



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional

Programa de Profundización en Psicología de la Salud

PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN TRABAJADORES
DE RESTAURANTES DE LA CIUDAD DE MÉXICO

REPORTE DE INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

QUÉ PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

OMAR URBINA CHÁVEZ

Director: Dr. Enrique Berra Ruiz

Dictaminador: Mtra. Laura Edith Pérez Laborde

Lic. Mónica Aranda García



Los Reyes Iztacala, Tlalnepanitla Estado de México, 29 Mayo 2020.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Este trabajo lo dedico a mi mamá por ser el mejor ejemplo de esfuerzo, perseverancia y amor que he podido tener en la vida, por siempre estar, apoyarme y mantenerme fuerte y constante en mi avance personal y profesional. Te amo y admiro tanto.

A mi papá Jorge Alberto, que es un gran ejemplo de lo que la fuerza de voluntad puede lograr.

A mi abue por ser tan especial en mi vida y apoyarme todos los días.

A mis hermanos Jorge, Brenda y Tania que con todo el cariño y preocupación se han mantenido atentos a mis estudios y me han alentado a seguir.

A Daniel por ser una pareja ideal, compañero, soporte, amigo y guía que ha permanecido incondicionalmente a mi lado e impulsado mi desarrollo académico.

A mi Director Dr. Enrique Berra Ruiz, quien en todo momento mostró un profesionalismo admirable así como una gran disposición y paciencia para aclarar todas mis dudas, gracias por todas las enseñanzas y conocimientos que me ha brindado permitiéndome concluir este proyecto.
¡Gracias profesor!

A mis amigos Nancy, Pineda, Pau, Jann, Brenda, que durante toda la carrera fueron parte elemental y gran soporte para lograr llegar hasta este punto.

A mis colegas, compañeros, confidentes, amigos y apoyo de vida Ballesteros, Yaz y Mon quienes representan una sincera amistad y a quienes admiro mucho.

¡A todos Gracias!

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. SÍNDROME DE BURNOUT	3
1.2 VARIABLES RELACIONADAS CON EL SÍNDROME DE BURNOUT	7
1.3 CONSECUENCIAS Y AFECTACIONES	13
1.4 DATOS ESTADÍSTICOS DEL BURNOUT	15
CAPÍTULO 2. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	21
CAPÍTULO 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	25
CAPÍTULO 4. MÉTODO.	27
4.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.	27
4.2 OBJETIVOS.	27
4.3 HIPÓTESIS.	28
4.4 TIPO DE ESTUDIO.	28
4.5 VARIABLES.	29
4.6 INSTRUMENTOS.	31
4.7 POBLACIÓN Y MUESTRA.	33
4.8 PROCEDIMIENTO.	33
CAPÍTULO 5. RESULTADOS.	35
5.1 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DESCRIPTIVO	36
5.1.1 ANÁLISI DE FIABILIDAD.	36
5.1.2 ÁNALISIS FACTORIAL.	37
5.1.3 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.	39
5.1.4 ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DEL SÍNDROME DE BURNOUT Y SUS FASES.	45
5.1.5 ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA FACTORES PSICOSOMÁTICOS	45
5.1.6 ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA CUESTRIONARIO DE ESTRÉS Y AFRONTAMIENTO.	47
5.2 ANÁLISIS ESTADÍSTICO INFERENCIAL.	50
5.2.1 RELACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT CON FACTORES PSICOSOMÁTICOS	50
5.2.2 RELACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT CON FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS.	59
5.2.2 RELACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT CON CUESTIONARIO DE ESTRÉS EMOCIONES Y AFRONTAMIENTO.	63

5.2.3 RELACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT, FACTORES PSICOSOMÁTICOS, ESTRÉS PERCIBIDO (CEEA) CON ESTRÉS PERCIBIDO POR COVID-19.	69
CAPÍTULO 6. DISCUSIONES	71
CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES	78
LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	83
REFERENCIAS	84
ANEXOS	92

INTRODUCCIÓN

Actualmente los estilos de vida que las personas llevan derivados de los ámbitos laborales con diversas demandas implican que se encuentren sometidos constantemente a largos periodos de alto estrés, fatiga, presión y desgaste; elementos que, al no regularse, pueden llegar a impactar en la calidad de vida del trabajador, estos aspectos se han identificado en el Síndrome de Burnout (en adelante SB), Síndrome de Agotamiento o Síndrome de Quemarse por el Trabajo.

El término Burnout, cuya traducción al castellano significa literalmente “estar quemado” por el trabajo (del inglés: to burn: quemarse, burnout: haberse quemado), ha sido claramente definido y ha tomado gran importancia a nivel mundial, sin embargo, fue utilizado por primera vez en 1974 dentro del contexto clínico por el psiquiatra Herbert Freudeberger, cuando realizó una investigación en torno al comportamiento y desgaste que presentaba el personal de salud encargado de un programa de adolescentes delincuentes (Olvera, Téllez & González, 2015).

Asimismo, se atribuye por primera vez como un concepto enfocado al área psicosocial y de la salud a los trabajos realizados por Maslach y Jackson (1977; citados por Juárez, Idrovo, Camacho & Placencia, 2014), el cual se dio a conocer de forma pública en el Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicólogos (APA), describiéndolo como “un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal que puede ocurrir entre individuos cuyo objeto de trabajo son otras personas” (Maslach & Jackson, 1977; citados por Juárez, Idrovo, Camacho & Placencia, 2014, p. 160).

Luego, Edelwich y Brodsky (1980) plantean que se trata de una pérdida progresiva de idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda como resultado de las condiciones de trabajo. Por lo cual, se establecen cuatro fases por las que para cualquier persona que llegue a padecer SB: fase inicial de entusiasmo caracterizada por elevadas aspiraciones, energía desbordante y carencia de la noción de peligro; una segunda fase de estancamiento, que surge cuando no se cumplen las expectativas elaboradas originales; sigue una tercera fase, de frustración, en la que se evidencian problemas emocionales, físicos y conductuales en la que el trabajo se siente como algo carente de sentido; y por último, se llega a una cuarta etapa de apatía o de indiferencia en el trabajo, que constituye el mecanismo de defensa del sujeto ante la frustración.

Por otra parte Cherniss (1980) lo describe como un proceso transaccional de estrés y tensión en el trabajo en el que destacan tres momentos: un primer momento en el que se da un desequilibrio entre las demandas en el trabajo y los recursos personales (estrés); a continuación, se produce una respuesta emocional a corto plazo caracterizada por ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento; y posteriormente, un tercer momento, en el que el individuo experimenta cambios en actitudes y conductas (afrontamiento defensivo). Otros autores/as, como Pines, Aronson y Kafry (1981) lo asemejan a un estado de agotamiento físico, emocional y mental producido como resultado de estar implicada la persona largos periodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente.

CAPÍTULO 1. SÍNDROME DE BURNOUT

Conforme a Uribe-Prado (2010) existen dos principales modelos tridimensionales que describen las fases del síndrome que desarrolla a saber: el modelo de Leiter y Maslach (1988) y el modelo de Golembiewski & Muzenrider (1988).

En el primero el SB se inicia con el cansancio emocional, resultado del desequilibrio entre demandas organizacionales y recursos personales; después, pasa a la despersonalización, que se transforma en una salida a la situación creada, y finaliza en la falta de realización personal, producto de la confrontación entre las estrategias de afrontamiento elegidas y el compromiso personal exigible en el trabajo asistencial o de atención al público, en otras palabras, los criterios se pueden entender de la siguiente manera:

a) **Cansancio emocional (agotamiento):** haciendo referencia al sentimiento de que los recursos emocionales y físicos se van desvaneciendo al punto en que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. Se refleja con indicadores cómo sentirse agotado emocionalmente por el trabajo, sentirse cansado al final de la jornada, etc. Maslach (1982) la define como un “patrón de sobrecarga emocional donde la gente se siente desgastada. Pierden energía para hacer frente a otro día” (p.3).

b) **Cinismo o despersonalización:** punto de vista negativo y desvergonzado sobre el trabajo y las personas a las que se atiende presentando irritabilidad,

actitudes negativas y respuesta frías e impersonales hacia ellas. Algunos de sus indicadores son tratar a las personas como objetos impersonales o la preocupación por el endurecimiento emocional que se observa uno mismo. Maslach y Pines (1977) identifican esta dimensión como “una percepción (de los clientes) muy deshumanizada y cínica, donde son etiquetados y tratados por consiguiente de manera despectiva” (p. 101).

c) **Falta de realización personal (insatisfacción de logro):** Son respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo, en donde el sentido de logro es mínimo, hay baja percepción de autoeficacia y sentimiento de incompetencia (El-Sahili, 2015), por lo que se afecta la relación con las personas a las que se atiende. Esta autoevaluación negativa afecta a las habilidades de realización laboral y los profesionales se sienten infelices y descontentos tanto consigo mismo como con su labor profesional.

El segundo modelo, establece que el síndrome es un proceso en el que los trabajadores pierden el compromiso inicial que tenían con su trabajo, como una forma de respuesta al estrés laboral y a la tensión que les genera. Estos investigadores apoyan la secuencia de Leiter, es decir, la respuesta al conflicto con las experiencias y condiciones laborales, específicamente en situaciones de sobrecarga laboral (demasiada estimulación y grandes retos profesionales en un puesto) y pobreza de rol (puestos en los que existe poca estimulación y pocos retos profesionales).

Del mismo modo, Salanova y Schaufeli (2004), mencionan que se trata de “un estado negativo crónico, en el cual las personas presentan un agotamiento emocional

profundo acompañado de malestar, un sentimiento de reducida competencia, falta de motivación y el desarrollo de actitudes negativas en el trabajo” (p. 115), los cuales pueden afectar directamente la calidad de vida del trabajador impactando tanto en su estado físico como en el emocional.

