, 16 (84.2%) de la quinta, 6 (12.2%) de la tercera, 4 (8.2 %) de la sexta y 3 (6.1%) de la séptima.
- Grado medio: 4 (80%) de la cuarta y 1 (20%) de la quinta.
- Grado alto: 5 (62.5%) de la cuarta, 2 (25%) de la quinta y 1 (12.5%) de la tercera.

Agotamiento emocional y estado civil.

- Grado bajo: 29 (59.2%) casados, 17 (34.7%) solteros, 2 (4.1%) divorciados y 1 (2%) en unión libre.
- Grado medio: 4 (80%) casados y 1 (20%) comprometido.
- Grado alto: 2 (25%) solteros, 2 (25%) unión libre y 2 (25%) divorciados, 1 (12.5%) comprometido y 1 (12.5%) casado.
-

Agotamiento emocional y nivel de escolaridad.

- Grado bajo: 33 (67.3%) de los que tienen educación superior y 2 (4.1%) con educación media superior.
- Grado medio: 5 (100%) con educación superior.
- Grado alto: 5 (62.5%) educación superior y 3 (37.5%) con posgrado.

Agotamiento emocional y antigüedad en el trabajo actual.

- Grado bajo: 18 (36.7%) con 1 a 5 años de antigüedad, 11 (22.4%) de 6 a 10; 8 (16.3%) de 16 a 20; 6 (12.2%) de 21 a 25; 3 (6.1%) de 11 a 15; 2 (4.1%) de 26 a 30 y 1 (2%) de 31 a 35.
- Grado medio: 3 (60%) de 1 a 5 y 2 (40%) de 6 a 10 años.
- Grado alto: 5 (62.5%) de 1 a 5 años, 2 (25%) de 6 a 10 años y 1 (12.5%) de 11 a 15 años.

Agotamiento emocional y categoría laboral.

- Grado bajo: 20 (40.8%) médicos generales, 12 (24.5%) enfermeras generales, 12 (24.5%) médicos especialistas, 2 (4.1%) odontólogos, 1 (2%) camillero, 1 (2%) técnico radiólogo y 1 (2%) enfermera especialista.
- Grado medio: 4 (80%) médicos generales y 1 (20%) enfermera general.
- Grado alto: 5 (62.5%) médicos generales, 2 (25%) médicos especialistas y 1 (12.5%) odontólogo.

Agotamiento emocional y tipo de plaza.

- Grado bajo: 35(71.4%) de base y 14 (28.6%) suplentes.
- Grado medio: 4 (80%) suplentes y 1 (20%) de base.
- Grado alto: 5 (62.5%) suplentes y 3 (37.5%) de base.

Agotamiento emocional y turno.

- Grado bajo: 37 (75.5%) del diurno y 12 (24.5%) del personal de rotación de turnos.
- Grado medio: 4 (80%) de la rotación de turnos y 1 (20%) del diurno.
- Grado alto: 5 (62.5%) del personal de rotación y 3 (37.5%) del diurno.

Despersonalización y sexo.

- Grado bajo: 33 (75%) mujeres y 11 (25%) hombres.
- Grado medio: 8 (66.7%) mujeres y 4 (33.3%) hombres.
- Grado alto: 4 (66.7%) mujeres y 2 (33.3%) hombres. Ver figura 22.

Despersonalización y edad.

- Grado bajo: 19 (43.2%) de los sujetos de la cuarta década, 14 (31.8%) de la quinta, 5 (11,4%) de la tercera, 3 (6.8%) de la sexta y 3 (6.8%) de la séptima.
- Grado medio: 6 (50%) de la cuarta, 3 (25%) de la quinta, 2 (16.7%) de la tercera y 1 (8.3%) de la sexta.
- Grado alto: 4 (66.7%) de los de la cuarta década y 2 (33.3%) de la quinta.

Despersonalización y estado civil.

- Grado bajo: 28 (63.6%) casados, 14 (31.8%) solteros y 2 (4.5%) divorciados.
- Grado medio: 6 (50%) casados, 5 (42.7 %) solteros y 1 (8.3%) en unión libre.
- Grado alto: 2 (33.3%) comprometidos, 2 (33.3%) en unión libre y 2 (33.3%) divorciados.

Despersonalización y nivel de escolaridad.

- Grado bajo: 30 (68.2%) con educación superior, 13 (29.5%) con posgrado y 1 (2.3%) con educación media.
- Grado medio: 10 (83.3%) de los de educación superior, 1 (8.3%) con educación media superior y 1 (8.3%) con posgrado.
- Grado alto: 3 (50%) con educación superior y 3 (50%) con posgrado.

Despersonalización y antigüedad en el trabajo actual.

- Grado bajo: 15 (34.1%) de los que tienen de 1 a 5 años, 11 (25%) con 6 a 10 años, 7 (15.9%) con 16 a 20, 4 (9.1%) con 11 a 15 años, 4 (9.1%) con 21 a 25 años; 2 (4.5%) con 26 a 30 años y 1 (2.3%) entre 31 y 35 años.
- Grado medio: 7 (58.3%) con 1 a 5 años, 2 (16.7%) con 6 a 10 años, 2 (16.7%) con 31 a 35 años y 1 (8.3%) con 16 a 20 años.

- Grado alto: 4 (66.7%) con 1 a 5 años y 2 (33.3%) con 6 a 10 años.

Despersonalización y categoría laboral.

- Grado bajo: 16 (36.4%) médicos generales, 12 (27.3%) enfermeras generales, 11 (25%) médicos especialistas, 3 (6.8%) odontólogos, 1 (2.3%) técnico radiólogo y 1 (2.3%) enfermera especialista.
- Grado medio: 9 (75%) médicos generales, 1 (8.3%) camillero, 1 (8.3%) enfermera general y 1 (8.3%) médico especialista.
- Grado alto: 4 (66.7%) médicos generales y 2 (33.3%) médicos especialistas.

Despersonalización y tipo de plaza.

- Grado bajo: 30 (68.2%) de base y 14 (31.8%) suplentes.
- Grado medio: 6 (50%) suplentes y 6 (50%) de base.
- Grado alto: 3 (50%) suplentes y 3 (50%) de base.

Despersonalización y turno.

- Grado bajo: 31 (70.5%) del diurno y 13 (29.5%) de la rotación de turnos.
- Grado medio: 7 (58.3%) del diurno y 5 (41.7%) de la rotación.
- Grado alto: 3 (50%) del diurno y 3 (50%) de la rotación.

Realización personal y sexo.

- Grado alto: 15 (75%) mujeres y 5 (25%) hombres.
- Grado medio: 15 (78.9%) mujeres y 4 (21.1%) hombres.
- Grado bajo: 15 (65.2%) mujeres y 8 (34.8%) hombres. Ver figura 23.

Realización personal y edad.

- Grado alto: 12 (60%) de la cuarta década, 3 (15%) de la tercera, 3 (15%) de la quinta y 2 (10%) de la sexta década.
- Grado medio: 8 (42.1%) de la quinta, 7 (36.8%) de la cuarta, 2 (10.5 %) de la tercera, 1 (5.3%) de la sexta y 1 (5.3%) de la séptima.
- Grado bajo: 10 (43.5%) de la cuarta, 8 (34.8%) de la quinta, 2 (8.7%) tanto de la tercera como de la séptima y 1 (4.3%) de la sexta. Ver figura 24.

Realización personal y estado civil.

- Grado alto: 7 (35%) solteros, 7 (35%) casados, 2 (10%) comprometidos, 2 (10%) en unión libre y 2 (10%) divorciados.
- Grado medio: 9 (47.4%) casados, 8 (42.1) solteros, 1 (5.3%) en unión libre y 1 (5.3%) divorciado.
- Grado bajo: 18 (78.3%) casados, 4 (17.4%) solteros y 1 (4.3%) divorciado. Ver figura 25.

Realización personal y nivel de escolaridad.

- Grado alto: 13 (65%) con educación superior, 6 (30 %) con posgrado y 1 (5%) con educación media superior.
- Grado medio: 16 (84.2%) con educación superior y 3 (15.8%) con posgrado.
- Grado bajo: 14 (69.9%) con educación superior, 8 (34.8%) con posgrado y 1 (4.3%) con educación media superior. Ver figura 26.

Realización personal y antigüedad en el trabajo actual.

- Grado alto: 10 (50%) con antigüedad de 1 a 5 años, 7 (35%) con 6 a 10 años, 2 (10%) con 11 a 15 años y 1 (5%) con 21 a 25 años.

- Grado medio: 7 (36.8%) con 1 a 5 años, 4 (21.1%) con 16 a 20 años, 3 (15.8%) con 6 a 10 años, 2 (10.5%) con 11 a 15, 2 (10.5%) con 21 a 25 años y 1 (5.3%) con 26 a 30.
- Grado bajo: 9 (39.1%) con 1 a 5 años, 5 (21.7%) con 6 a 10 años , 4 (17.4%) con 16 a 20, 3 (13%) con 21 a 25, 1 (4.3%) con 26 a 30 y 1 (4.3%) con 31 a 35 años. Ver figura 27.

Realización personal y categoría laboral.

- Grado alto: 11 (55%) médicos generales, 5 (25%) médicos especialistas, 3 (15%) enfermeras generales y 1 (5%) camillero.
- Grado medio: 9 (47.4%) médicos generales, 5 (26.3%) enfermeras generales, 3 (15.8%) médicos especialistas y 2 (10.5%) odontólogos.
- Grado bajo: 9 (39.1 %) médicos generales, 6 (26.1%) médicos especialistas, 5 (21.7%) enfermeras generales, 1 (4.3%) técnico radiólogo, 1 (4.3%) odontólogo y 1 (4.3%) enfermera especialista. Ver figura 28.

Realización personal y tipo de plaza.

- Grado alto: 10 (50%) del personal suplente y 10 (50%) de base.
- Grado medio:12 (63.2%) de base y 7 (36.8%) suplentes.
- Grado bajo: 17 (73.9%) de base y 6 (26.1%) suplentes. Ver figura 29.

Realización personal y turno.

- Grado alto: 10 (50%) del turno diurno y 10 (50%) de la rotación de turnos.
- Grado medio:13 (68.4%) del diurno y 6 (31.6%) de la rotación.
- Grado bajo:18 (78.3%) del diurno y 5 (21.7%) de la rotación de turnos.Ver figura 30.
-

8.3 Resultados descriptivos de la correlación entre EMCO y MBI

Para determinar la relación estadística significativa entre las dimensiones del Maslach Burnout Inventory (MBI) y los factores del Escala Multidimensional del Clima Organizacional (EMCO) se utilizó el análisis de correlación de Pearson.

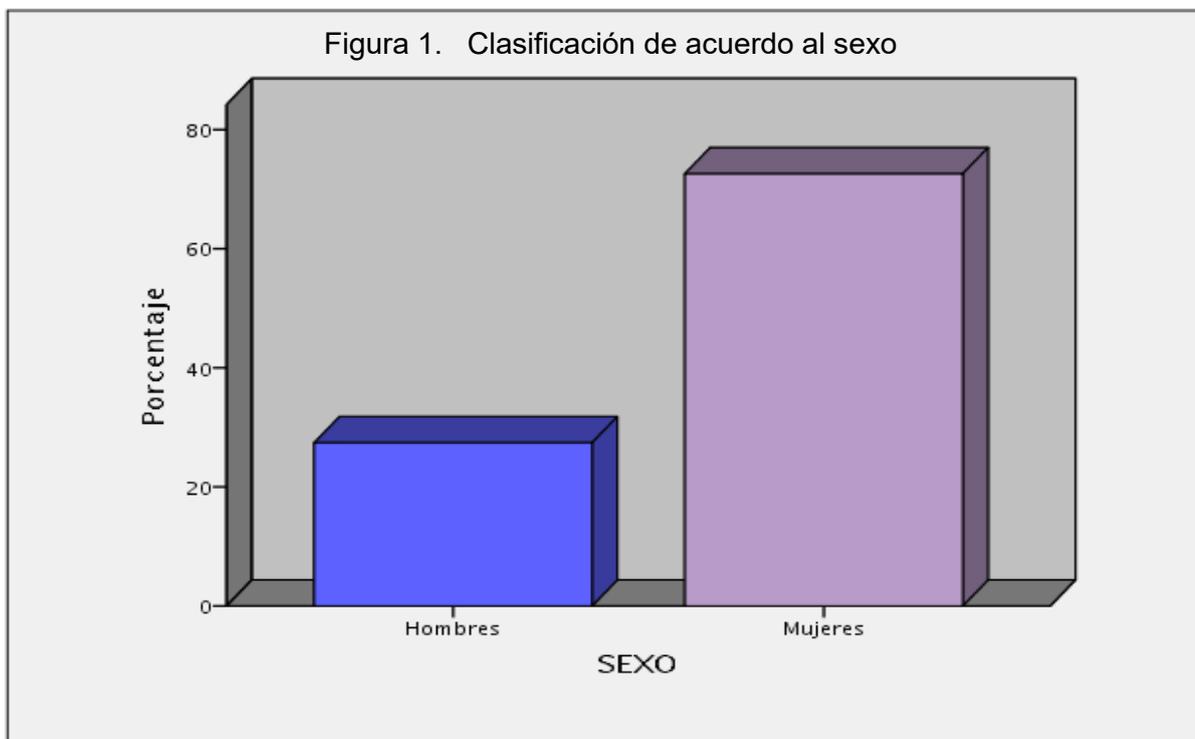
Los resultados indican la presencia de diferencias estadísticamente significativas entre los ocho factores de la EMCO y las tres dimensiones de burnout. Ver tabla 1.

Las correlaciones más altas se identifican entre la unión y apoyo de los compañeros de trabajo (F4) y agotamiento emocional (-0,566; $p \leq 0,01$), y entre F4 y realización personal (0,554; $p \geq 0,01$).