Además, Gil Monte (2005) establece que se trata de un proceso caracterizado como una respuesta al estrés laboral crónico que tiene una gran incidencia en los profesionales del sector servicios que trabajan de cara a la gente y en el que intervienen variables cognitivo-aptitudinales (baja realización personal en el trabajo), variables emocionales (agotamiento emocional) y variables actitudinales (despersonalización). De esta forma, establece que el agotamiento emocional y los sentimientos de minusvalía, así como algunos malestares hacia el ambiente, son en realidad una experiencia subjetiva de carácter negativo compuesta por cogniciones, emociones y actitudes hacia el trabajo, hacia las personas y hacia el propio rol profesional; probablemente como una respuesta al estrés laboral, en donde de igual manera se pueden presentar varias disfunciones conductuales, psicológicas y fisiológicas que impactan de manera nociva a las personas y, por lo tanto, a las organizaciones laborales (Gil-Monte, 2005; citado por Uribe, 2010).

Por último, cabe señalar que recientemente la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha considerado al SB como enfermedad y lo incluye en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), en su 11ª revisión, describiéndolo de la siguiente forma: síndrome conceptualizado como resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito. Se caracteriza por tres dimensiones: 1) sentimientos de falta de energía o agotamiento 2) aumento de la distancia mental con

respecto al trabajo o sentimientos negativos o cínicos con respecto al trabajo y 3) eficacia profesional reducida, el síndrome de desgaste ocupacional se refiere específicamente a los fenómenos en el contexto laboral y no debe aplicarse para describir experiencias en otras áreas de la vida. De igual forma, en el 2010 la Organización Internacional del Trabajo (OIT) lo clasifica como una variable importante como factor de riesgo psicosocial y de salud.

Ahora bien, es importante resaltar que no es lo mismo SB que estrés laboral, ya que el primero es la respuesta al estrés crónico (El-Sahili, 2015), donde influyen factores psicosomáticos, conductuales, emocionales y del ambiente laboral; se manifiesta a largo plazo y es común en profesionales de ocupaciones en las que se ayuda o se atienden las necesidades de otras personas, por ejemplo, en enseñanza, medicina, terapia, trabajo social, atención a clientes, entre otras (Consuegra, 2010). Así, el “estrés laboral es un término que por lo regular se refiere a las respuestas físicas y comportamentales frente a las presiones relacionadas con el trabajo, las cuales permanecen activas por periodos cortos” (El-Sahili, 2015, p. 1).

Se debe agregar que el estrés relacionado con el trabajo está determinado por la organización del trabajo, el diseño del trabajo y las relaciones laborales y tiene lugar cuando las exigencias del trabajo no se corresponden o exceden de las capacidades, recursos o necesidades del trabajador o cuando el conocimiento y las habilidades de un trabajador o de un grupo para enfrentar dichas exigencias, no coinciden con las expectativas de la cultura organizativa de una empresa (OIT, 2016).

1.2 VARIABLES RELACIONADAS CON EL SÍNDROME DE BURNOUT

Hasta aquí se han mencionado las diferentes definiciones y modelos de estudio para el SB, sin embargo, es importante resaltar que, al tratarse de un síndrome individual en relación con la sociedad (organización), se verán involucradas diferentes variables entre las que destacan: variables laborales, demográficas y psicosomáticas.

Con respecto a las variables laborales, Apiquian (2007) menciona que los factores relacionados con las características del puesto y el ambiente de trabajo que principalmente se asocian con el burnout son: los turnos laborales y el horario de trabajo, seguridad y estabilidad en el puesto, antigüedad profesional, progreso excesivo o escaso, incorporación de nuevas tecnologías en las organizaciones, estructura y clima organizacional, oportunidad para el control, retroalimentación de la propia tarea, relaciones interpersonales, salario y estrategia empresarial.

Como variable laboral, la antigüedad en el trabajo ha sido ligada al síndrome de Burnout; donde se ha podido establecer que a más años de antigüedad laboral, mayor serán los niveles de Burnout (Gil-Monte & Peiró, 1997; McDeemott, 1984; Pines & Maslach, 1978cf. en Virloria, Paredes, & Paredes, 2003; citados por Acosta, 2009).

En cuanto a las variables sociodemográficas relacionadas con el SB, Maslach (2001), señala que entre las variables personales que han sido relacionadas con SB, se pueden mencionar la edad, el sexo o el nivel educacional; a su vez, Johson,

Machowski, Holdsworth, Kern y Zapf (2017), mencionan que la edad se correlaciona de forma negativa con los niveles de cinismo y agotamiento emocional, a mayor edad, los empleados están menos expuestos al desarrollo de Burnout, aunque tienen mayor compromiso laboral. Maslach (2001) y Patlán (2013), establecen que los trabajadores de menor edad presentan un agotamiento emocional más elevado, estableciendo que los empleados más jóvenes se han reportado niveles más altos que en aquellos trabajadores de 30 o 40 años.

Sin embargo, aunque los empleados de mayor edad muestran una probabilidad más baja de desarrollar Burnout, una vez que éste se hace patente, se encuentran más expuestos a desencadenar consecuencias relacionadas con dolores de cabeza, migrañas, aumento de la presión arterial, alteraciones gástricas, elevada presión arterial, vértigos, etc. (Rožman, Treven, Čančer & Cingula, 2017).

Referente al nivel de estudios, en 2017, Cruz y Puente realizaron una investigación descriptiva correlacional que buscó identificar la presencia del síndrome de Burnout y las estrategias de afrontamiento en 113 guardias de seguridad, quienes respondieron el Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) y la escala de estrategias de Coping Modificada (EEC- M), estableciendo que a mayores niveles de escolaridad, mayores niveles del síndrome de Burnout debido a las responsabilidades relacionadas con el trabajo.

Con respecto al sexo, se menciona que se presenta comúnmente en las mujeres debido al doble rol que desempeñan, lo que las sitúa como un grupo vulnerable ante el SB (Patton & Goddard, 2006; Unda, 2010; Aldrete, Aranda, Pando & Salazar, 2011;

Arias & Jiménez, 2012; Backteman, 2013; Ferrel, Sierra & Rodríguez, 2010; Atance, 1997; citados por Cruz & Puente, 2017).

Será preciso mostrar que, Matud (2004), en una muestra de 2,816 residentes de las Islas Canarias, encontró diferencias por sexo relacionadas con los estilos de afrontamiento, la salud y el estrés en donde las mujeres reportaron niveles de estrés crónico, síntomas somáticos y estrés psicológico significativamente mayores que los hombres.

En sintonía con lo anterior, Ramírez y Zurita (2010) realizaron una investigación para evaluar la influencia de las variables organizacionales y de las variables psicosociales, en el desarrollo del SB en una muestra de 120 trabajadores de los establecimientos públicos de la ciudad de Arica, Chile. Se emplearon los instrumentos Perfil de Estrés de Nowack, Maslach Burnout Inventory (MBI, Maslach y Jackson, 1986,), Cuestionario de Satisfacción Laboral S21/26, Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS), Escala de Clima Laboral, desarrollado por Ramírez (2008), Escala Work-Life (Trabajo-Vida) y se evaluaron las variables sociodemográficas como: edad, sexo, número de horas de trabajo, nivel educacional, entre otras; encontrando que el 71,7% eran mujeres y un 28,3% hombres; con una edad promedio de 50 y 49 años, respectivamente; en cuanto al estado civil, un 57,5% eran casados, un 10% convivían, un 5,8% eran viudos y un 26,7% eran solteros. Finalmente, un 30,8% presentaron el síndrome, mientras que un 40,0%, se encontraban en riesgo de experimentarlo, y un 29,2% no presentaban signos de experimentar SB.

Así mismo, Muñoz, Osorio, Robles y Romero; en 2014, por medio de una investigación con 174 enfermeras en Colombia, buscaron identificar la relevancia del SB e identificar su relación con las variables sociodemográficas, en donde encontraron que la prevalencia del Burnout fue del 20.1% y que 52.3% de las enfermeras en las pruebas se establecían en riesgo de padecerlo, resaltando aquellas quienes refirieron no tener una pareja, presentaron una relación temporal con el SB; las personas con compromisos sentimentales y un contrato laboral fijo fueron quienes lo sufrían en mayor proporción, al igual que los hombres o mujeres con hijos.

Aunque el Burnout está más ligado al ámbito laboral y no a la psicopatología, se ha constatado que ésta, junto con el estrés laboral, detonan el síndrome y los rasgos más significativos en los empleados que presentan el problema son: exhiben un menor locus de control externo y baja eficacia, personas dependientes con altos niveles de neuroticismo, baja defensa ante el estrés, excesivo idealismo, demasiada autoexigencia en el trabajo, alta sensibilidad emocional y adicción al trabajo (El-Sahili, 2015).

En relación con lo anterior, Ramírez, Ontaneda y Jiménez (2019); realizaron una investigación transversal de tipo descriptivo y correlacional con un enfoque cuantitativo en 149 médicos del sur de Ecuador, para identificar la relación entre el Síndrome de Burnout y los rasgos de personalidad utilizando el Inventario de Burnout de Maslach (Maslach Burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson, 1986; versión española de Seisdedos, 1997) y el Cuestionario de Personalidad de Eysenck Revisado-Abreviado (Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated [EPQR-A]); Francis, Brown y Philipchalk, 1992; versión española de Sandín, Valiente y Chorot, 1999) encontrando que el 25.5% tuvo puntuación alta con respecto al agotamiento emocional, el 10.7%

conforme a la despersonalización y el el 59.1% presenta baja realización personal. Por último, conforme a la personalidad la extroversión repuntó más alto con una media mayor con 3.9, seguido de neuroticismo 2.2 y finalmente el rasgo de psicoticismo con 1.8.

Se debe agregar que de acuerdo con el *Diagnosics and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM V)*, muchos trastornos relacionados con problemas de medicina psiquiátrica se relacionan con el estrés; tales como los trastornos de dolor (muscular, cefaleas, menstruales, óseos, etc.), gastrointestinales, del sueño, sexuales, psiconeuróticos, ansiedad, depresión; sin embargo, no todos estos malestares se pueden atribuir a enfermedades psiquiátricas, empezando por la manera de abordarlos (American Psychiatric Association, 2013). En el caso del burnout se ha comprobado en diversos meta-análisis que éste si se relaciona con salud, específicamente con factores psicosomáticos específicos (Gil-Monte, 2005; Gil-Monte & Peiró, 1997; Juárez-García, Javier, Camacho-Ávila & Placencia-Reyes [en prensa]; Schaufeli, Leiter & Maslach, 2009; citados por Uribe, López, Pérez & García, 2014).

En relación con lo anterior Miró, Solanes, Martínez, Sánchez y Rodríguez (2007) realizaron un estudio, con el objetivo de analizar a trabajadores sanos de distintos sectores profesionales (N=316) la relación entre sueño, burnout y tensión laboral. Para ello utilizaron un cuestionario de 14 ítems ex profeso sobre hábitos de sueño (hora de acostarse y levantarse, latencia de sueño, despertares nocturnos, cantidad de sueño, presencia de siestas y su duración, calidad del sueño), el Cuestionario de Matutinidad Vespertinidad de Horne y Östberg (Morningness-Eveningness Questionnaire: reduced scale, rMEQ) adaptado al castellano por Adan y Almirall (1991) para identificar la

tipología circadiana y el Inventario Burnout de Maslach-Escala General de Schaufeli et al. 1996 (Maslach Burnout Inventory-General Survey, MBI-GS) en su adaptación al castellano realizada por Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró y Grau (2000). Encontrando que el agotamiento emocional del MBI correlacionó significativamente con la latencia de sueño ($r= 0,16, p<0,05$), los despertares nocturnos ($r= 0,13, p<0,05$), las horas de sueño ($r= -0,19, p<0,01$) y la calidad de sueño ($Rho= -0,33, p<0,01$). La puntuación total de burnout mostró un patrón de correlaciones similar a la dimensión de agotamiento (valores r desde $0,14$ a $0,38$). El cinismo del MBI correlacionó significativamente con las horas de sueño ($r= -0,14, p<0,05$) y la calidad de sueño ($Rho= -0,28, p<0,01$). Por último, la eficacia profesional correlacionó significativamente con el número de despertares nocturnos ($r= -0,22, p<0,01$) y la calidad de sueño ($Rho= 0,24, p<0,01$).

De igual forma Uribe-Prado, García, Nataly, Aplizar y Retiz (2008) realizaron una investigación en 200 cajeros del sector bancario la relación existente entre desgaste ocupacional y un perfil psicosomático, se utilizó la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO) encontrando que la correlación entre las variables fue positiva; además, las regresiones múltiples mostraron un perfil psicosomático con trastornos psicosexuales, de dolor, gastrointestinales, psiconeuróticos e indicadores de depresión y ansiedad.

De esta forma se pone de manifiesto que el SB está estrechamente relacionado con múltiples variables, destacando las sociodemográficas, laborales y psicosomáticas las cuales sumadas al modelo del SB propuesto por Leiter y Maslach (1988), fueron criterio para la elaboración de la escala de Desgaste Ocupacional realizada por Uribe

(2008) en donde a través de una investigación con 523 sujetos habitantes de la Ciudad de México se pone de manifiesto que el desgaste ocupacional se asocia con algunas de las variables demográficas tales como: ser mujer, no tener pareja, tener una escolaridad baja, no tener hijos, ser joven, con pocos años con la pareja y durante la etapa. En el plano laboral; el desgaste ocupacional se relacionó con tener puestos operativos, trabajar principalmente en la iniciativa privada, laborar por contratos o por obra o tiempo determinado, el exceso de horas de trabajo al día, tener poca antigüedad en el trabajo, pocos empleos en la vida, pocos ascensos y pocos ingresos. Finalmente, con relación a los factores físicos y psicosomáticos se observó que los trabajadores que fueron detectados con los mayores índices de desgaste fueron todos aquellos que han sufrido intervenciones quirúrgicas, fuman, consumen alcohol, no hacen ejercicio, toman medicamentos diversos durante varios años, jóvenes inexpertos, con pocos ingresos y sin reconocimientos; presentando mayor índice de correlación con desgaste ocupacional y trastornos psicosomáticos.

1.3 CONSECUENCIAS Y AFECTACIONES

Se puede decir que el SB se trata de un proceso multifactorial, el cual se irá presentando paulatinamente en el trabajador debido a la exposición en determinadas condiciones de trabajo que no le resultan controlables y que a pesar de poner en juego todos sus recursos personales, los trabajadores pueden experimentar algunas consecuencias a nivel biospsicosocial ya que puede presentar algunos síntomas como: alteraciones cardiorrespiratorias, jaquecas, gastritis, úlceras, insomnio, hipersomnio, cansancio hasta el agotamiento, malestar general, mareo, pérdida de peso, molestias y dolores musculares, hipertensión, crisis de asma, ansiedad, depresión, sentimientos de

culpabilidad, impaciencia e irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, sentimiento de soledad, sentimiento de alienación, sentimiento de impotencia, desorientación, aburrimiento, vivencias de baja realización personal, cambios bruscos de humor, incapacidad para vivir de forma relajada, incapacidad de concentración, superficialidad en el contacto con los demás, comportamientos de alto riesgo, aumento de conductas hiperactivas y agresivas, conducta despersonalizada en la relación con el cliente, absentismo laboral, desarrollo de conductas de exceso, abuso de estimulantes y otros tipos de sustancias (café, tabaco, alcohol, etc.); actitudes negativas hacia la vida en general, disminuye la calidad de vida personal, aumento de los problemas de pareja, familiares y en la red social extra laboral del sujeto y a nivel organizacional se puede manifestar: deterioro de la calidad en el servicio que otorga, baja productividad, ausentismo, retornos, problemas de asiduidad, rotación laboral y hasta abandono de trabajo; lo que resulta en afectaciones a la organización tanto en niveles de productividad como de rentabilidad (Burke, 1998; Cordes, Dougherty & Blum, 1997; Daniel & Pérez, 1999; Gil-Monte, 2005; Gil-Monte & Peiró, 1997; Golembiewski, 1982; Goodman & Boss, 2002; Manzano & Ramos, 2000; Mingote, 1997; Moreno & Oliver, 1993, Schaufeli & Dierendonck, 1995, citados por Uribe, 2010).

Simultáneamente, El-Sahili (2015), en su estudio sobre las causas específicas, generales e individuales del SB en docentes, establece que las consecuencias del SB se dividen en tres:

- Físicas: Cefaleas, migrañas, dolores de espalda, molestias gastrointestinales, fatiga crónica, hipertensión, asma, urticarias y taquicardias.

- Psicológicas: Frustración, irritabilidad, ansiedad, baja autoestima, desmotivación, sensación de desamparo, sentimientos de inferioridad, desconcentración y paranoia.
- Organizacionales: Infracción de normas, disminución del rendimiento, pérdida de calidad y calidez, absentismo, abandono y accidentes.

Aunado a lo anterior, en 2007, Apiquian clasificó los síntomas psicológicos del SB de la siguiente manera:

- Leve: los afectados presentan síntomas físicos, vagos e inespecíficos (cefaleas, dolores de espaldas, lumbalgias), el afectado se vuelve poco operativo.
- Moderada: aparece insomnio, déficit atencional y en la concentración, tendencia a la automedicación.
- Grave: mayor ausentismo, aversión por la tarea, cinismo. Abuso de alcohol y psicofármacos.
- Extrema: aislamiento, crisis existencial, depresión crónica y riesgo de suicidio.

1.4 DATOS ESTADÍSTICOS DEL BURNOUT

Ahora bien, con respecto a los antecedentes de la prevalencia del SB, la OMS redactó en 2004 un informe en el cual se evalúa la calidad de los sistemas de salud y se brindan algunas pautas para su mejora, así, entre los temas abordados se habla de la

importancia del talento humano y de la necesidad de mejorar la calidad de vida de los profesionales de la salud, dada la cantidad de estresores con los que deben lidiar cotidianamente en su lugar de trabajo (Ferrel, Sierra & Rodríguez, 2010), razón por la que a partir de este informe comienza un enorme incremento en los estudios sobre SB, principalmente en los profesionales de la salud y del área educativa. A modo de ejemplo, Saborío e Hidalgo (2015), mencionan que en Holanda “el 15% de la población trabajadora sufre de Burnout y se estima las pérdidas por enfermedades relacionadas al estrés en aproximadamente 1.7 billones de euros” (p. 2).

Sumado a lo anterior la OMS (2004), reconoce desde el año 2000 que “el estrés laboral es uno de los principales problemas para la salud de los trabajadores y el buen funcionamiento de las entidades para las que trabajan” (p. 1), en referencia a América Latina, la Encuesta Centroamericana sobre las Condiciones de Trabajo y la Salud evidenció importantes cifras del estrés laboral, pues entre 12 y 16% de la población trabajadora declaró sentirse estresada o con tensión excesiva de manera constante (OIT, 2012).