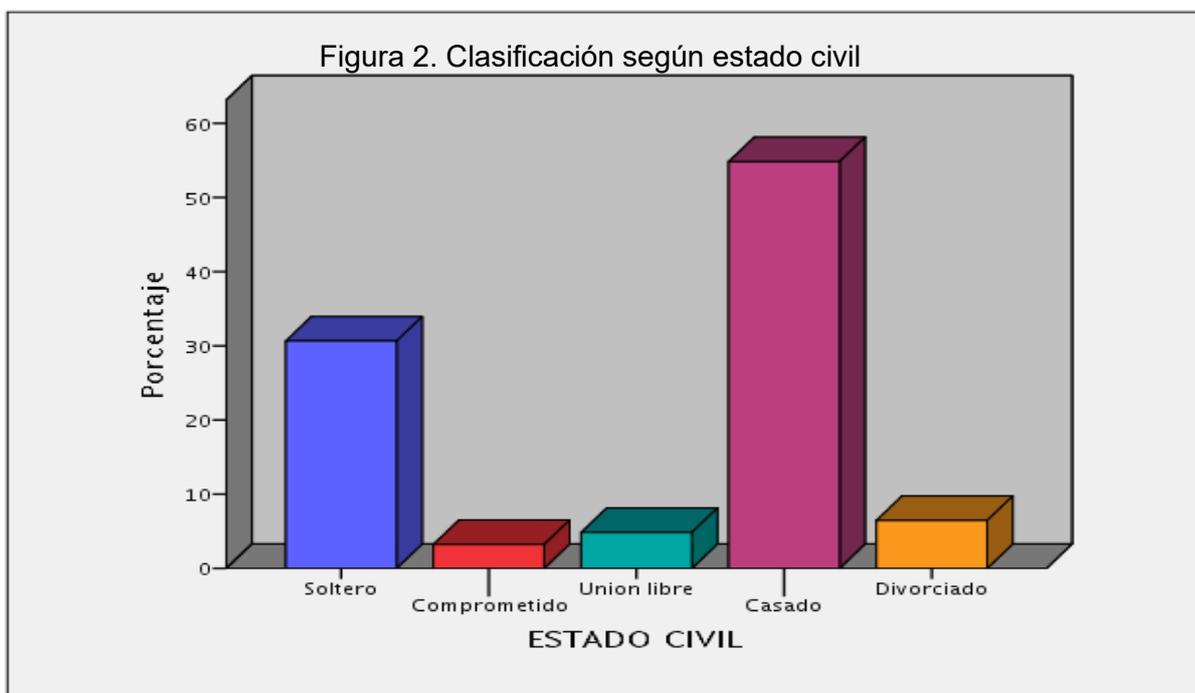
Al mismo tiempo se observaron correlaciones significativas entre el agotamiento emocional(AE) -despersonalización (0, 597; $p \geq 0,01$); AE-realización personal (-0,364; $p \geq 0,01$) y despersonalización con realización personal (-0,389; $p \geq 0,01$). Ver tabla 2.

Estas correlaciones explican la forma en que se afecta una variable con respecto a otra; si la correlación es negativa incide de manera negativa y viceversa, lo anterior se traduce en que a menor agotamiento emocional menor despersonalización, a mayor agotamiento emocional menor realización personal y a mayor despersonalización, menor realización personal.