En lo que respecta a México, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) informa que las cifras de la OMS nos han colocado como el país número uno en estrés laboral, incluso por encima de dos de las potencias económicas más grandes del planeta, es decir, Estados Unidos (59%) y China (73%), debido a que la población trabajadora de México alcanzó un 75% de trabajadores con SB, lo que, de acuerdo con estimaciones de la OIT, genera pérdidas anuales de alrededor del 4% del Producto Interno Bruto (PIB) (Forbes, 2017; IMSS, s. f.). Por otra parte, de acuerdo con

información del periódico nacional El Universal (2015), la OMS determinó que el estrés laboral provoca el 25% de los 75 mil infartos al año que se registran en México.

A pesar del elevado porcentaje de trabajadores en México y el mundo que padecen el SB, o bien que sufren de estrés laboral, las investigaciones que se han realizado en torno al tema desde la denominación formal del síndrome, se han referido principalmente a la población de profesionales de la salud y la educación como se menciona líneas arriba incluso en años recientes se han enfocado en el ámbito deportivo (Flores, Martín, Vela & Martínez, 2017; Olivares, Garcés, Ortín & De Franco, 2015; Reynaga, Mena, Valadez, Rodríguez & González, 2017), sin embargo, un campo laboral que destaca por sus características de alta demanda física, psicológica y social es el ámbito de la industria restaurantera, la cual en el 2014 conforme al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), está constituida por las unidades económicas que ofrecen el servicio de preparación de alimentos para consumo inmediato y que se encuentran establecidas en áreas urbanas, la generación de valor en la industria restaurantera, debe tomarse en consideración que contiene un lado tangible concretizado en la preparación de los alimentos y una parte intangible conformada por la atención que recibe el cliente.

Si se compara contra otros sectores como son: servicios educativos; servicios de salud y de asistencia social y corporativos; en conjunto estos ocuparon el 96% del total empleado por los servicios de preparación de alimentos (INEGI, 2014) los cuales en su gran mayoría cuentan con puestos operativos, medios y gerenciales; entre los que se pueden destacar: hostess, lavalozas, garroteros, meseros, capitanes de servicio,

gerentes, cajeros, administradores, almacenistas, cocinero “a”, “b” y “c”, chefs, bartenders y jefes de barra, entre otros.

Análogamente, en 2012, Proaño realizó una investigación sobre los factores organizacionales que generan estrés laboral en el personal operativo de un hotel de Quito (cocina, restaurante, camareras, mantenimiento y lavandería). La investigación tuvo como objetivo determinar la existencia de estrés laboral por medio de la descripción y el análisis de la Escala de Apercepción de Estrés Sociolaboral, el estudio se llevó a cabo bajo un diseño descriptivo de enfoque cuantitativo, con una n=34. Los tres factores analizados fueron: Factor I: sobrecarga de tareas y funciones laborales, tipo de trabajo, horario, ritmo, responsabilidad excesiva, limitación de tiempo y no poder realizar el trabajo como al sujeto le gustaría; Factor II: competitividad laboral, relación con los demás, desorganización laboral, supervisión del tiempo, interrupción del ritmo de trabajo, falta de alicientes, poca posibilidad de ascenso laboral, reproches, inseguridad del puesto y falta de reconocimiento laboral; y dentro del Factor III: etapa de preparación profesional, no conseguir objetivos, fracaso profesional, éxito alcanzado, futuro profesional, cercanía de jubilación. El análisis de los resultados arrojó que el 5.88% de la muestra presenta estrés laboral muy alto, el 23.52% presenta un nivel alto, el 26.47% presenta un nivel bajo y el 44.11% presentan nivel muy bajo; resaltando que los componentes del Factor II, son los que más se relacionaron con los niveles alto y muy alto.

Una investigación realizada en España por Masluk, Gascón, Asensio & Albesa (2014), tuvo como objetivo hacer un análisis de las interacciones de las demandas de trabajo, control de trabajo y el apoyo social, utilizando solamente tres componentes del

SB (agotamiento emocional, cinismo y eficacia), teniendo como sujetos de estudio a trabajadores de la industria hotelera, restaurantera y de *catering*, con una n=418, aplicando el cuestionario de "Áreas de vida laboral" y " Maslach Burnout Inventory - Estudio General"; el análisis de los resultados se realizó por medio de la correlación de las variables; los resultados arrojaron que el control amortigua la relación entre las demandas del lugar de trabajo y la presencia de los componentes del SB y que el sentimiento de comunidad modera la relación entre las demandas del lugar de trabajo y la presencia del componente de agotamiento emocional, por lo que se concluyó que el control y el apoyo social en los trabajadores del sector de la hotelería son factores de protección contra el agotamiento; por el contrario, el componente de cinismo (falta de interés, pérdida de sentido, indiferencia hacia el trabajo), se observó que puede ser moderado por el aumento del control hacia el propio trabajo.

De igual forma, Meier (2007), llevó a cabo una investigación con el objetivo de identificar la prevalencia del SB en trabajadores del restaurante de comida rápida Platón, en Temuco; por medio de 5 ejes: 1. Definir número de individuos con SB; 2. Definir número de individuos con "tendencia" al SB; 3. Identificar y caracterizar los factores asociados al SB; 4. Caracterizar a la población con "tendencia" al SB y 5. Caracterizar el ambiente laboral en que se desempeña la población con "tendencia" al SB, según la calidad percibida. El estudio fue cuantitativo, descriptivo de corte transversal, con una n=15; se aplicó el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) (Maslach y Jackson, 1986) y un cuestionario para la recolección de datos sociodemográficos y del ambiente laboral. De acuerdo a las categorizaciones establecidas por Meier (2007), en congruencia con el MBI, los resultados obtenidos

mostraron a un 47% de individuos sanos, un 53% con tendencia al SB y 0% de la población estudiada presentó SB; al hacer la diferenciación por sexo, Meier (2007), encontró que en la distribución numérica el porcentaje para la categoría de sanos corresponde al 67% para el sexo femenino, mientras que del porcentaje total de los que tienen tendencia al síndrome, el porcentaje corresponde al 50% para cada sexo del total de la población entrevistada un 53% realizaba

labores en la cocina del restaurante. Menciona Meier (2007), que no se puede establecer una comparación de los datos debido a la inexistencia de estudios sobre la prevalencia del SB en personas que trabajan en restaurantes de comida rápida y concluye que “la falta de condiciones óptimas para el desarrollo diario del trabajo [...], la percepción de seguridad laboral como ‘mala’, la percepción de la influencia negativa de la temperatura y de la ventilación, además de desarrollar sus labores diarias en la cocina del restaurante, podrían ser los factores que se asocian a la prevalencia de tendencia al SB en esta población” (p. 59).

Por otra parte, la investigación realizada por Alvarado (2014), tuvo como objetivo identificar si existía una relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre el SB y la actitud que tienen los trabajadores de servicio al cliente en una empresa, exclusivamente del área de servicio al cliente, orientada al mercado de restaurantes. La metodología usada fue cuantitativa, de diseño no experimental, transversal y correlacional, con una muestra de $n=50$ (todos de género masculino, con edad entre 18 y 45 años) y un tipo de muestreo no probabilístico. El principal instrumento de medición fue el Cuestionario de Burnout de Arias (2007), el cual incluye un análisis factorial para poder comprobar la consistencia de éste, siendo este correlacionado con el MBI

(Maslach y Jackson, 1986), teniendo una correlación de 0.528 tomando en cuenta el total del instrumento y un 0.638 en lo que respecta el área de cansancio; así como un cuestionario de Servicio al Cliente conformado por 15 preguntas. Los resultados muestran que sí existió una correlación negativa estadísticamente significativa entre el SB y la actitud de servicio al cliente, lo que significa que a medida que el nivel de SB de un individuo es menor, la actitud de servicio mejora; también se encontró que en la jornada laboral, la antigüedad en el trabajo no tuvo una relación estadísticamente significativa, por lo que no se pudo determinar si ambos aspectos determinan la actitud de servicio y el SB; finalmente, se determinó que el nivel del síndrome que presentaron los colaboradores se mantiene dentro del promedio requerido durante sus labores diarias; no obstante, Alvarado (2014), considera importante que las organizaciones diseñen e implementen programas de prevención para el síndrome, enfocados al área específica del servicio que se desempeña.

Por todo lo anterior y de acuerdo con a Gil-Monte (2005), se establece que el SB agrupa un conjunto de síntomas psicológicos y físicos que van evolucionando en el tiempo debido a la interacción de factores internos como externos, pero el contexto laboral definitivamente es el decisivo de la etiología de los síntomas y su curso. Debido a ello, es de suma importancia prevenir, detectar, tratar y mitigar la presencia y efectos del SB para crear espacios laborales saludables, que permitan el desarrollo y óptima calidad de vida para los trabajadores; así como la rentabilidad, productividad y durabilidad de las organizaciones.

CAPÍTULO 2. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

A pesar de que el SB puede representar grandes consecuencias como se ha visto, existen Estrategias de Afrontamiento (EA) las cuales son los recursos cognitivos y conductuales que utiliza una persona frente a situaciones estresantes. Lazarus y Folkman (1986) lo definen como “los esfuerzos cognitivos, emocionales y conductuales dirigidos a manejar las demandas internas y ambientales y qué pueden extralimitar o poner a prueba los recursos de las personas” (p. 350). Con base en ello, afirman la existencia de tres tipos de afrontamiento:

- Afrontamiento cognitivo: permite significar el suceso y hacerlo menos desagradable.
- Afrontamiento conductual: basado en conductas confrontativas de la realidad para manejar las consecuencias.
- Afrontamiento afectivo: regulación de las emociones para mantener un equilibrio afectivo.

El afrontamiento está relacionado con un procesamiento cognitivo o de interacción social que surge como resultado de un evento o situación estresante y sugiere el modo en que un sujeto intenta resistir y superar demandas excesivas para adaptarse a una nueva situación y restablecer el equilibrio (Rodríguez, Pastor & López, 1993; citados por Krzemien, Urquijo & Monchietti, 2004). Por ello, cuando las demandas del sujeto exceden sus recursos, se genera el estrés.