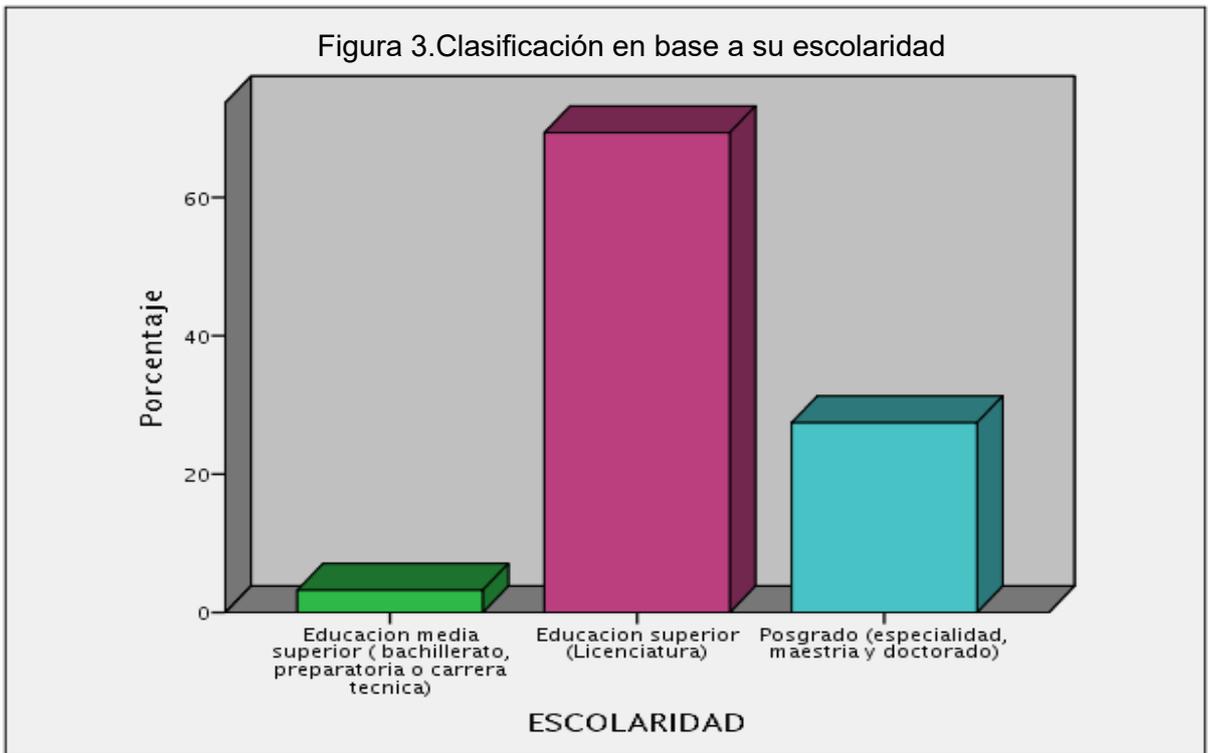
9 Gráficas y Tablas



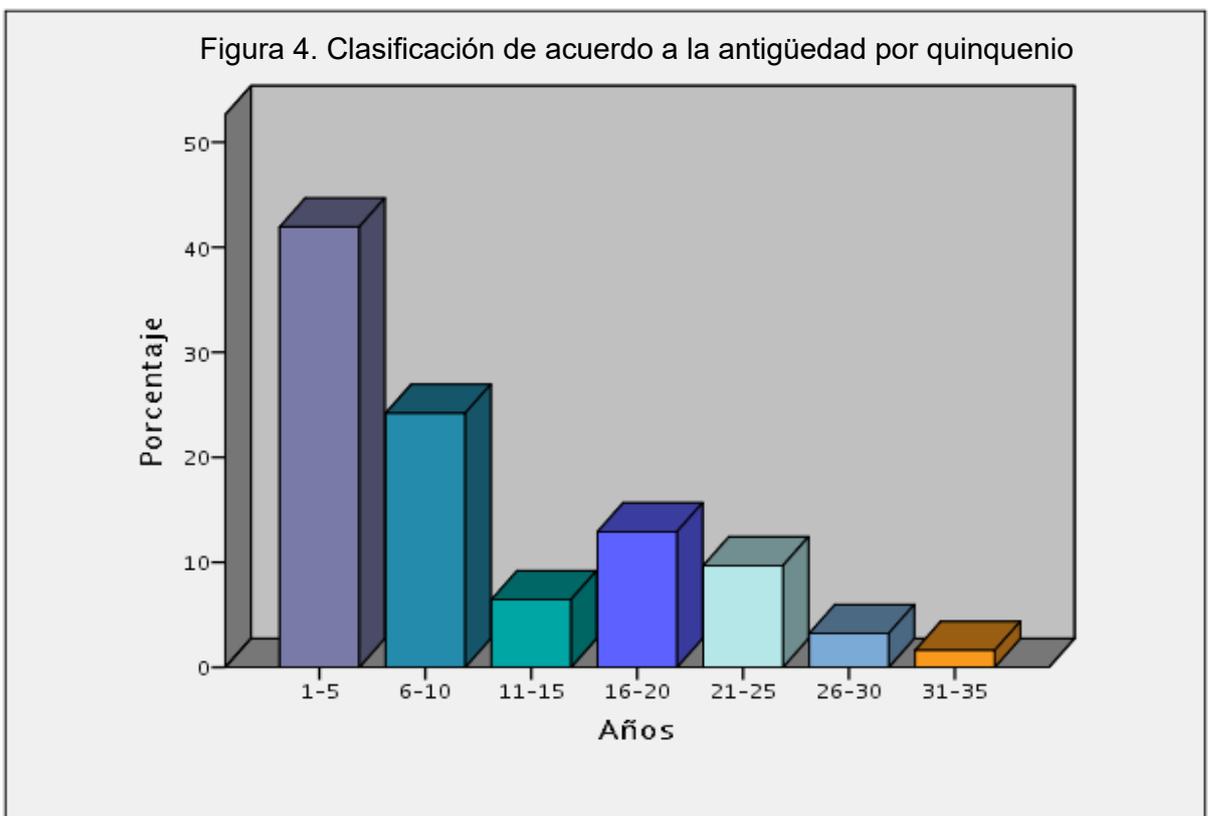
Fuente: Encuesta



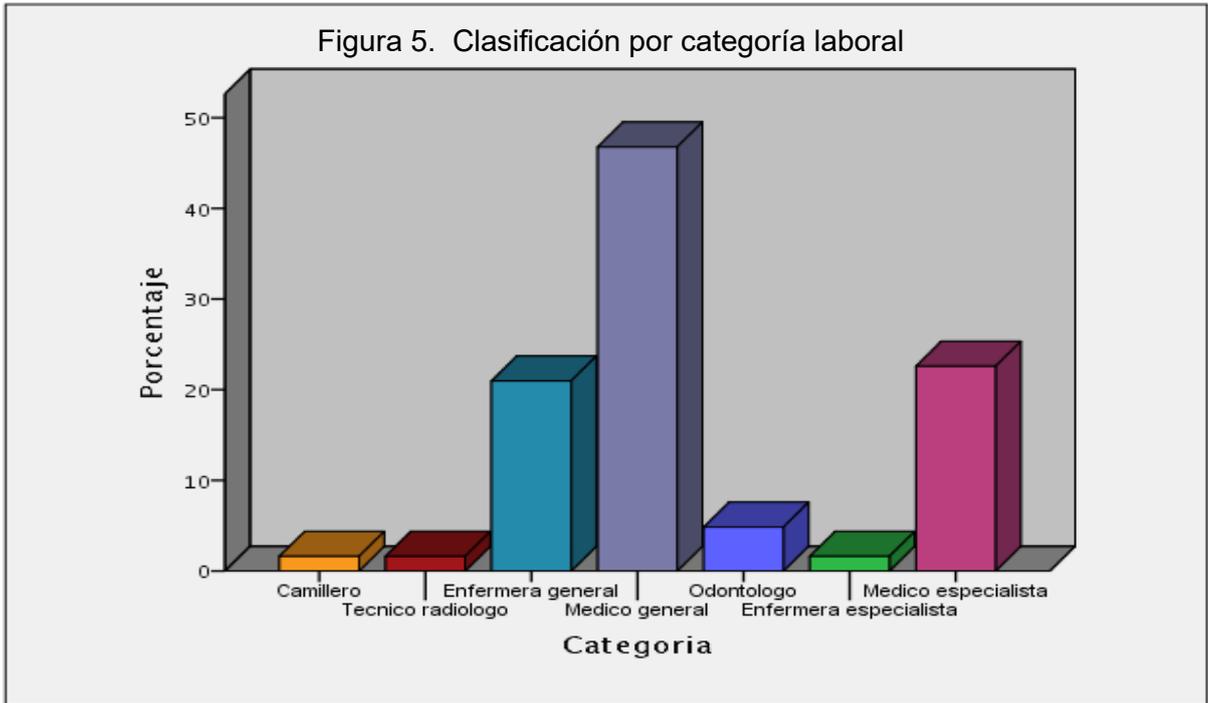
Fuente: Encuesta



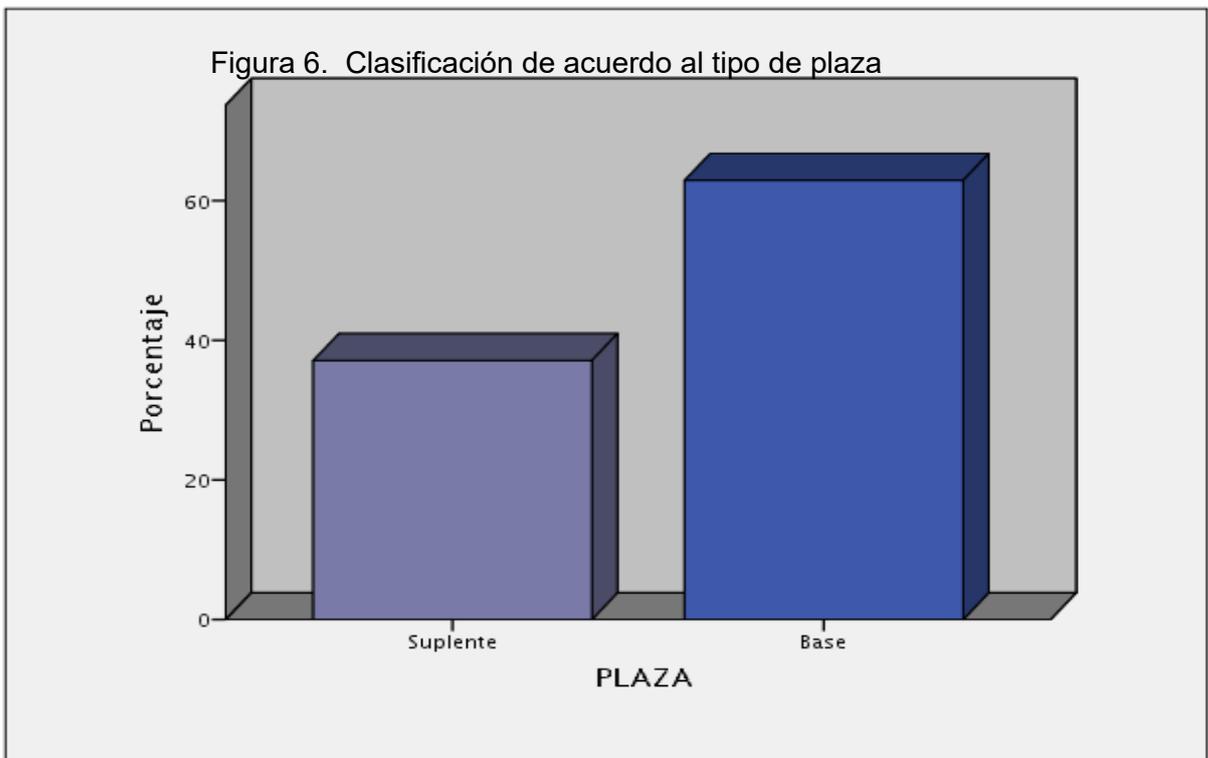
Fuente: Encuesta



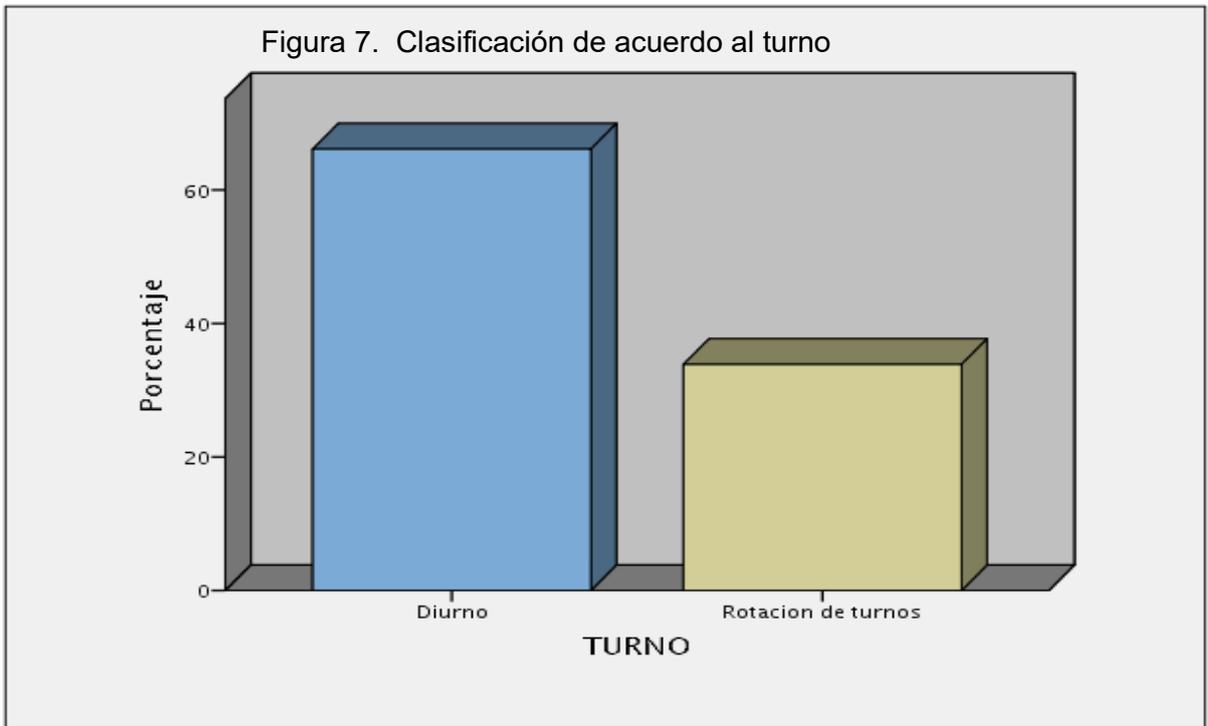
Fuente: Encuesta



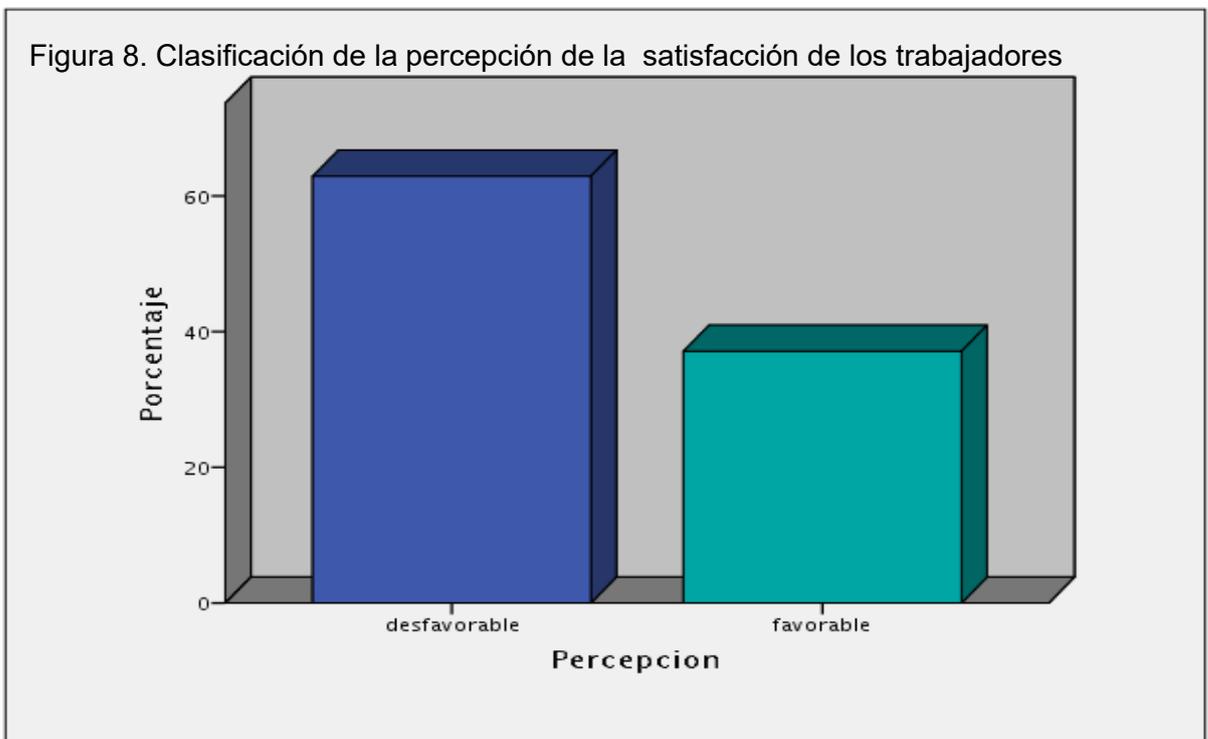
Fuente: Encuesta



Fuente: Encuesta

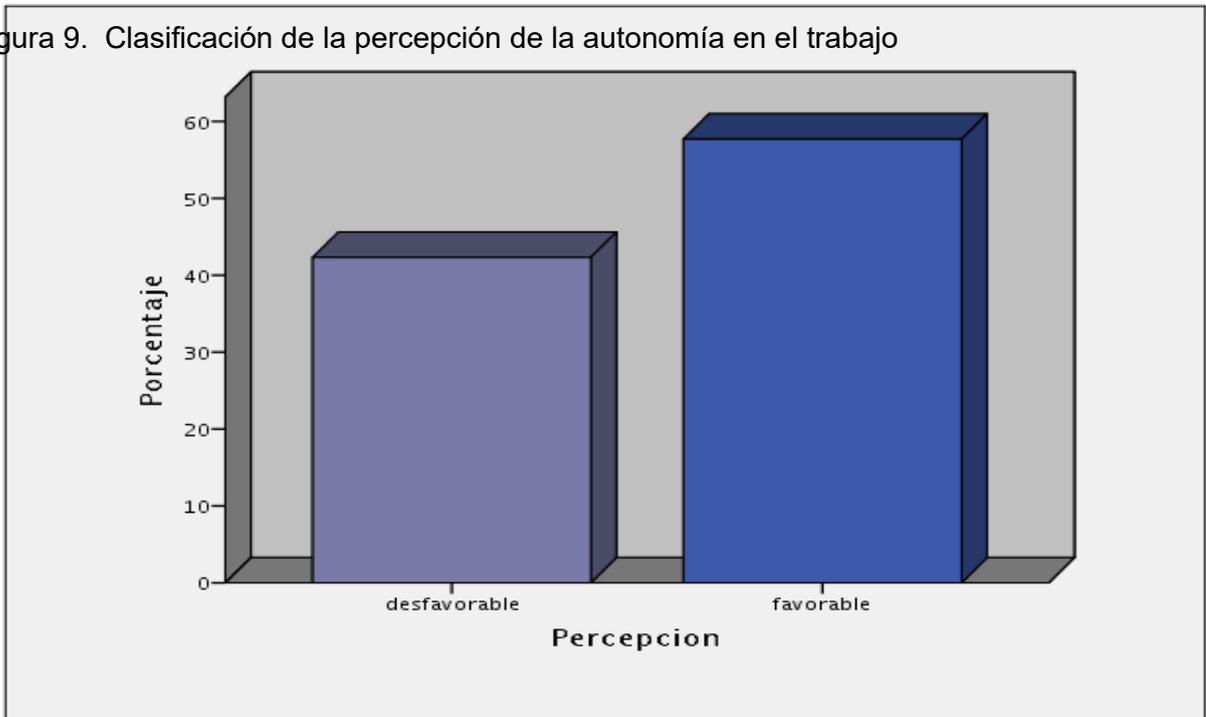


Fuente: Encuesta



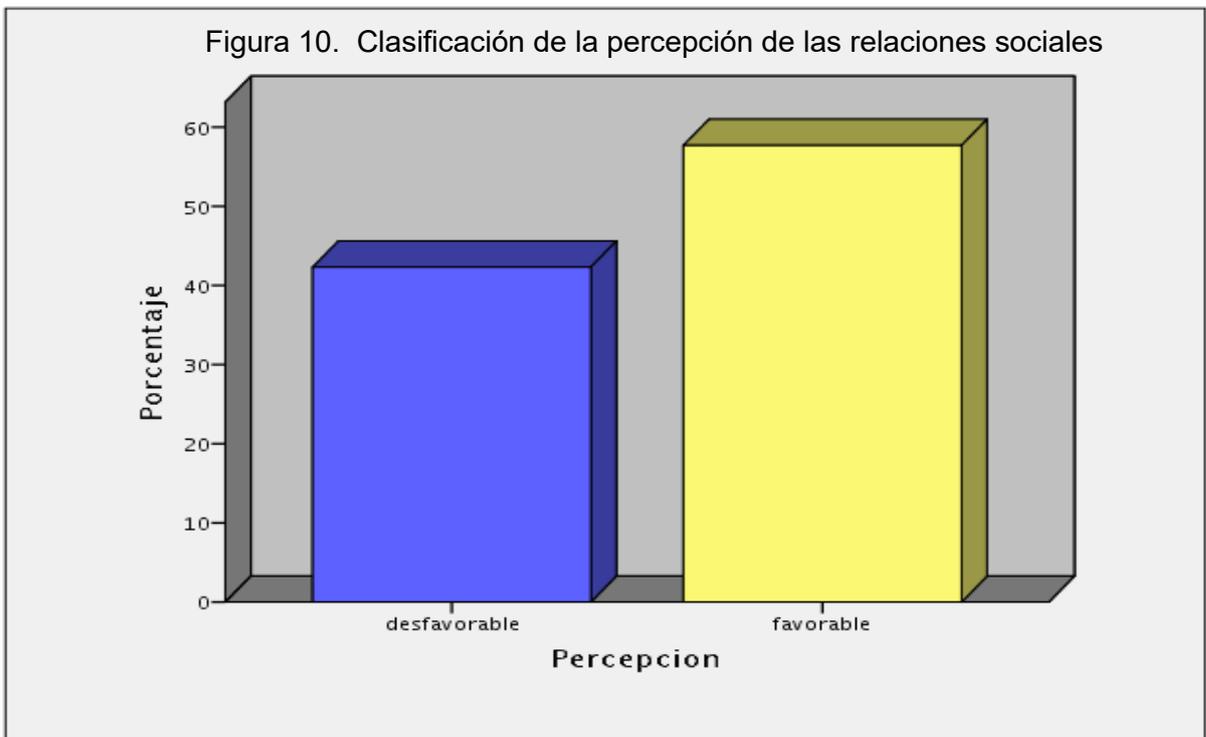
Fuente: EMCO