Más aún, Lazarus y Folkman (1984), consideran que el estrés es la consecuencia del desequilibrio entre los recursos del sujeto y las demandas de la

situación; por lo tanto, el afrontamiento es la puesta en práctica de esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes para manejar demandas externas o internas que el sujeto evalúa como excesivas y desbordantes en comparación con sus recursos, mientras que las estrategias son las pautas comportamentales que el sujeto despliega de acuerdo con los recursos que el medio social y cultural le ofrecen. El afrontamiento estaría determinado por la persona, el ambiente y por su interacción (Frydenberg, 1994).

De igual forma, Lazarus y Folkman (1986), han identificado dos tipos generales de afrontamiento, el dirigido a manipular o alterar el problema y el afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional. El primero se presenta cuando se considera que las situaciones estresantes pueden ser modificadas. Las acciones están dirigidas a definir el problema, buscar soluciones alternativas, ponderar costos y beneficios y llevar a cabo acciones efectivas. Son un conjunto de estrategias que tienen por objetivo solucionar un problema y conlleva un proceso analítico dirigido principalmente al entorno, aunque también puede dirigirse al sujeto. En el segundo caso, es decir, el afrontamiento centrado en la emoción, se busca regular las emociones que se asocian al evento o la situación que ha causado estrés.

Dicho lo anterior, en 1989 Caver, Sellar y Weintraub citados por Barría (2001), han creado una clasificación de 15 variables para clasificar las estrategias de afrontamiento: 1. Afrontamiento activo: llevar a cabo acciones, ejercer esfuerzos para eliminar o paliar el estresor. 2. Planificación: pensar cómo se va a hacer frente al estresor y planificar sus esfuerzos de afrontamiento activo. 3. Búsqueda de apoyo social Instrumental: buscar ayuda, información o consejo acerca de qué hacer. 4. Búsqueda de apoyo social emocional: buscar obtener simpatía o apoyo emocional

de alguien. 5. Suspensión de actividades distractoras: quitar la atención de otras actividades en las que se pueda estar implicado, para concentrarse de forma más completa en el estresor. 6. Religión: aumentar su implicación en actividades religiosas. 7. Reinterpretación positiva y crecimiento personal: sacar lo mejor de la situación para desarrollarse como persona o a partir de ella, es decir, lograr tener una perspectiva favorable. 8. Refrenar el afrontamiento: afrontar la situación pasivamente, posponiendo cualquier tentativa de afrontamiento hasta que pueda ser útil. 9. Aceptación: aceptar que el suceso ha ocurrido y es real. 10. Centrarse en las emociones y desahogarse: incremento de la atención hacia el propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos. 11. Negación: intentar rechazar la realidad del suceso de estresor.

12. Desconexión mental: desconectarse psicológicamente del objetivo con el que el estresor está interfiriendo mediante ensoñaciones, sueño o autodistracción. 13. Desconexión conductual: renunciar a cualquier esfuerzo o abandonar cualquier tentativa de alcanzar el objetivo con el estresor está interfiriendo. 14. Consumo de alcohol y drogas: tomar alcohol u otras sustancias para hacer frente al estresor. 15. Humor: hacer bromas sobre el estresor.

Luego, Londoño, Henao, Puerta, Posadas, Arango y Aguirre (2006); establecieron como referente el contemplar 12 estilos de EA, empleadas por las personas para poder enfrentar las diferentes situaciones que son: solución de problemas, apoyo social, espera, religión, evitación emocional, apoyo profesional, reacción agresiva, evitación cognitiva, reevaluación positiva, expresión de la dificultad de afrontamiento, negación y autonomía.

Por último, Gil-Monte & Peiró (1997), considera que el tipo de EA utilizadas están relacionadas con la probabilidad de desarrollar SB. Sugieren que el tipo de esfuerzos tanto conductuales como cognitivos que realiza una persona para reducir, controlar o tolerar las exigencias excesivas por transacciones estresantes centradas en el problema, predicen negativamente la aparición del SB, mientras que las evitativas o centradas en la emoción facilitan su aparición.

CAPÍTULO 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Conforme al INEGI (2014), en México operan alrededor de 7,232,691 restaurantes los cuales durante el 2013 generaron 177 mil 145 millones de pesos, esto representó el 1.1 % del PIB total del país así mismo, de todas las actividades que conforman el sector de servicios, la industria restaurantera ocupa el segundo lugar en la generación de empleo, sólo por detrás del sector de apoyo a los negocios y manejo de desechos, lo que significa que la industria restaurantera ocupó a un total de 1,475,981 personas, siendo las entidades de Ciudad de México, Guanajuato, Jalisco, México, Michoacán de Ocampo, Puebla y Veracruz de Ignacio de la Llave concentraron el 50.6% del total de los restaurantes (INEGI, 2014).

No obstante, de la derrama económica que genera la industria restaurantera y el número de trabajadores que emplea, hoy en día no existen estadísticas de organismos oficiales que refieran la cantidad de empleados de esta área que sufren de estrés laboral o del SB. Lo anterior resulta preocupante, pero también parece ser congruente con la relativamente reciente aparición del tema en los repertorios científicos, por lo que el presente proyecto de investigación busca identificar la prevalencia del SB en trabajadores relacionados con la atención al cliente del sector restaurantero.

A pesar de que varios autores, entre ellos, Maslach y Jackson (1977) Gil Monte (2001) y El-Sahili (2015), han hecho referencia que el SB se puede presentar en trabajadores, cuyo objeto principal es brindar atención a otro individuo, ya sea por temas relacionados con la salud, enseñanza, servicio y atención a clientes; la mayoría de las investigaciones se han enfocado principalmente a los trabajadores de la salud,

así como a los educadores, dejando de lado a varios sectores laborales, entre ellos el restaurantero, que debido a su característica, cumple el principal criterio del síndrome.

Por último, cabe resaltar que en la actualidad el sector restaurantero se enfrenta a uno de los retos más grandes a nivel interno y externo pues, por una parte, debe lograr posicionarse ante la competencia como una oferta gastronómica competitiva, original e innovadora que logre satisfacer todas las necesidades de los clientes, incluyendo la atención al comensal, las expectativas organolépticas de los alimentos, así como la experiencia de servicio que se desea, por lo cual, los trabajadores en el afán de cumplir dichas demandas, se encuentran sometidos constantemente a largos periodos de alto estrés, fatiga, presión y desgaste constante, situación que de no regularse por medio de un afrontamiento adecuado, puede generar el Síndrome de Burnout (SB).

CAPÍTULO 4. MÉTODO.

4.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuál es la prevalencia del Síndrome de Burnout en los trabajadores de la industria restaurantera en la Ciudad de México y con qué factores psicosomáticos y sociodemográficos se asocia en mayor proporción?

4.2 OBJETIVOS.

Identificar y diagnosticar los niveles del Síndrome de Burnout y su relación con factores psicosomáticos y sociodemográficas en trabajadores del ámbito restaurantera de la Ciudad de México.

Específicos.

1. Determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en trabajadores del ámbito restaurantera de la Ciudad de México conforme a las tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.
2. Identificar la relación estadísticamente significativa entre los niveles del Síndrome de Burnout en trabajadores del ámbito restaurantera de la Ciudad de México con respecto a los factores psicosomáticas.
3. Identificar la relación estadísticamente significativa entre los niveles del Síndrome de Burnout en trabajadores del ámbito restaurantera de la Ciudad de México con respecto a los factores sociodemográficas.

4. Proponer estrategias de intervención para la prevención del Síndrome de Burnout en trabajadores del ámbito restaurantero de la Ciudad de México.

4.3 HIPÓTESIS.

Ho1 No existe una relación entre el nivel del Síndrome de Burnout que presentan los trabajadores de la industria restaurantera que proporcionan atención a clientes con factores psicosomáticos.

Ha1 Existe una relación entre el nivel del Síndrome de Burnout que presentan los trabajadores de la industria restaurantera que proporcionan atención a clientes con factores psicosomáticos.

Ho1 No existe una relación entre el nivel del Síndrome de Burnout que presentan los trabajadores de la industria restaurantera que proporcionan atención a clientes con factores sociodemográficos.

Ha1 Existe una relación entre el nivel del Síndrome de Burnout que presentan los trabajadores de la industria restaurantera que proporcionan atención a clientes con factores sociodemográficos.

4.4 TIPO DE ESTUDIO.

Estudio no experimental o ex post-facto, dado que no se construyó ninguna situación, sino que se observaron situaciones ya existentes y se describen las características más importantes del fenómeno en lo que respecta a su aparición, frecuencia y desarrollo (Hernández, Fernández y Baptista, 1998); es un estudio de campo, dirigida a descubrir las relaciones e interacciones entre variables psicológicas y

sociológicas en estructuras sociales reales en donde no existe manipulación de las variables (Kerlinger, 1988).

Por ser un estudio de una muestra y una sola aplicación, con el objetivo de evaluar la incidencia y los valores que se manifiestan en una o más variables, se trata de un diseño Transversal Correlacional, que consiste en clasificar a la población en subgrupos o cuotas según ciertas características.

Para seleccionar a la muestra se eligen, conforme al criterio del investigador, los miembros que sean más representativos o típicos de acuerdo con el objetivo del estudio.

Con este procedimiento se intenta tener "representatividad" de la población estudiada, sin embargo, posee el defecto de que la información compilada sólo es válida para la muestra (Rojas, 1981; citado por Silva (1992).

4.5 VARIABLES.

- Síndrome de Burnout
- Factores Psicosomáticas
- Factores Sociodemográficas

Definición conceptual de Síndrome Burnout: síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal que puede ocurrir entre individuos cuyo objeto de trabajo son otras personas” (Maslach & Jackson, 1977; citados por Juárez, Idrovo, Camacho & Placencia, 2014, p. 160).