Figura 9. Clasificación de la percepción de la autonomía en el trabajo



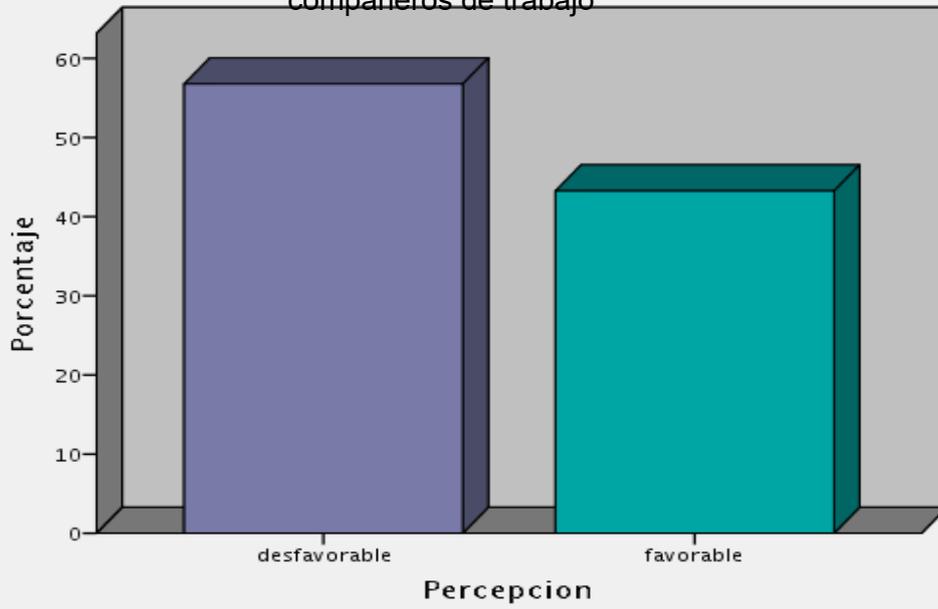
Fuente: EMCO

Figura 10. Clasificación de la percepción de las relaciones sociales



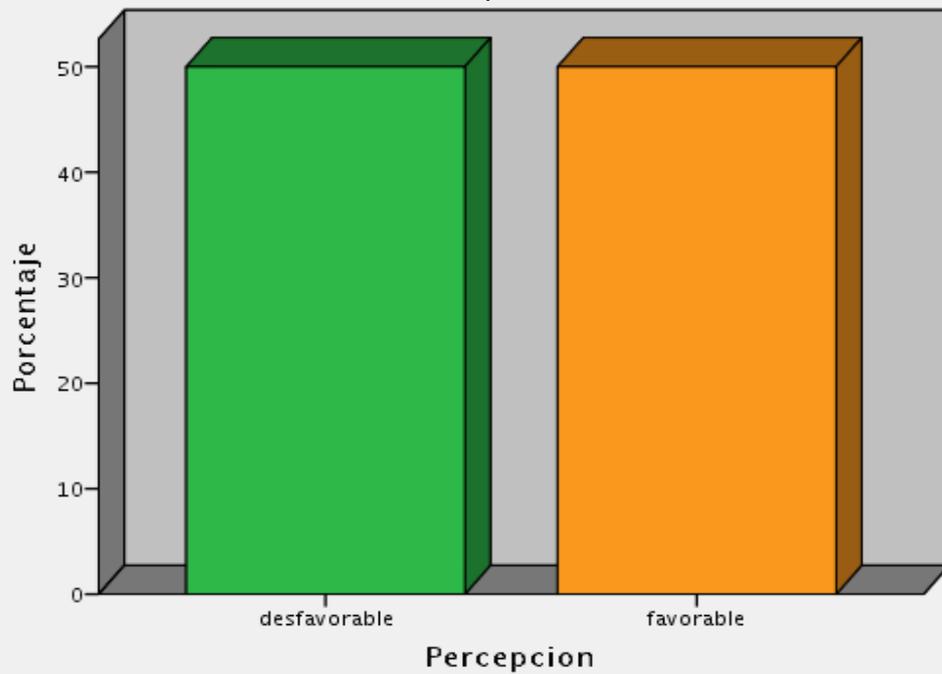
Fuente: EMCO

Figura 11. Clasificación de la percepción de la unión y apoyo entre los compañeros de trabajo

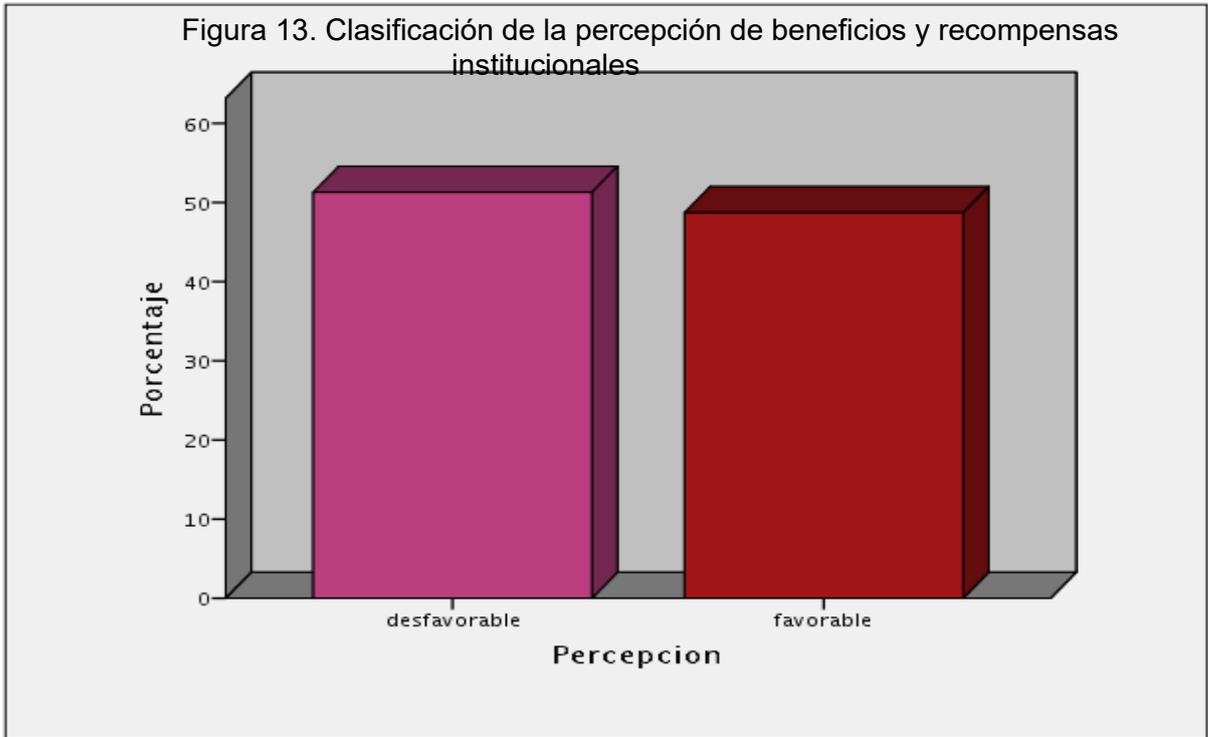


Fuente: EMCO

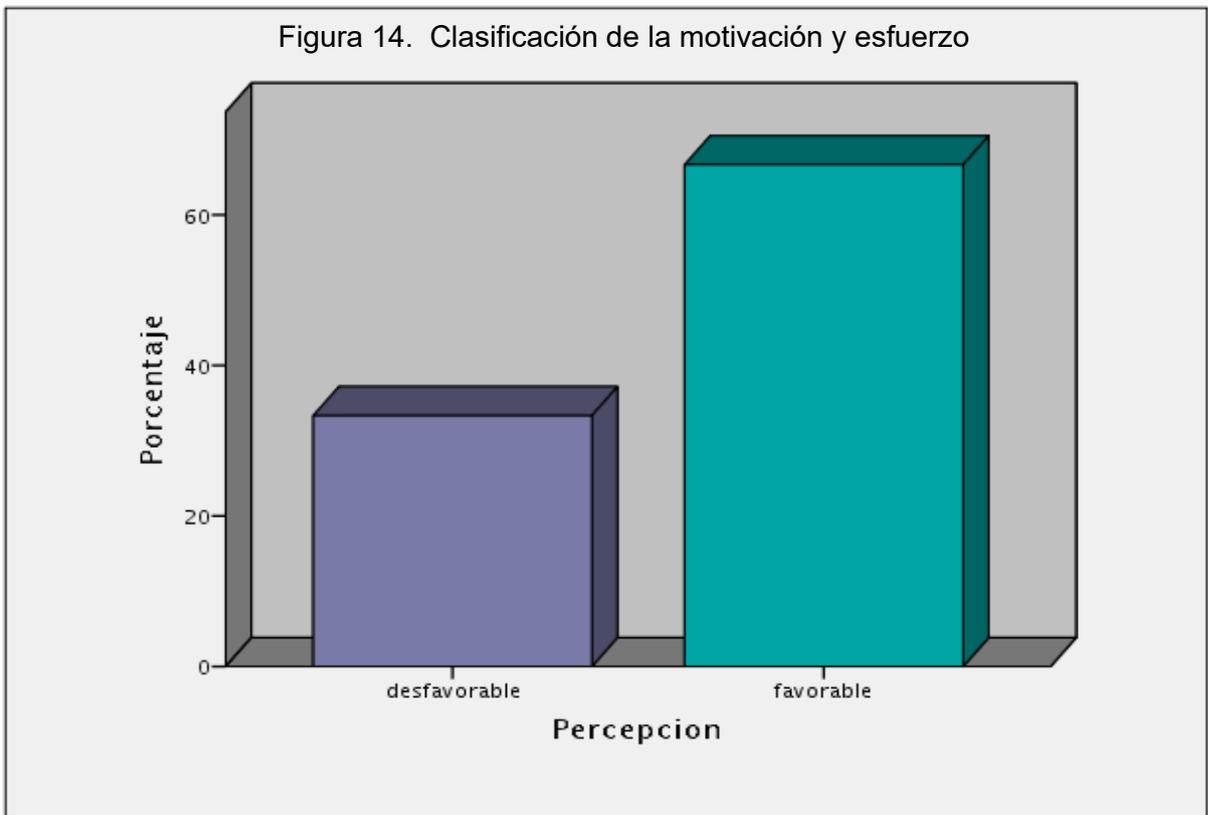
Figura 12. Clasificación de la percepción sobre la consideración de los directivos hacia el personal



Fuente: EMCO

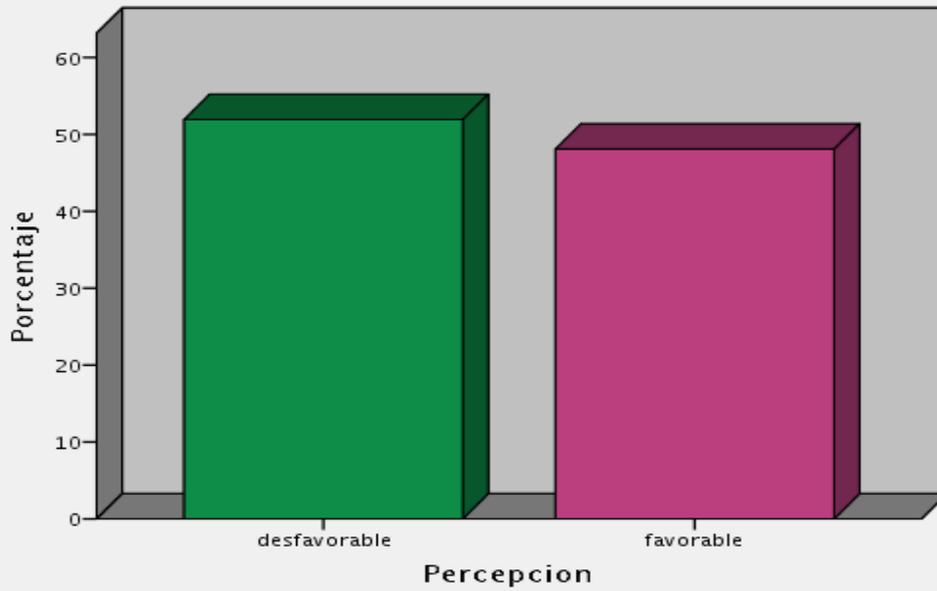


Fuente: EMCO



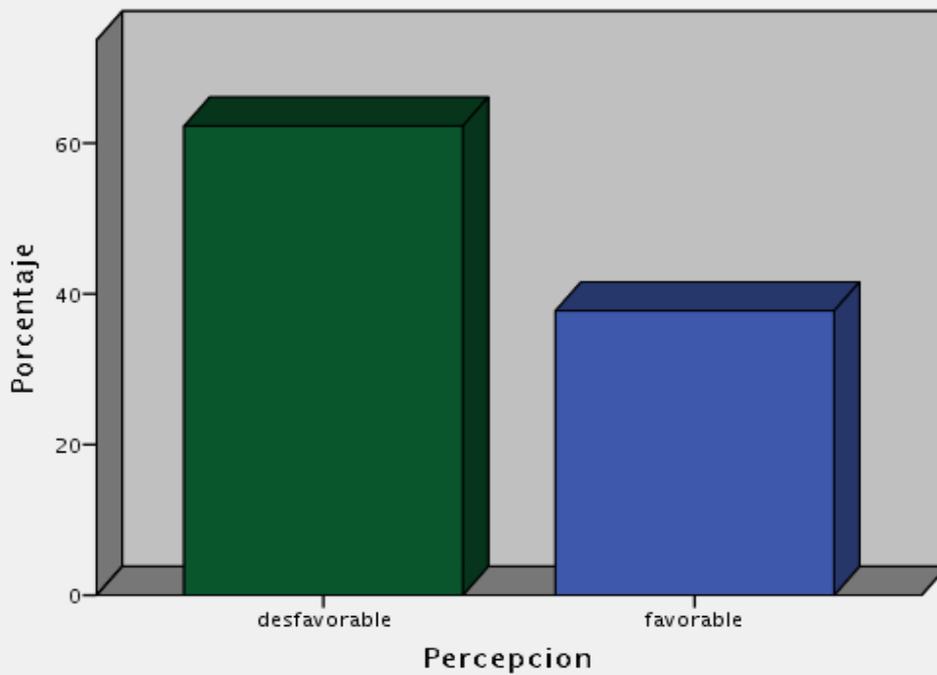
Fuente: EMCO

Figura 15. Clasificación de la percepción del liderazgo de los directivos

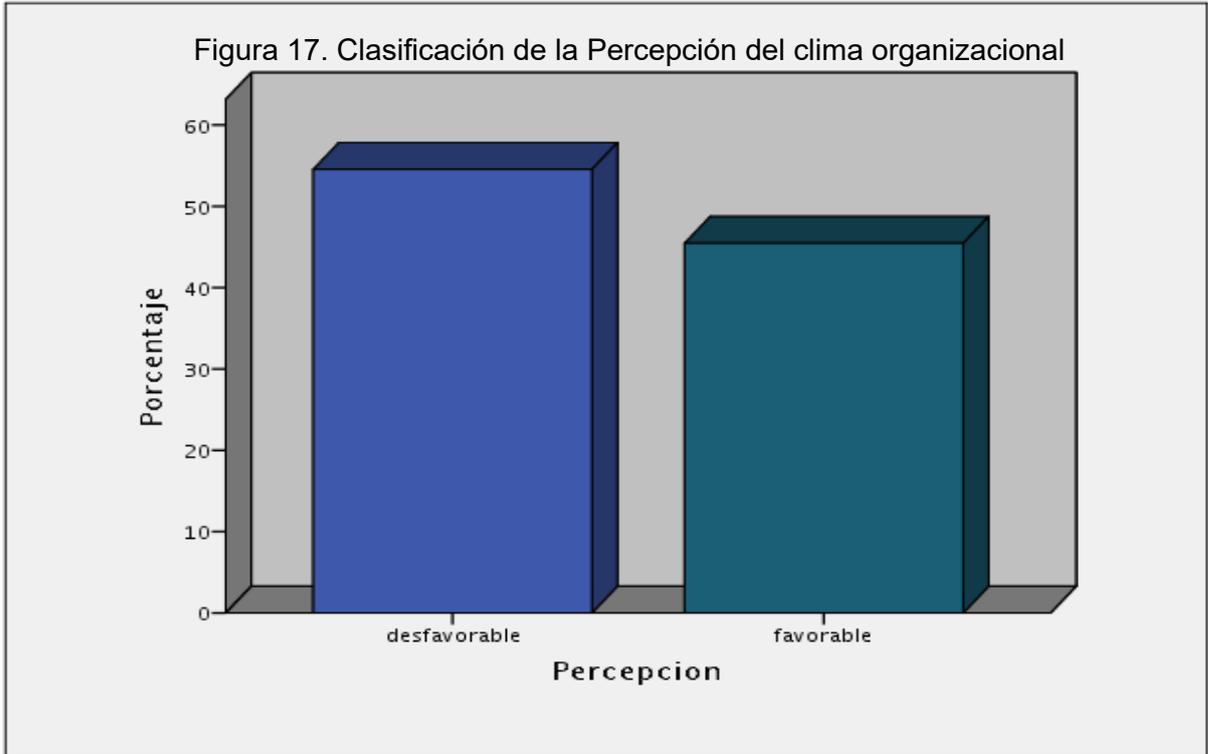


Fuente: EMCO

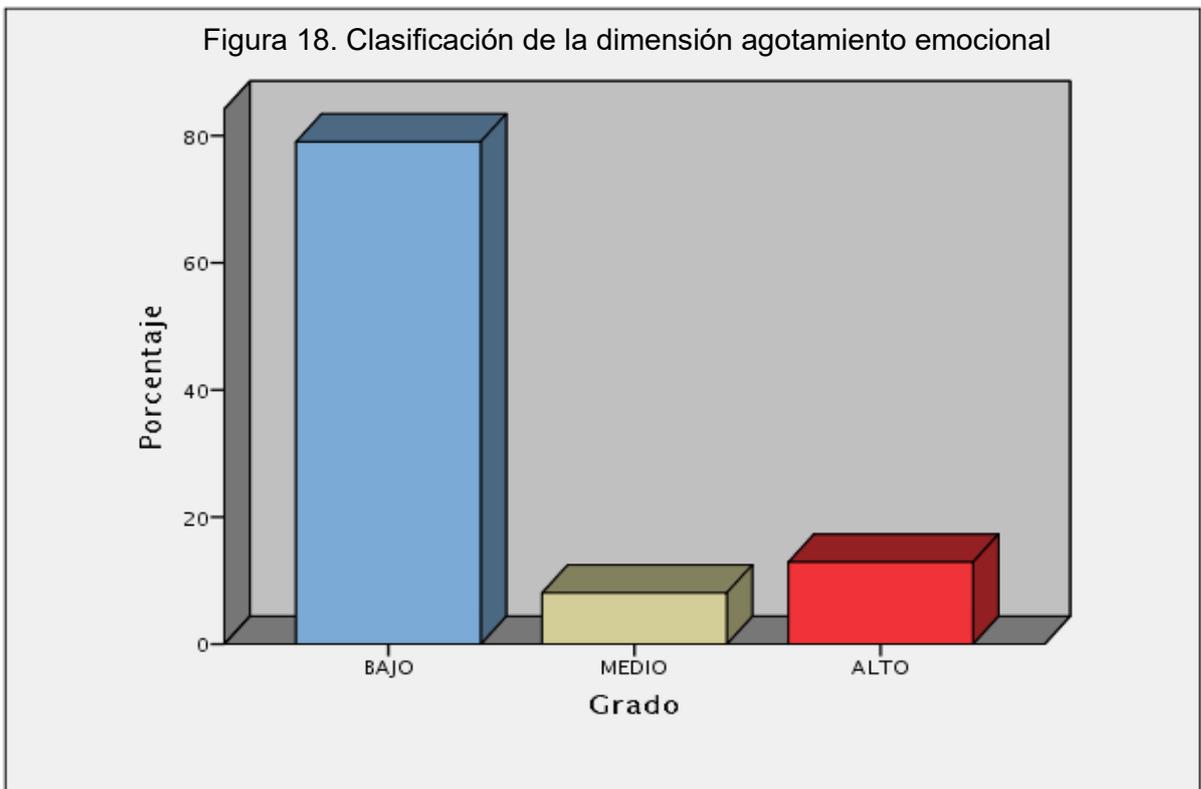
Figura 16. Clasificación de la percepción de las condiciones en el lugar de trabajo



Fuente: EMCO

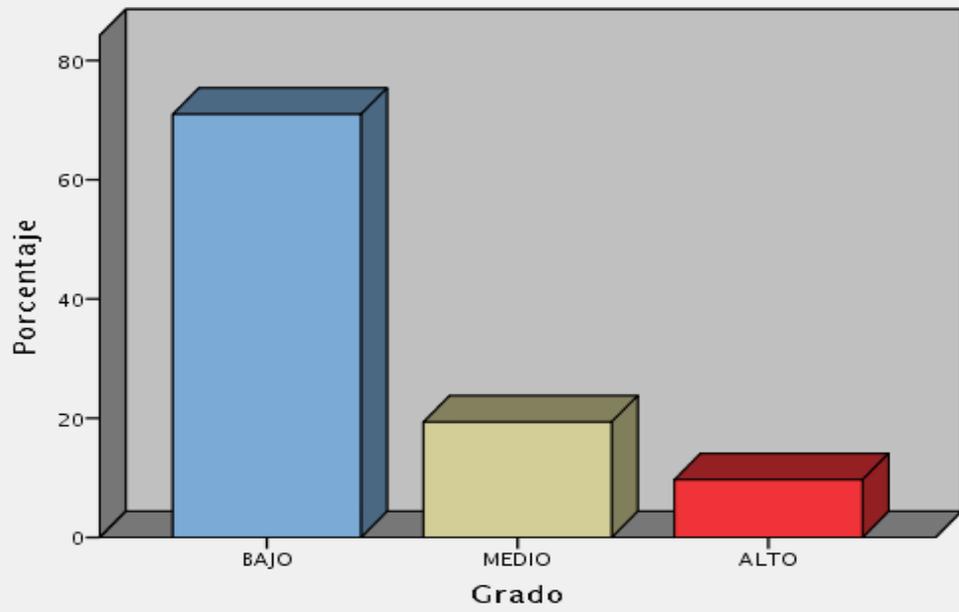


Fuente: Escala Multidimensional de Clima Organizacional (EMCO)



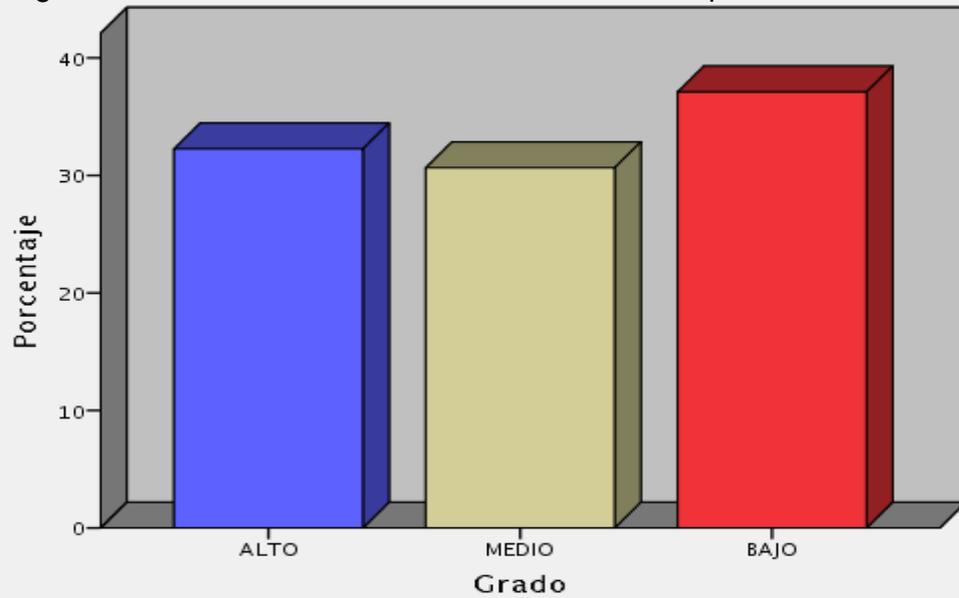
Fuente: Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)