Definición conceptual de Factores Psicosomáticas: conforme al DSM IV se trata de grupo de trastornos en los que la característica común es la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental.

Definición conceptual de Factores Sociodemográficos: estudio de las poblaciones humanas tratando desde un punto de vista cuantitativo, su dimensión, estructura, evolución y características generales de una población de un territorio determinado (Maccio, 1997).

Definición operacional Síndrome de Burnout: puntaje obtenido de la respuesta a los reactivos basados en el modelo de Leiter y Maslach (1988) incluidos en la EDO (2010): a) agotamiento; b) despersonalización y c) insatisfacción de logro; definidos en dos grupos: de cero a la media como “bajo” y de la media al valor superior como “alto”, dando lugar a cuatro sumatorias (tabla 4.1) que permiten clasificar los puntos de los sujetos en las cuatro fases.

Tabla 4.1 Modelo de Leiter de combinación de valores “altos y bajos”

Factor/Etapa/Valores	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
<i>Agotamiento</i>	Bajo 1	Bajo 1	Alto 3	Alto 3
<i>Despersonalización</i>	Baja 1	Alta 2	Baja 1	Alta 2
<i>Insatisfacción de logro</i>	Baja 1	Baja 1	Baja 1	Alta 2
<i>Suma valores</i>	3	4	5	7

Definición operacional de Factores Psicosomáticos: puntaje obtenido de la respuesta a los reactivos correspondientes a: sueño, psicosexuales, gastrointestinales, psiconeuróticos, dolor, indicador de ansiedad e indicador de depresión incluidos en la EDO (Uribe-Prado, 2010).

Definición operacional Factores Sociodemográficos: puntaje obtenido de la respuesta a los reactivos correspondientes a: sexo, edad, estado civil, años con la pareja, escolaridad, tener hijos y número de hijos, puesto, tipo de contacto con el usuario de servicios, horas de trabajo al día, antigüedad en el trabajo, años de trabajo en la vida y número de ascensos incluidos en la EDO (Uribe-Prado, 2010).

4.6 INSTRUMENTOS.

Los instrumentos aplicados para esta investigación fueron:

- a) Escala de Desgaste Ocupacional (EDO) de Uribe-Prado (2010), adaptada para su aplicación en línea, mediante un formulario electrónico; el cual se trata de un cuestionario psicométrico creado para población mexicana con 105 reactivos, que consta de 30 reactivos para medir los tres factores de desgaste ocupacional: desgaste (F1), despersonalización (F2) e insatisfacción de logro (F3); 40 reactivos miden trastornos psicosomáticos (F4) como trastornos del sueño, del dolor, sexuales, pseudoneurológicos, gastrointestinales, depresión y ansiedad y 32 reactivos corresponden a datos sociodemográficos. Esta versión del instrumento cuenta con un 91.32% de consistencia interna para los factores 1,2,3; fue producto de un primer análisis factorial exploratorio considerando saturaciones mayores a .30 y

validado con una muestra de 510 sujetos trabajadores. Cuenta con un alfa de Cronbach entre .77 y .86% con respecto a los 30 reactivos del análisis factorial.

- b) Cuestionario de Estrés y Afrontamiento de Muñoz, Berra, Vega (2012) el cual consta de 5 preguntas: la primer pregunta está enfocada en poder enunciar y describir alguna situación vivida, seguido de una evaluación en una escala del 1 al 10 la intensidad con que se vivió, la tercer pregunta incide sobre hace cuánto tiempo ocurrió (una semana, un mes, un año, más de un año), la intensidad; la cuarta pregunta es abierta para lograr identificar qué acciones se tomaron ante la situación estresante y finalmente se busca identificar la intensidad de 15 emociones negativas y positivas, referidas en el modelo de Lazarus (1991) ordenadas en dos columnas, las positivas y negativas; se le solicita que califique de uno a cuatro puntos, donde 1 corresponde a “Nada” y 4 a “Mucho”, y que refiera la intensidad con que experimentó tal emoción.

- c) Cuestionario ex profeso, compuesto de 4 preguntas para conocer la percepción de estrés con respecto a la contingencia por COVID-19; la primer pregunta es de carácter dicotómico enfocada en conocer si existe alguna sensación de estrés, la segunda pregunta de tipo escalar (0 al 10) sobre la intensidad con que se percibe el estrés, la tercer pregunta se enfoca en identificar reacción o sensación sociales y psicosomáticas que se han experimentado así como su intensidad; por último se pregunta sobre las acciones tomadas.

4.7 POBLACIÓN Y MUESTRA.

La selección de la muestra se llevó a cabo mediante el tipo de muestreo no probabilístico por cuotas. Se tomó como criterio de inclusión personas que se encontraban laborando para la industria restaurantera al momento de la aplicación del instrumento, el total de participantes conformó una muestra final voluntaria de 132, de la cual se excluyeron a 4 debido a que no cumplían con el criterio de inclusión sobre estar laborando actualmente, 1 participante que no aceptó el consentimiento informado y se detectaron 3 respuestas duplicadas, resultando un total N=124.

4.8 PROCEDIMIENTO.

El proceso de la investigación estuvo compuesto por las siguientes etapas:

Etapas adecuación de instrumento

- Se realizaron ajustes a la Escala de Desgaste Ocupacional (EDO) para su aplicación vía electrónica, por medio de un formulario electrónico con la herramienta “Google Forms”, en donde se incluyó el Cuestionario de Estrés, Emoción y Afrontamiento, así mismo, se agregó una sección compuesta de 4 preguntas específicas en torno a COVID-19, al final del cuestionario.

Notificación a la población

- En una primera fase, se contactó al área de dirección de un solo restaurante para la aplicación *in situ* de la prueba, sin embargo, debido a la crisis sanitaria derivada de la pandemia por SARS-COV-2, la aplicación del instrumento fue vía

remota, ampliándose la muestra hacia otros trabajadores de diferentes restaurantes en la Ciudad de México.

- Se solicitó a la gerencia de los restaurantes los números celulares de los trabajadores para establecer contacto directo y se realizó una lista de control.
- Posteriormente, el aplicador se presentó vía telefónica con cada trabajador y se notificó, el objetivo meramente académico de la investigación y se explicó la logística para el ingreso al instrumento vía remota (por medio de la aplicación Whats App).

Aplicación del instrumento

- Terminando la llamada, el aplicador contactó vía Whats App a los participantes, realizando nuevamente una breve explicación del estudio, reforzando el carácter confidencial, anónimo y voluntario.
- Se hizo especial mención que, para poder contestarlo, no se debía considerar la crisis sanitaria actual ya que, para ello, se adaptó una sección especial al final del cuestionario.
- Se envió la dirección electrónica vía Whats App a cada participante, los cuales fueron asistidos en todo momento para aclaración de preguntas y respuestas durante la aplicación del instrumento.
- Para realizar el cuestionario, no se estableció tiempo máximo, al término del cuestionario se solicitó ejecutar el botón de enviar, para que las respuestas fueran guardadas.
- Se agradeció su participación e informó que la prueba había concluido.

Análisis estadístico

- Por último, los datos obtenidos se capturaron en una base de datos para realizar los análisis estadísticos por medio del Programa Estadístico para las Ciencias Sociales SPSS versión 26 para Mac OS con la finalidad de identificar los niveles de Burnout, nivel de estrés y percepción de estrés por COVID-19; se realizaron análisis correlacionales para identificar la relación entre las variables psicosomáticas y sociodemográficas con los niveles de Burnout y para determinar la comparación de las variables, se analizaron mediante pruebas Chi Cuadrada, Correlación de Pearson, Análisis de varianza de una vía y Coeficiente de Correlación Phi, que permitieron ubicar las diferencias.

CAPÍTULO 5. RESULTADOS.

Con base en el objetivo planteado para este estudio, que fue Identificar los niveles del Síndrome de Burnout y sus principales problemáticas de salud en trabajadores del ámbito restaurantero de la Ciudad de México para su prevención, se realizó el análisis estadístico mediante el software estadístico para las Ciencias Sociales SPSS/PC versión 26, siguiendo los pasos que se describen a continuación:

- a) Para determinar la fiabilidad se realizó el análisis de consistencia interna mediante la prueba de alfa de Cronbach, análisis factorial con rotación

varimax, prueba de KMO (Kaiser, Meyer y Olkin) y la prueba de esfericidad de Bartlett.

- b) Posteriormente, se obtuvo la estadística descriptiva para conocer el comportamiento de los datos de manera general, es decir las frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas, psicosomáticas y laborales.
- c) Se realizó un análisis comparativo correspondiente a los factores de agotamiento, despersonalización e insatisfacción, para determinar el nivel de desgaste ocupacional.
- d) Posteriormente, se realizó un análisis correlacional por medio de la prueba de distribución de Pearson (χ^2), con tablas de contingencia para identificar si existía alguna relación entre las variables principales del instrumento.

5.1 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DESCRIPTIVO

5.1.1 ANÁLISI DE FIABILIDAD.

Los valores de consistencia interna expresados por las alfas de Cronbach para cada factor se presentan en la tabla 5.1 en la cual se puede apreciar el factor teórico, el número de reactivos que lo componen y el alfa correspondiente, siendo de .921 lo que significa que es confiable en un 92%.

Tabla 5.1 Análisis de consistencia interna de la Escala de Desgaste Ocupacional

Factor	Alfa
Agotamiento (F1)	.870
Despersonalización (F2)	.681
Insatisfacción de logro (F3))	.912
Tota	.921

Matriz de componente rotado

5.1.2 ANÁLISIS FACTORIAL.

La validez del instrumento estuvo sometida al índice KMO, en donde se encontraron valores de .856 ($p = .000$), por lo que es viable continuar con el estudio y el análisis factorial, de igual forma, la prueba de esfericidad de Barlett arrojó un valor menor a .05, lo que nos indica que las variables están intercorrelacionadas.