Figura 19. Clasificación de la dimensión despersonalización



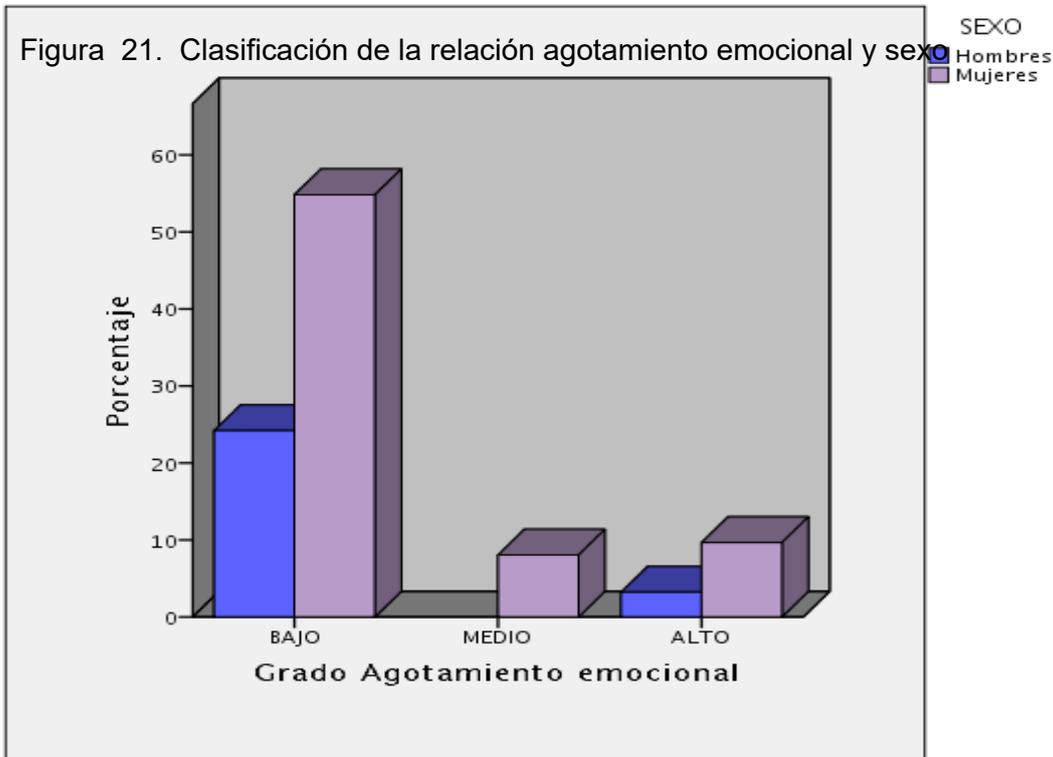
Fuente: Cuestionario MBI

Figura 20. Clasificación de la dimensión realización personal



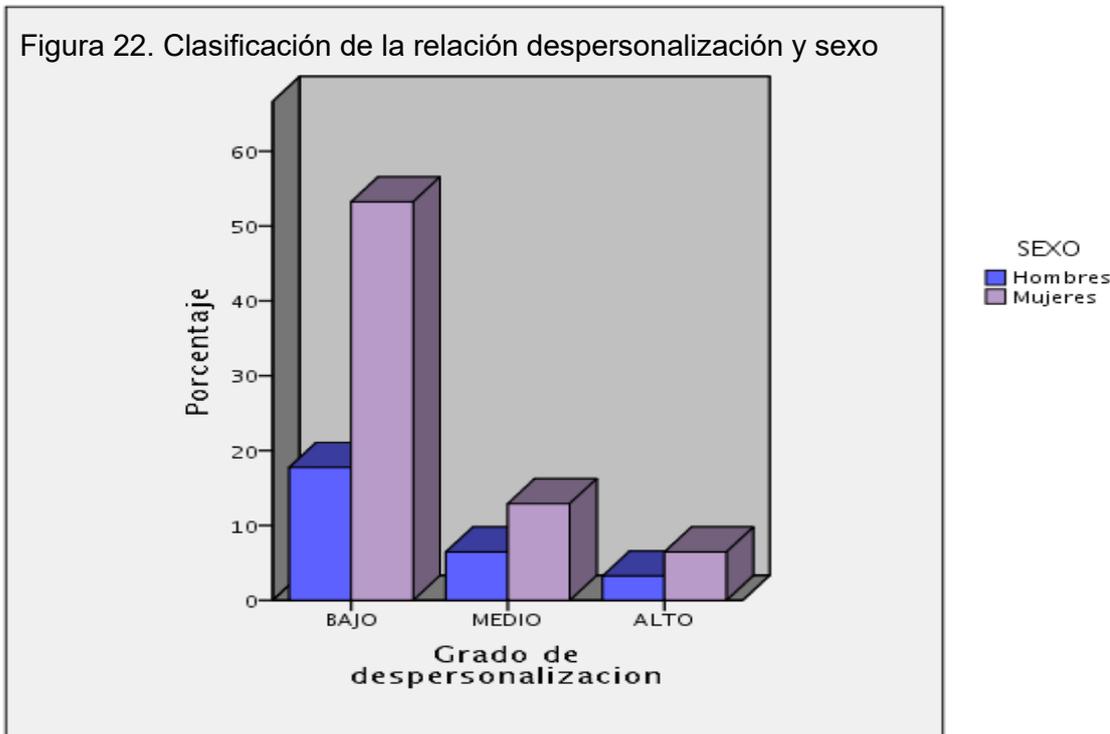
Fuente: cuestionario MBI

Figura 21. Clasificación de la relación agotamiento emocional y sexo



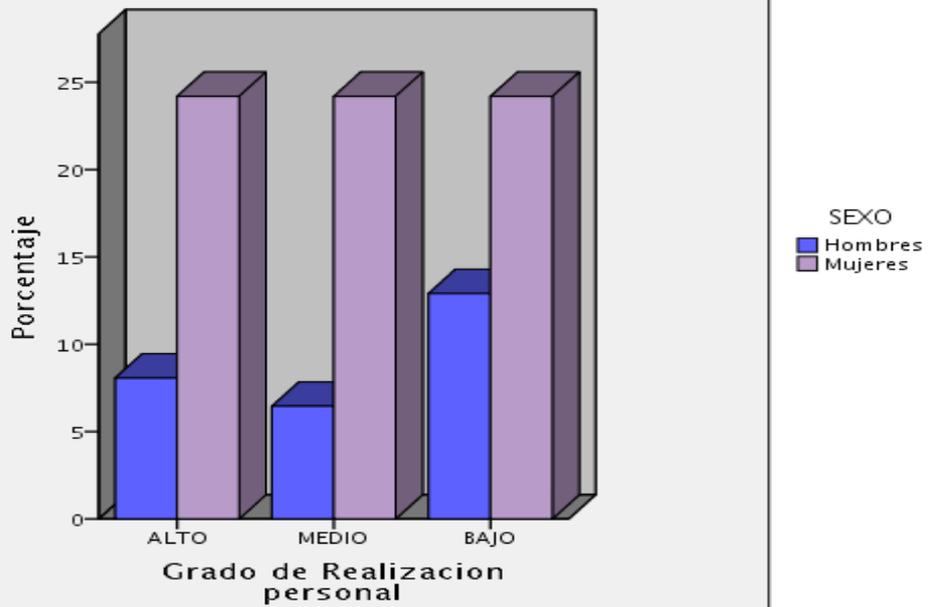
Fuente: Cuestionario MBI

Figura 22. Clasificación de la relación despersonalización y sexo



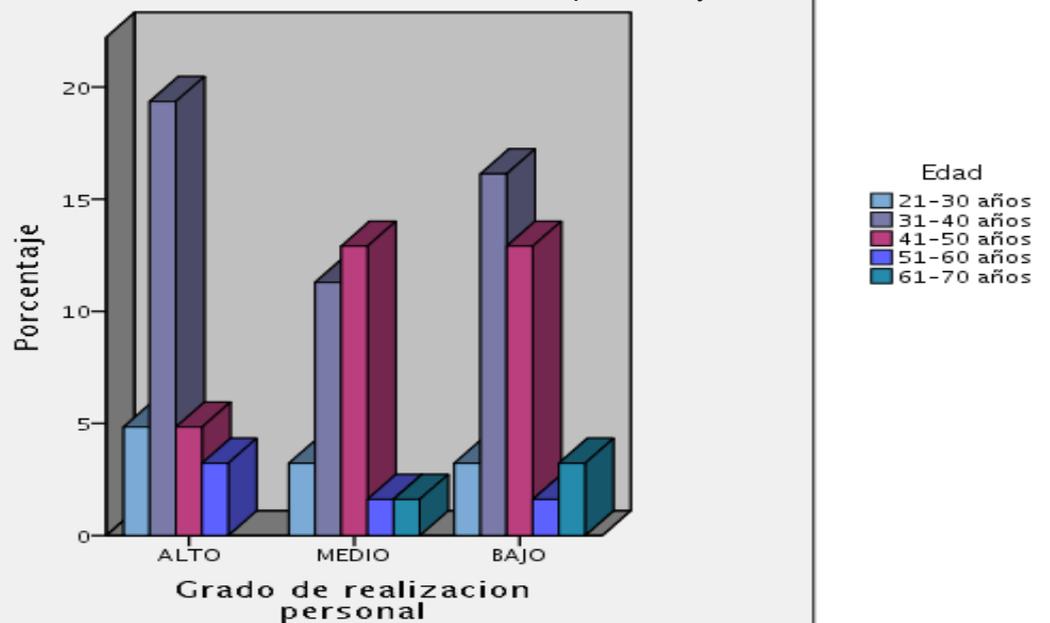
Fuente: Cuestionario MBI

Figura 23. Clasificación de la relación; realización personal y sexo



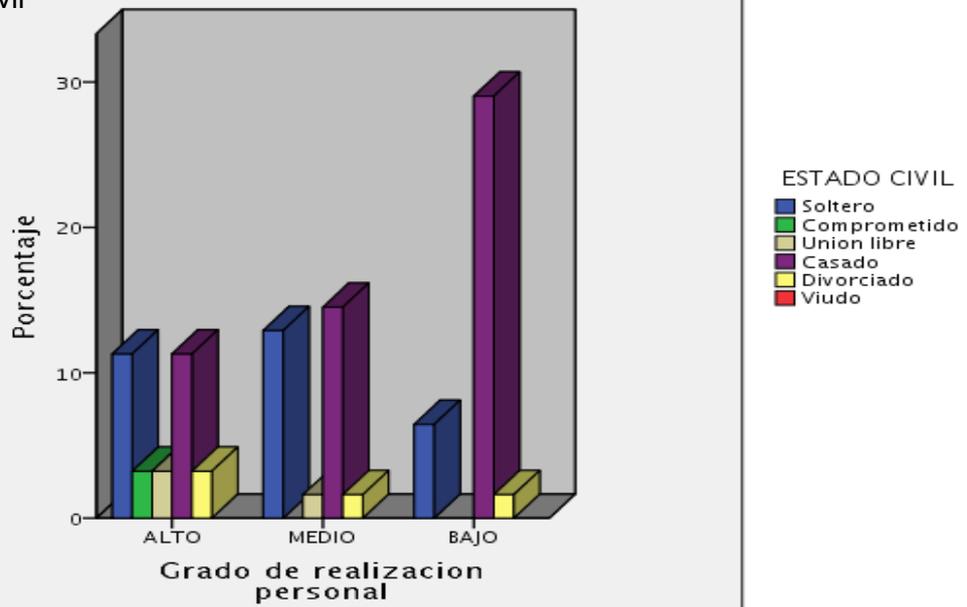
Fuente: Cuestionario MBI

Figura 24. Clasificación de la relación entre realización personal y edad



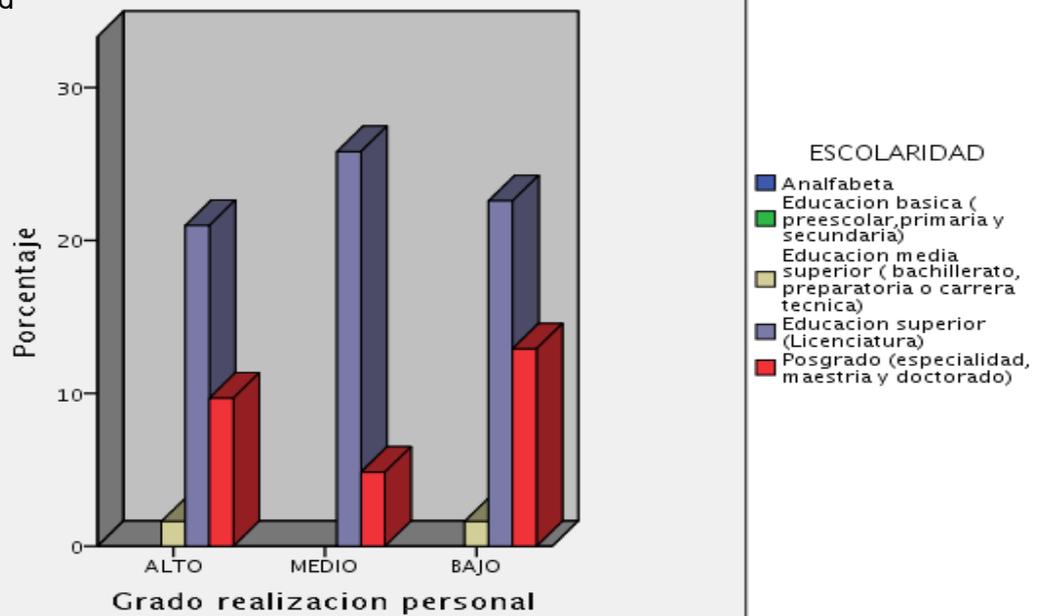
Fuente: Cuestionario MBI

Figura 25. Clasificación de la relación entre realización personal y estado civil



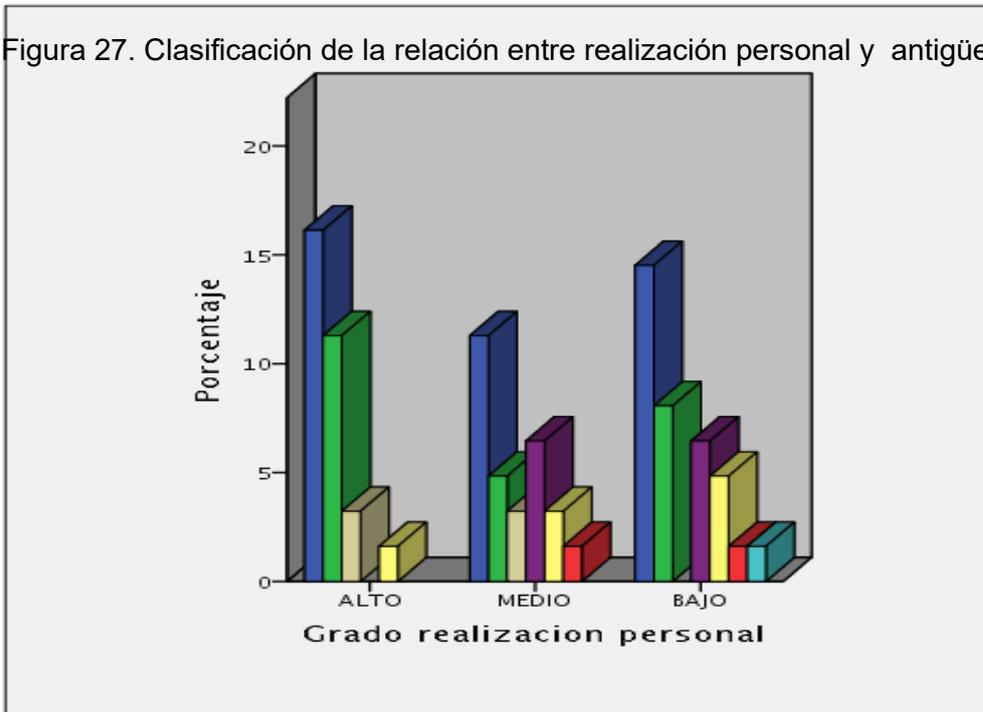
Fuente: Cuestionario MBI

Figura 26. Clasificación de la relación entre realización personal y escolaridad



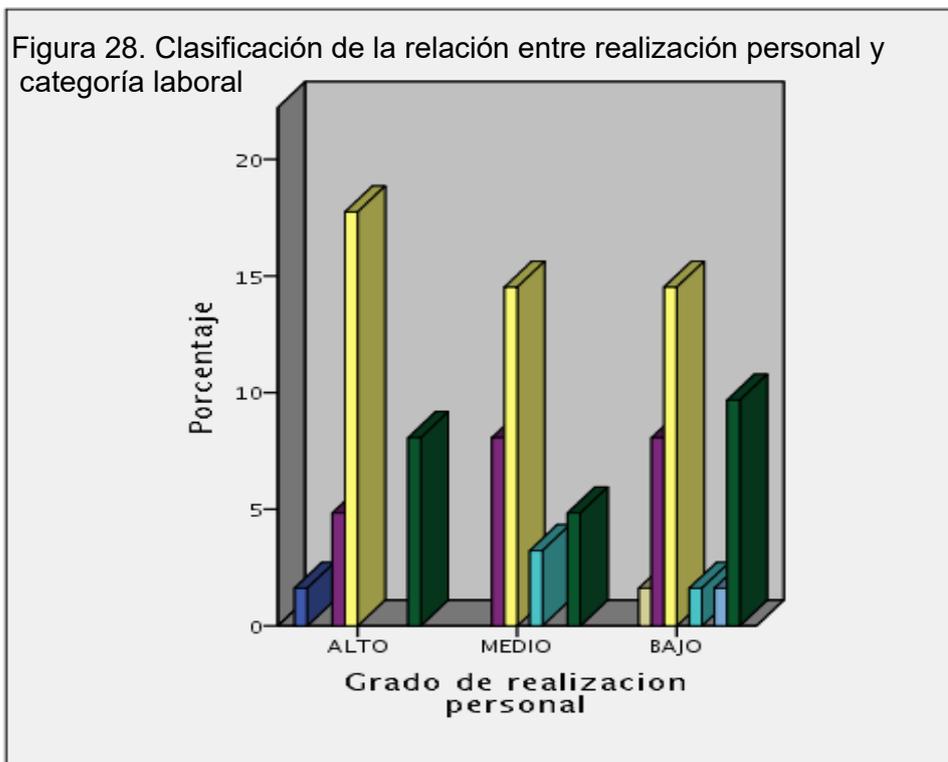
Fuente: Cuestionario MBI

Figura 27. Clasificación de la relación entre realización personal y antigüedad



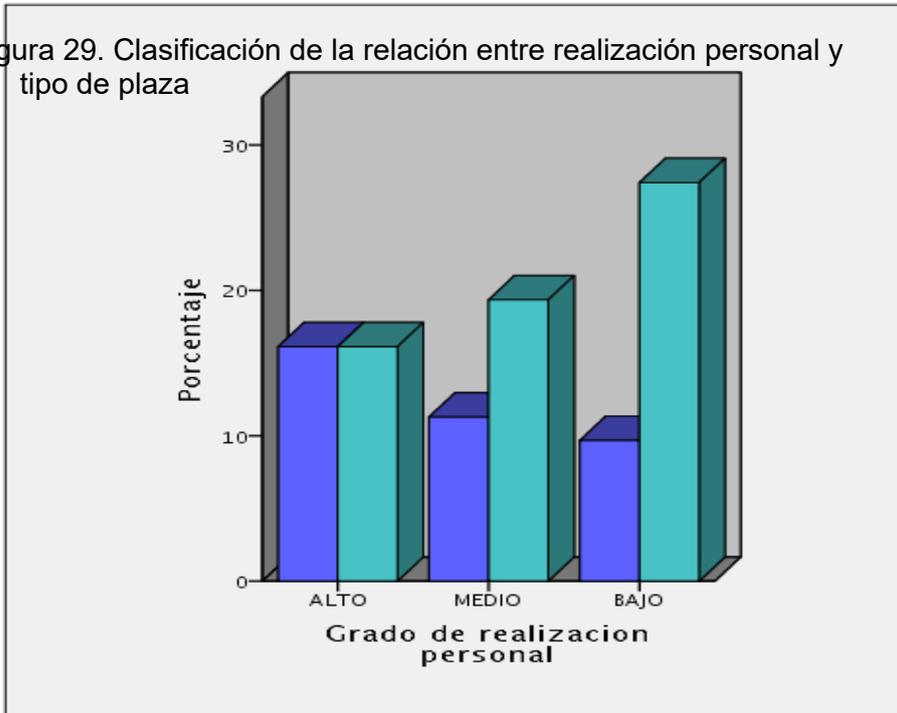
Fuente: Encuesta MBI

Figura 28. Clasificación de la relación entre realización personal y categoría laboral



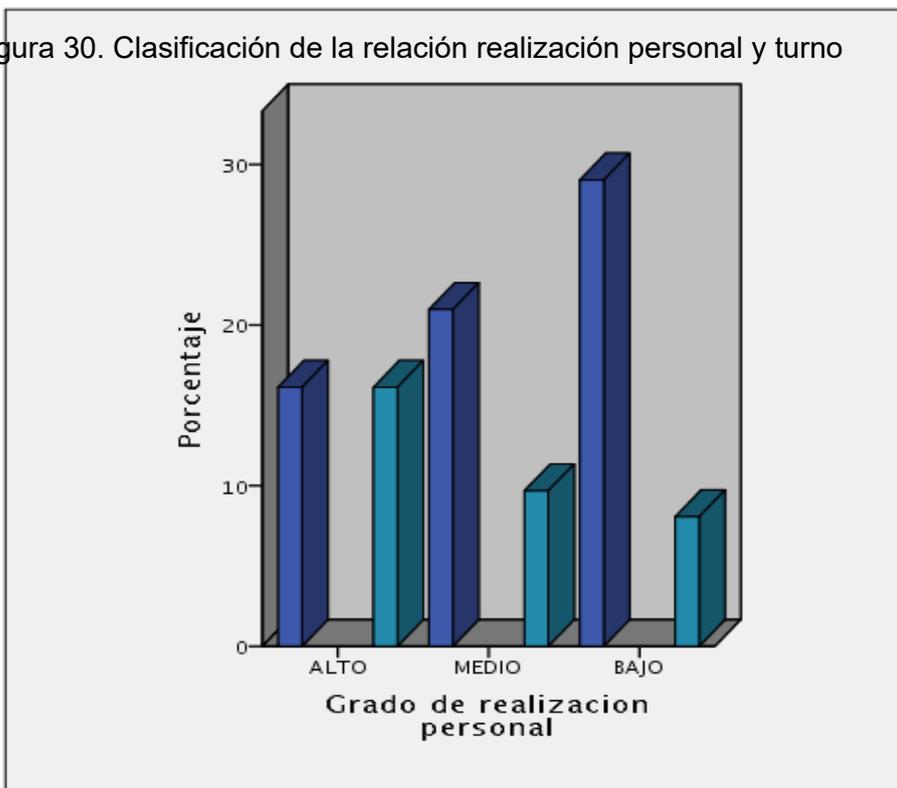
Fuente: Cuestionario MBI

Figura 29. Clasificación de la relación entre realización personal y tipo de plaza



Fuente: Encuesta MBI

Figura 30. Clasificación de la relación realización personal y turno



Fuente: Encuesta MBI

Tabla 1.

Resultados del análisis de correlación de Pearson entre el clima organizacional y las dimensiones de burnout.

Correlación		Dimensiones del síndrome de burnout			
		Agotamiento emocional	Despersonalización	Realización personal	
Factores del clima organizacional	Sistema individual	F1. Satisfacción, motivación y esfuerzo de los trabajadores	-0.278*	-0.249	.277*
			0.028 62	0.051 62	0.03 62
	Sistema interpersonal	F2. Autonomía en el trabajo	-0.315*	-0.221	0.24
			0.022 53	0.112 53	0.084 53
	Sistema interpersonal	F3. Relaciones sociales entre los miembros de la organización	-0.438**	-0.237	.346*
			0.001 52	0.091 52	0.012 52
	Sistema interpersonal	F4. Unión y apoyo entre los compañeros de trabajo	-0.566**	-0.362*	.554**
			0 37	0.028 37	0 37
	Sistema organizacional	F5. Consideración de directivos	-0.465**	-0.172	.441**
			0.003 38	0.301 38	0.006 38
		F6. Beneficios y recompensas	-0.337*	-0.234	0.069
			0.036 39	0.153 39	0.677 39
		F7. Motivación y esfuerzo	-0.498**	-0.324*	0.264
		0 54	0.017 54	0.054 54	
	Sistema organizacional	F8. Liderazgo de directivos	-0.473**	-0.312*	0.254
		0 52	0.025 52	0.069 52	
Sistema organizacional	Condiciones en el lugar de trabajo	-0.242	-0.167	0.139	
		0.081 53	0.233 53	0.322 53	

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

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

Tabla 2.

Resultados del análisis de correlación de Pearson entre las dimensiones de burnout.

		Agotamiento emocional	Despersonalización	Realización personal
Agotamiento emocional	Correlación de Pearson	1	.597**	-.364**
	Sig. (unilateral)		0	0.002
	N	62	62	62
Despersonalización	Correlación de Pearson	.597**	1	-.389**
	Sig. (unilateral)	0		0.001
	N	62	62	62
Realización personal	Correlación de Pearson	-.364**	-.389**	1
	Sig. (unilateral)	0.002	0.001	

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

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

10 Discusión

Las instituciones de salud, son organizaciones públicas, donde laboran personas dentro de un espacio delimitado, atendiendo a otros, que en su mayoría tienen problemas de salud. Bajo esta lógica, se evidencia que las instituciones de salud constituyen un espacio estructurado de prácticas médicas y no medicas que requieren una adecuada coordinación, segmentación y condiciones de trabajo. ⁽⁴⁴⁾

La salud laboral entre los profesionales que laboran en una institución médica, es un indicador base para establecer la calidad de vida del trabajador, por lo que situaciones estresantes pueden generar inadaptación y afectarlo física y emocionalmente; pero también puede ser un indicador directo de la calidad de la atención, debido a que el síndrome de burnout (SB) afecta tanto el estado físico como el emocional. ⁽⁴⁵⁾

En algunos estudios y desde la teoría del clima organizacional se considera que el SB se relaciona con otras variables de tipos socio- demográfico y laborales, por lo que se tiene que asumir un modelo holístico para la atención integral de los trabajadores que han desarrollado algún grado del SB ó que tiene grados alto en las dimensiones agotamiento emocional (AE), despersonalización (D) ó grado bajo en realización personal, de ahí que se presentan la discusión de los datos obtenidos en nuestro estudio y se comparan con otros desarrollados a nivel nacional e internacional.

Los resultados muestran que el 72.6 % fueron del sexo femenino, con una edad media de 39.5 y una moda de 33; además el 54.8% están casados. La prevalencia de mujeres dentro de la muestra concuerda con lo señalado por Novick (2005), quien menciona que desde 1960 hasta la fecha existe una tendencia a la feminización del sector salud.⁽⁴⁶⁾ Y también con lo descrito por Arias y Jiménez que señalan que el personal de salud está representado mayoritariamente por mujeres, quienes al estar casadas, incrementan sus responsabilidades, tanto familiares como laborales, lo que las hace más vulnerables.⁽⁴⁷⁾ Derivado de lo anterior se podría configurar el fenómeno denominado “doble presencia” el cual se refiere a “estar en el trabajo ocupándose de cuestiones familiares y estar en el hogar ocupándose de cuestiones laborales”. ⁽⁴⁸⁾

En cuanto a lo relacionado con el nivel de escolaridad, el 69.4% tienen licenciatura; por lo que la elevada proporción de encuestados con título universitario resulta similar a la expuesta por Acevedo y Farias (2012) quienes refieren que de sus encuestados solo el 18 % no posee título universitario. ⁽⁴⁸⁾

Un dato interesante es que aunque dos terceras partes (62.9 %) del personal encuestado es de base; aproximadamente una tercera parte (37.1%), son personal suplente, quienes reciben un menor salario (carece de prestaciones) y no cuentan con estabilidad laboral, lo que genera desigualdad entre los miembros del personal de salud e influye negativamente en la percepción del clima organizacional; lo anterior concuerda con lo reportado por Acevedo y Farias (2012) en donde el personal de base de sus encuestados alcanzó el 77%. ⁽⁴⁸⁾

Respecto a la antigüedad se encontró que un 58.1 % tienen una antigüedad mayor de cinco años en el trabajo actual, muy aproximado a lo descrito por Solís y Zamudio 2016 quienes encontraron un 46.5%. ⁽⁴⁹⁾

En relación a los resultados obtenidos al estudiar el clima organizacional se puede evidenciar que 19.4% lo consideran desfavorable, lo que constituye un riesgo para predisponer la aparición de burnout, resultados que coinciden con los reportados por Contreras quien observó en términos generales que el nivel de satisfacción laboral es alto, 5 (en una escala de 1 a 7) y quien refiere que los aspectos laborales que inciden en la aparición del síndrome están relacionados con el trabajo en sí mismo y con el contexto laboral, los cuales pueden actuar como desencadenantes. ⁽⁵⁰⁾

Del personal de salud estudiado se aprecia que 62.9% se sienten insatisfechos, 56.5 % consideran no ser autónomos en su trabajo, 33.9% refiere falta de unión y apoyo entre los compañeros de trabajo; 30.6% percibe no ser considerado por sus directivos, 32.3 % refiere no ser recompensado y 43.5 % percibe un mal liderazgo por parte de sus directivos. De esta forma, los factores percibidos como negativos son básicamente consecuencia del tipo de relaciones jerárquicas que se establecen en el ámbito laboral; esta situación que se presentó en nuestro estudio, es similar a lo encontrado por Ferrari (2010), así como en lo propuesto por Ortega y López (2004), quienes mencionan que la disfunción del rol, la falta de salud organizacional, la

estructura, clima y cultura organizacional, son antecedentes para que se presente el SB. ^(51, 28)

Al realizar el análisis de grado de severidad en cada una de las tres dimensiones que constituyen el síndrome de burnout, se aprecia que el grado de afectación de la dimensión agotamiento emocional fue bajo en un 79 %; la despersonalización, también tuvo un resultado bajo en un 71 %; datos que concuerdan con Arias (2013) , quien encontró niveles bajos en las dimensiones de burnout. Sin embargo nuestro estudio difiere del anterior en la dimensión realización personal; en la que Arias (2013) refiere niveles altos y en el presente trabajo se aprecian niveles bajos en un 37%.⁽⁵²⁾

Por su parte, Jofre (2009) en un estudio sobre el SB en profesionales de la salud del Hospital General “Dr. Carlos Canseco” Tamaulipas, México, presenta información relacionada con las tres dimensiones que componen el SB, que al compararlas con el nuestro, encontramos porcentualmente mayor agotamiento emocional 12.9 %, contra 2.4%; para la dimensión despersonalización nuestro estudio reportó 9.7% en niveles altos, porcentaje menor que el referido por Jofre (22.6%); finalmente, en realización profesional en nuestro estudio se tuvo un 37.1% nivel bajo contra un 97.6%. Lo anterior, nos indica congruencia en la baja realización personal que afecta al personal de salud. ⁽⁵³⁾ Este resultado también es coincidente en lo reportado por Cabrera et al.⁽⁵⁴⁾, Risquez et al. ⁽⁵⁵⁾ y Sánchez Alonso⁽⁵⁶⁾; por lo tanto, es esta dimensión la que más se ve afectada, como refiere Díaz Muñoz, obteniéndose los resultados más significativos. ⁽⁵⁷⁾

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre las dimensiones agotamiento emocional y despersonalización respecto a las variables sociodemográficas. De las dimensiones la única que guardó relación con la antigüedad, el tipo de plaza y turno, fue la realización personal, por lo que se tienen resultados prácticamente similares a los encontrados por Aldrete et al.,(2003) quienes no encontraron relación con variables socio-demográficas. ⁽⁵⁸⁾

En relación con el SB, Gil-Monte y Marucco (2008), mencionan que su prevalencia es difícil de determinar, pues ésta depende de la variabilidad de criterios para seleccionar

los puntos de corte, de ahí que refieran la prevalencia del SB en algunos países: 10.6% Estados Unidos, 24.4% en España, 37.4% en Argentina o 3.2% en Holanda; en este comparativo, podemos incidir que la prevalencia de SB en este estudio es nula, difiriendo de anteriormente reportado. ⁽⁵⁹⁾

Al aplicar la correlación de Pearson, se observó que las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización del SB están relacionadas significativamente; misma tendencia que la encontrada en el estudio de Cruz, Austria, Herrera y Salas (2011). ⁽⁶⁰⁾

Es importante destacar que en nuestro estudio también se encontró relación entre las dimensiones agotamiento emocional y realización personal con el factor 4 del clima organizacional (unión y apoyo entre los compañeros de trabajo); por lo que estos resultados concuerdan con Lasio (2003), quien menciona que el clima psicológico o individual actúa como un marco de referencia para el comportamiento según se perciba el entorno laboral como favorecedor o contraproducente para el bienestar individual. De esta forma, elementos del clima organizacional si son percibidos como negativos, pueden constituirse en debilidades para la organización. ⁽⁶¹⁾

11 Conclusiones

En el presente estudio no se encontró la presencia de síndrome de burnout; pero sí se encontró asociación entre las dimensiones de éste y los factores que componen el clima organizacional, En la dimensión de agotamiento emocional se observó que la correlación de ésta con la unión y apoyo entre los compañeros de trabajo (factor 4) fue negativa, lo cual indica que a menor unión, mayor afectación de esta dimensión. También se aprecia que la relación entre éste mismo factor (F4.) y las dimensiones de despersonalización y realización personal, son positivas esto señala que a mayor unión, mejores relaciones interpersonales y mayor motivación. Derivado de lo anterior se puede concluir que el clima organizacional tiene un peso predictivo sobre la aparición o no de burnout.