Para el análisis factorial confirmatorio, se aplicó el método de componentes principales y con rotación Varimax para delimitar los factores o agrupaciones que se derivan de los ítems, el cual mostró un total de 30 reactivos válidos para medir los tres factores de desgaste ocupacional conforme a Uribe-Prado 2010. En la tabla 5.2 se pueden apreciar los reactivos, el factor al que corresponden y su saturación correspondiente.

Tabla 5.2 Análisis factorial confirmatorio con rotación Varimax de la Escala de Desgaste Ocupacional (EDO) y saturación por factor.

	1	2	3
19. Mi cuerpo me reclama más horas de descanso, porque mi trabajo me tiene agotado.	,836	,103	-,014
26. Siento que la energía que ocupo en mi trabajo no la puedo reponer.	,765	,288	-,111
6. Siento cansancio mental al grado de no poder concentrarme en mi trabajo.	,755	,413	-,061
5. Siento que un día de estos mi mente estallará de tanta presión en el trabajo.	,740	,317	-,068
20. Al llegar a casa después de mi trabajo lo único que quiero es descansar.	,724	,108	-,015
27. Mis horas de descanso son suficientes para reponer la energía que gasto al realizar mi trabajo	-,652	,128	,201
2. Me cuesta mucho trabajo levantarme por las mañanas para ir a trabajar	,637	,340	-,092
17. Aunque me esfuerzo al realizar mi trabajo no logro sentirme satisfecho con ello.	,551	,497	-,153
4. Despierto por las mañanas con facilidad y energía para iniciar un nuevo día de trabajo	-,458	-,349	-,014
14. Las situaciones a las que me enfrento en mi trabajo no me provocan tensión alguna.	-,395	,051	,146
8. Siento que mi desempeño laboral sería mejor si tuviera otro tipo de empleo.	,170	,790	-,165
11. Todos los días me levanto y pienso que debo buscar otro empleo donde pueda ser eficiente.	,295	,759	-,163
12. Aunque realizo bien mi trabajo, lo hago por compromiso.	,175	,668	-,163
25. Mis actividades de trabajo han dejado de parecerme importantes.	,334	,609	-,340
30. En mi trabajo he llegado a un momento en que actúo únicamente por lo que me pagan.	,548	,605	-,066
10. Hace mucho tiempo que dejé de hacer mi trabajo con pasión.	,433	,605	-,128
28. No me siento contento con mi trabajo y eso me ha ocasionado problemas con mis compañeros.	,424	,573	-,353
13. Si encontrara un empleo motivador de mis intereses personales, no dudaría en dejar el actual.	,381	,569	,048
1. Siento que mi trabajo es tan monótono, que ya no me gusta	,465	,563	-,129
3. He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato bien.	,133	-,480	-,047
24. Mi trabajo es tan poco interesante que me es difícil realizarlo bien.	,104	,475	-,366
7. Me cuesta mucho ser cortés con los usuarios de mi trabajo.	,086	,465	-,322
15. Siento que mis habilidades y conocimientos están desperdiciados en mi trabajo.	,390	,458	,129
18. He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato mal.	-,021	,347	-,140
22. Se me facilita entender los problemas de los usuarios de mi trabajo.	-,039	,042	,750
23. Aunque un usuario de mi trabajo sea descortés conmigo, lo trato bien.	-,020	-,080	,640
21. Lo que más me gusta de mi trabajo es la relación con los usuarios del mismo.	,102	-,151	,629
29. Proporcionar un buen trato a los usuarios de mi trabajo es muy importante para mí.	-,161	-,129	,613
9. Establezco fácilmente comunicación con los usuarios de mi trabajo	-,235	-,283	,590
16. En mi trabajo todos me parecen extraños, por lo cual no me interesa interactuar con ellos.	,280	,122	-,354

5.1.3 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.

El análisis de los datos demográficos, señala que el 65.3% de la población fue de sexo masculino y el 34.7% de sexo femenino, el rango de edad fue de los 20 a los 57 años cumplidos (M=32.10, D.E.=8.038), la mayor parte de la población refirió tener una relación de pareja al momento de la evaluación (65.3%); de los cuales el 38.7% mencionó llevar 5 años o más con ella, 5.6% entre 1 a 2 años, 5.6% de 3 a 4 años y 4 a 5 años respectivamente, seguidos por el 7.3% con 2 a 3 años y 4.8% de 0 a 11 meses; en cuanto a la escolaridad, el 43.5% reportó tener bachillerato, 25.8% secundaria, 27.4% universidad, 2.4% posgrado y .8% primaria, siendo Gastronomía, Administración, Turismo y Hotelería las licenciaturas con más menciones; con respecto al número de hijos, el 35.5% de la muestra no tenía hijos, el 25.8% tenía 2 hijos, el 16.9% solo uno, el 14.5% tres, 4.8% cuatro y solo el 2.4% reportó tener 5 hijos o más; referente al lugar de residencia, la mayoría con 62.9% indicó radicar en la Ciudad de México y el 36.7% en el Estado de México.

La recopilación de los datos se realizó vía remota a trabajadores de 8 diferentes restaurantes ubicados en la Ciudad de México, en donde únicamente el 2.4% de los participantes reportó tener 2 o más trabajos y el 97.6% solo uno.

La distribución de los participantes, en función del puesto en el que se desempeñaban al momento de la evaluación, se muestra en la Figura 5.1, en la que observamos que, de las 22 categorías previstas, únicamente se encontraron 15 puestos en activo. De esta forma, el mayor número de participantes se desempeñaba como meseros, lo que corresponde al 29%, seguidos de los cocineros "A" (10.5%) que son los responsables de la entrega final de los platillos, los cocineros "B" quienes son subordinados de los de los anteriores (8.1%) y los encargados de cocina (7.3%).

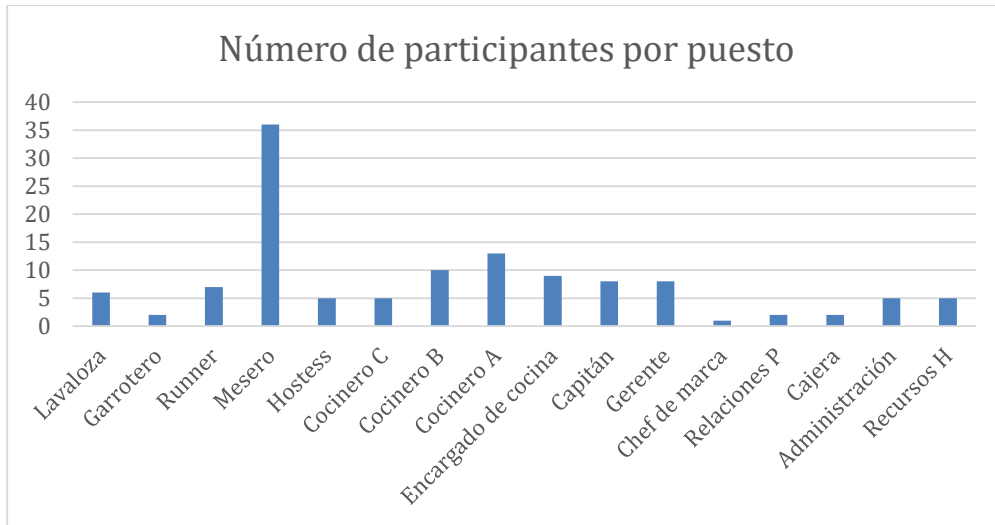


Figura 5.1 Frecuencia de los participantes evaluados por puesto en el que se desempeñaban al momento de la aplicación del instrumento (N=124).

Respecto a la antigüedad que los participantes refieren al momento de la evaluación, la mayoría de la población se concentra entre seis meses o menos trabajando en el restaurante (35.5%); en segundo lugar, se reportó de seis meses a un año (30.6%); en tercer lugar de dos a tres años (10.5%); en cuarto, de uno a dos años (9.7%); en quinto lugar de tres a cuatro años (7.3%); en sexto lugar más de cinco años (4%) y por último de cuatro a cinco años (2.4%).

Referente a las horas invertidas durante el trayecto casa-trabajo y viceversa, la mayoría de los trabajadores reportaron utilizar dos horas (23.4%) seguido por: tres horas (22.6%), cuatro horas (21.0%), menos de una hora (12.9%) -sin embargo- se reportaron casos de personas que utilizan de cinco a seis horas o más (.8% y 8.1% respectivamente).

Las horas trabajadas por día reportadas por los participantes se pueden observar en la figura 5.2, donde existe una media de 1.65 horas y una desviación estándar de 1.332.