Una de las probabilidades que pudieron influir en la nula incidencia de burnout, es el tipo de muestra, que fue no probabilística por conveniencia.

De acuerdo a los objetivos específicos, en nuestro estudio contamos con una muestra de 62 sujetos, con predominio del sexo femenino en un 72.6%; con una edad media de 39.5, el estado civil estuvo conformado principalmente por casados en un 54.8%; con una escolaridad a nivel licenciatura de un 69.4%; una media de 9.8 años de antigüedad, siendo la mayoría de los encuestados médicos generales (46.8%), con un tipo de plaza de base (62.9%)y que desempeñan sus actividades en el turno diurno (matutino-vespertino).

Respecto a la percepción que se tiene del clima organizacional se encontró que la mayoría no puede definir si es favorable o desfavorable.

Los resultados muestran que es necesaria una intervención efectiva, independientemente de que no se haya diagnosticado burnout en los sujetos de estudio, a pesar de esto el encontrarse afectada una de las dimensiones de este síndrome (realización personal), podría condicionar la aparición del mismo en el corto plazo.

12 Propuestas

- Promover la realización de talleres dirigidos a trabajadores, con la finalidad de desarrollar y/o fortalecer habilidades de comunicación, asertividad y trabajo colaborativo, lo que en nuestro contexto se traduce en cohesión, situación que necesariamente repercutirá en la valoración del trabajo desempeñado, reconocimiento y confianza en la institución, a partir del desarrollo de estrategias de afrontamiento que favorezcan calidad de vida laboral.
- Involucrar al personal directivo y trabajadores en la mejora de la seguridad y salud en el trabajo. □
- Introducir rotación en el trabajo, que favorezca la diversificación e innovación de las tareas. □
- Fomentar el cambio de cultura organizacional, de tal suerte que se perciba la distribución del trabajo de forma equitativa.
- Favorecer mejoras organizacionales que brinden satisfacción al trabajador y por lo tanto, disminuyan los niveles de estrés laboral.
- Por otra parte, estas mejoras deben tener un enfoque preventivo dirigido a los trabajadores, por lo que, contar con un programa de atención que incluya aspectos relacionados con la salud mental y prevención del síndrome, es de suma importancia tanto para la atención grupal y/o individual, con la finalidad de realizar detección y tratamiento oportuno de las personas afectadas

13 Referencias bibliográficas

1. Asamblea Mundial de la Salud, S. S. A. Asamblea Mundial de la Salud: primera reunión extraordinaria. Ginebra: resoluciones y decisión: anexo; 2007.
2. Prado, JFU. Clima y ambiente organizacional: trabajo, salud y factores psicosociales. Ciudad de México: Editorial El Manual Moderno;2014.39-62.
3. Organización Mundial de la Salud [Internet] noviembre 2007. Protección de la salud de los trabajadores, Nota descriptiva N°389; [subida noviembre 2007: citada octubre 2017] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs389/es/>.
4. Olaz Á, Ortiz P. El clima laboral en la empresa familiar: un estudio empírico. *LanHarremanak* 2014-I; (30): 94-119.
5. Freudenberger H. Staff burnout. *Journal of Social Issues* 1974 (30):159-165.
6. Freudenberger. The staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice* 1975; 12 (1): 73.
7. Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. *J Occup Psycho L.* 1981; (2):99-113.
8. Rodríguez Carvajal R, Rivas Hermosilla SD. Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Medicina y seguridad del trabajo* 2011; (57): 72-88.
9. Gan F. El clima en las organizaciones. *Formación de formadores* 2007;183-229.
10. González IB, Melo NAP, Limón MLS. El clima organizacional y su relación con la calidad de los servicios públicos de salud: diseño de un modelo teórico. *Estudios Gerenciales* 2015; 31(134): 8-19.
11. Lewin K, Lippitt R, White RK. Patterns of aggressive behavior in experimentally created "social climates". *The Journal of social psychology* 1939; 10(2): 269-299.
12. Argyris C. Some problems in conceptualizing organizational climate: A case study of a bank. *Administrative Science Quarterly* 1958; 501-520.
13. Rensis L. *New Patterns of Management*. Nova York, EUA: McGraw Hill; 1961.

14. Litwin GH, Stringer RA. Motivation and Organizational Climate. *Division of Research, Graduate School of Business Administration, Harvard University*; 1968.
15. Woodman RW, King DC. Organizational climate: Science or folklore? *Academy of Management Review* 1978; 3(4): 816-826.
16. Forehand GA, Von Haller G. Environmental variation in studies of organizational behavior. *Psychological bulletin* 1964; 62(6): 361.
17. Tagiuri R, Litwin GH, Barnes LB. Organizational climate: Explorations of a concept. *Division of Research, Graduate School of Business Administration, Harvard University*; 1968.
18. TORDERA, N., PEIRO, J.M., RAMOS, J., y GONZÁLEZ-ROMÁ, V. (2007). 'La calidad del intercambio líder-miembro (LMX) y el clima psicológico: Un análisis longitudinal de sus relaciones recíprocas', *Psicología*, 21 (1), 59-81
19. Schneider B, Reichers AE. On the etiology of climates. *Personnel psychology* 1983;36(1): 19-39.
20. De Cotils TA, Koys DJ. The Identification and Measurement of the Dimensions of Organizational Climate. In *Academy of management proceedings*; 1980 (1) : 171-175.
21. García GI. La formación del clima psicológico y su relación con los estilos de liderazgo [tesis doctoral]. Granada : *Universidad de Granada*; 2006.
22. Payne RL, Fineman S, Wall TD. Organizational climate and job satisfaction: A conceptual synthesis. *Organizational behavior and human performance* 1976; 16(1): 45-62.
23. Camacho AA, Arias GF, Juárez GA. Síndrome de burnout y factores asociados en médicos estudiantes. *Cienc. Trab* 2010;12(35): 251-254.
24. Meglino BM. A theoretical synthesis of job performance and the evaluative dimension of organizational climate: a social psychological perspective. *Academy of management review* 1976; 1(3), 58-65.
25. Uribe JF. Clima y ambiente organizacional: trabajo, salud y factores psicosociales. *Ciudad de México: Manual moderno*; 2014.
26. Tonon, G. Calidad de vida y desgaste profesional: una mirada del síndrome del burnout. *Argentina: Espacio*; 2005.
27. Guía sobre las Normas Internacionales del Trabajo. Organización Internacional del Trabajo. [publicación en línea] 2014 [citada 15 octubre 2017] Se consigue en: URL: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---normes/documents/publication/wcms_246945.pdf

28. Ortega RC, López RF. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2004; 4(1).
29. Robles GM, Dierssen ST, Martínez OE, Herrera CP, Díaz MAR, Llorca DJ. Variables relacionadas con la satisfacción laboral: un estudio transversal a partir del modelo EFQM. *Gaceta sanitaria* 2005; 19(2): 127-134.
30. Patlán PJ, Flores HR. Desarrollo y validación de la escala multidimensional de clima organizacional (EMCO): un estudio empírico con profesionales de la salud. *Ciencia & trabajo* 2013; 15(48): 131-139.
31. Hernández MD. Validez y Confiabilidad de un Instrumento para Evaluar el Clima Organizacional en Diferentes Ramas de Actividad Económica. *Revista de la Facultad de Contaduría y Ciencias Administrativas* 2017; 1(2): 405-429.
32. Uluaga PAM, Montoya A, Moreno SM. Relación entre síndrome de burnout, estrategias de afrontamiento y engagement. *Psicología desde el Caribe* 2012; 29 (1).
33. Carrillo ER, Gómez K, Espinoza de los MI. Síndrome de burnout en la práctica médica. *Medicina Interna de México* 2012; 28(6): 579-584.
34. Gil MPR. El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar, *Madrid: Ediciones Pirámide*; 2005.
35. Rodríguez VMV. Síndrome de desgaste estudiantil (Burnout) y su asociación con ansiedad y depresión en alumnos de una Escuela de Enfermería. En: *Congreso Virtual sobre Cuerpos Académicos y Grupos de Investigación en Iberoamérica febrero 2015*; (1)1.
36. Gil MPR, Peiró JM. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de psicología* 1999; 15(2).
37. Observatorio de Riesgos Psicosociales UGT (Unión General de Trabajadores) [publicación en línea] 2013[citada 14 noviembre 2017]. El cuestionario MBI Evolución del Burnout. Se consigue en: URL: <http://portal.ugt.org/saludlaboral/observatorio/fichas/FichasObservatorio%2042.pdf>
38. Arteaga RA. Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal de Salud. *Revista Médica Panacea* 2015: 4(2).
39. Zavala GM, Posada AS, Jiménez O, López L, Pedrero G, Pérez B. Síndrome de Burnout en personal médico y de enfermería de una unidad de medicina familiar en Tabasco, México. *Rev. Med. UV* 2011 Julio-Diciembre; 18-23.

40. Juárez GA, Idrovo Á J, Camacho ÁA, Placencia RO. Síndrome de burnout en población mexicana: Una revisión sistemática. *Salud mental* 2014; 37(2): 159-176.
41. La seguridad Social al Trasluz del ISSEMyM. XXV Aniversario, Toluca, México. s/a de ed. 1- 77
42. de Helsinki D. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [publicación en línea] *Fortaleza. Se consigue en: URL: <http://www.wma.net/es/3Qpublications/10policies/b3/Links>*.
43. Ley General de Salud de 2011. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. [citada 10 octubre 2017]. Se consigue en: URL:<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>.
44. Maguiña C, Galán RE. Health situation in Peru: the pending agenda. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2011;28(3):569-70.
45. Marques FMP. *As percepções da cultura organizacional e a Síndrome de Burnout*. [tesis doctoral] Portugal: Instituto Superior de Economia e Gestão; 2011.
46. Novick N. Trabajo, ocupación y empleo. Trayectorias negociación colectiva e ingresos. Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales, Buenos Aires. 2005.
47. Arias WL, Jiménez NA. Incidencia del síndrome de Burnout en enfermeras de los hospitales de Arequipa. *Nuevos Paradigmas* 2011; 5(1):37-50.
48. Acevedo G, Farias A, Sánchez J, Astegiano C, Fernández A. Condiciones de trabajo del equipo de salud en centros de atención primaria desde la perspectiva de trabajo decente. *Revista Argentina de Salud Pública* 2012; 3(12): 15-22.
49. Solís CZ, Zamudio EL, Matzumura KJ, Gutiérrez CH. Relación entre clima organizacional y síndrome de burnout en el servicio de emergencias de un hospital Categoría III-2. Lima, Perú. *Horizonte Médico* 2016; 16 (4): 32-38.
50. Contreras F, Espinal L, Pachón AM, González J. Burnout, liderazgo y satisfacción laboral en el personal asistencial de un hospital de tercer nivel en Bogotá. *Diversitas: Perspectivas en Psicología* 2013; 9 (1):65-80.
51. de Albuquerque, LCE, de Brito BCA, Leite SN. Aplicativo Janela de Johari: instrumento inovador no processo de feedback1.
52. Arias WA, Valdivia JZ. Clima organizacional, síndrome de Burnout y afrontamiento en trabajadores de un Hospital Oncológico de Arequipa. *Revista de Psicología* 2013;15(1):37-54.

53. Joffre VM. Síndrome de Burnout en profesionales de la salud en el Hospital General "Dr. Carlos Canseco" de Tampico, Tamaulipas.[tesis doctoral]. Granada: Univ. Granada. Departamento de Bioquímica y Biología Molecular III e inmunología; 2010.
54. Cabrera LS, Medina EH, Robaina PE, Sánchez PM, Sánchez RP, Moreno, RF. Síndrome de burnout entre el personal de enfermería y auxiliar de una unidad de cuidados intensivos y el de las plantas de hospitalización. Enfermería clínica 2009; 19(1): 31-34.
55. Risquez MR, Hernández FP, Fernández CG. Burnout y salud percibida en profesionales de enfermería de Cuidados Intensivos. Enfermería intensiva 2008;19(4):169-178.
56. Sánchez AP, Sierra OVM. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería en UVI. Enfermería Global 2014; 13(33): 252-266.
57. Navarro AJM. Revisión de los estudios sobre los profesionales de enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos de España. Enfermería global 2012; 11(26): 267-289.
58. Aldrete RMG, Pando MM, Aranda BC, Balcázar PN. Síndrome de Burnout en maestros de educación básica, nivel primaria de Guadalajara. Investigación en salud 2003; (1).
59. Gil MP, Marucco MA. Depresión y su relación con el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en pediatras del conurbano bonaerense. Diagnosis [publicación periódica en línea] [citado 2017 oct 7]. Se consigue en: URL: http://www.uv.e./unispico/pdf/Publicaciones/Articulos/01_SQT/2006_Diagnosisi.pdf
60. Cruz B, Austria F, Herrera L, Salas J, Vega CZ. Prevalencia del síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento durante una epidemia de influenza AH1N1. Suma Psicológica 2011; 18 (2):17-28.
61. Lasio MV. Clima y su evolución hacia un concepto estratégico. Academia, Revista Latinoamericana de Administración 2003; (30):87-95.