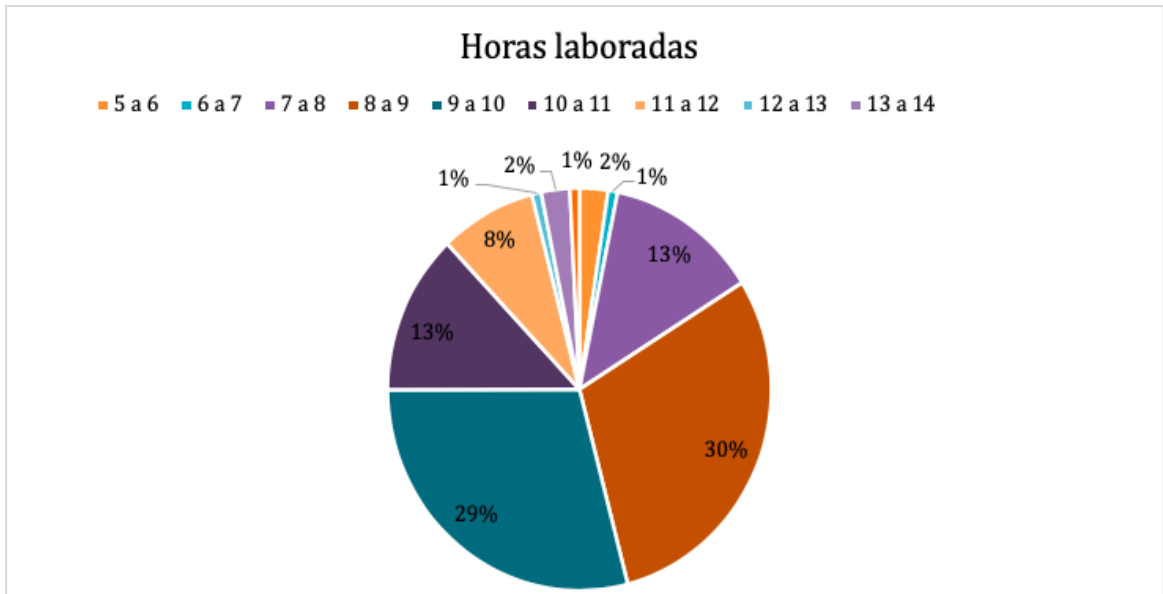


Figura 5.2 Horas laboradas por día reportadas por los participantes (N=124).

Ligado con lo anterior, las horas extras que se trabaja por día, se mencionó en su mayoría con 2 horas (34.7%), 0 horas (27.4%), 1 y 3 horas (14.5% cada uno), 4 horas (7.3%) y finalmente 5 horas y 6 horas fueron mencionados por el .8% respectivamente.

Tocante al tipo de contacto que mantienen los participantes con los invitados (clientes) 34.7% menciona tener un contacto indirecto, contrario al 65.3% quienes indican establecer contacto directo.

En cuanto a las actividades extra laborales realizadas en un día como; deportes, religión, clubs son, el mayor puntaje se estableció en 2 actividades (33.1%) seguidas por: 3 actividades (27.4%), 1 sola actividad (23.4%), 4 actividades (8.9%), 5 actividades (2.4%), 6 actividades (1.6%) y finalmente se mencionaron 7, 10, 12 y 32 actividades (.8% cada una).

Los valores con respecto a la trayectoria laboral que incluyen años trabajados, empleos en la vida y ascensos se expresan en la tabla 5.3:

Tabla 5.3 Trayectoria laboral.

		AÑOS TRABAJANDO	EMPLEOS EN LA VIDA	ASCENSOS
N	Válido	124	124	124
	Perdidos	0	0	0
Media		14,71	5,86	4,02
Mediana		13,50	5,00	3,00
Desv. Desviación		7,953	2,981	2,644
Mínimo		1	1	1
Máximo		35	20	17

En cuanto a los participantes que reportan tener personal a su cargo, el 55.6% mencionó que sí tiene y el 44.4% menciona no tenerlo, correspondiente al primer grupo, el número de personas más frecuente a su cargo fueron 2 (14.5%), seguida por 1 persona (9.7%), 4 y 5 personas (6.5% respectivamente), 3 personas (4%), de 20 a 30 personas (4%), 50 o más personas a su cargo (4%), 10 a 20 personas (3.2%), 6 personas (1.6%), 30 a 40 personas (1.6%), 10 y 7 personas (.8% cada uno) y 50 o más personas a su cargo (4%).

Sobre el uso de medicamentos reportado por los participantes se encontró que el 83.1% lo niega y el 16.9% lo afirma los cuales mencionan en como consumo de: Amoxicilina, aspirinas, Bioelectro, Enalapril, hormonas, Loratadina, Losartan, Omeprazol, Oxcarbazepina, pastillas anticonceptivas, Salbutamol, Sertex y vitaminas.

Acerca de los accidentes que se reportan, el 81.4% menciona no haber sufrido ninguno y el 18.4% lo confirma con accidentes automovilísticos, fracturas y caídas; a su

vez el 72.5% refiere no haber recibido ningún tipo de cirugías y únicamente el 27.2% lo confirma.

Referente a los hábitos saludables de vida sobre los participantes, los cuales incluyeron preguntas sobre consumo y frecuencia de tabaco, alcohol, drogas y horas de ejercicio, el 54.8% indica que no fuma, el 45.2% refiere fumar con un mínimo de 1 cigarro y un máximo de 10 (M=2.53, D.E.= 1.814). La frecuencia y porcentaje sobre el consumo de alcohol y drogas se observan en las tablas 5.4 y 5.5.

Tabla 5.4 Frecuencia de consumo bebidas alcohólicas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1 al año	18	14.5	14.5	14.5
	1 mes	47	37.9	37.9	52.4
	2 al año	19	15.3	15.3	67.7
	Nunca	17	13.7	13.7	81.5
	semanal	23	18.5	18.5	100.0
	Total	124	100.0	100.0	

Tabla 5.5 Frecuencia de consumo drogas.

Válido	1 al año
	2 al año
	Nunca
	semanal
	Total

En la figura 5.3 se pueden observar las diferencias en promedio con respecto al número de horas libres reportadas por los trabajadores al momento de la aplicación del instrumento:

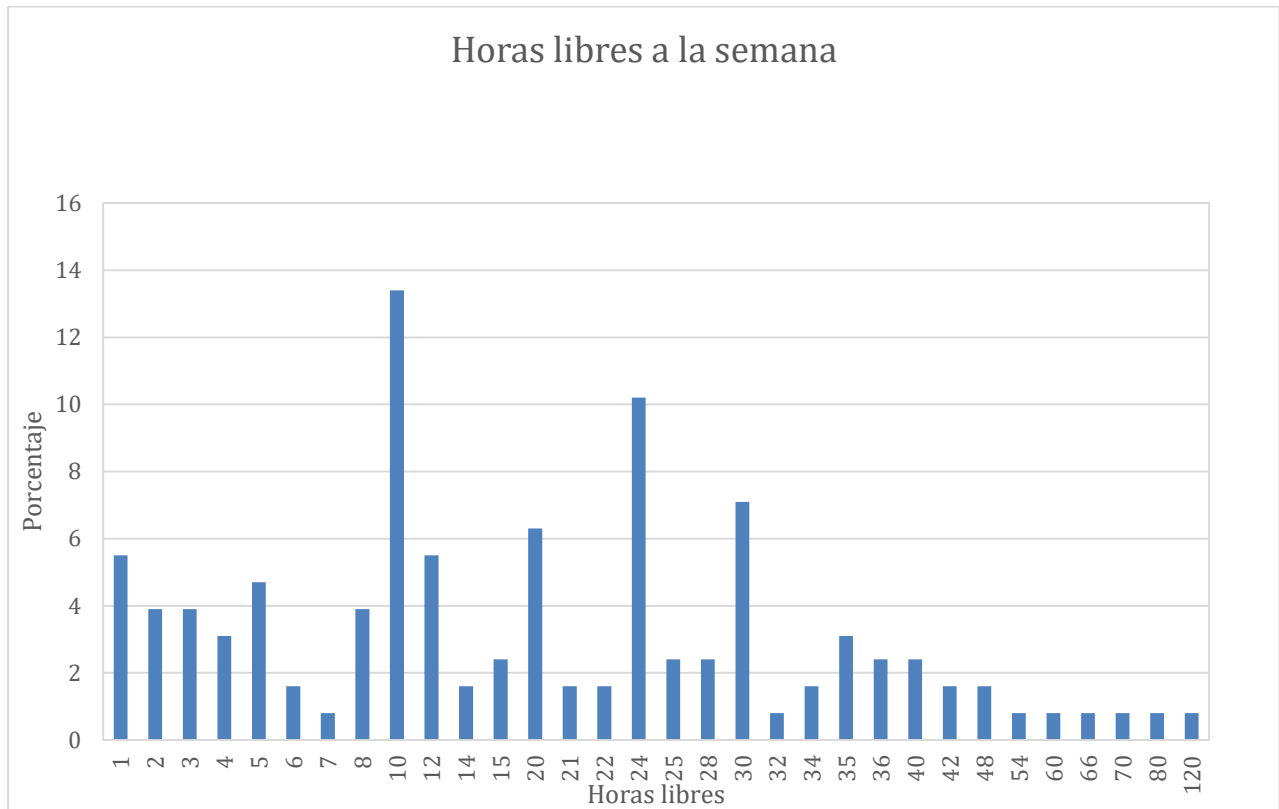


Figura 5.3 Número de horas libres a la semana de los participantes evaluados al momento de la aplicación del instrumento (N=124).

Por último, referente a las variables sociodemográficas el 44.4% de los participantes estableció no realizar ejercicio, frente al 55.6% que indicó sí realizarlo con una media de 3.302 horas por semana (D.E.= 4.7600) y referente a las horas libres reportadas se halló un mínimo de 1 hora y máximo 120 horas libres (M= 20.06, D.E.= 17,938).

5.1.4 ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DEL SÍNDROME DE BURNOUT Y SUS FASES.

Con respecto a los tres componentes del Síndrome de Burnout, se encontró una media en Factor Agotamiento = 1.74 (D.E.= .970) representando la media más alta; el Factor Despersonalización = 1.26 (D.E.= .439) siendo el factor con media más baja y finalmente el Factor Insatisfacción de logro = 1.31 (D.E.= .466).

Considerando el modelo de Leiter, el 45.2% de la muestra se encuentra en la Fase 1 del Síndrome de Burnout representando así, la mayoría, seguido por; Fase 3

Tabla 5.6 Fases del Síndrome Burnout conforme a Leiter.

con 2:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Fase 1 Desgaste Ocupacional Bajo "Sano"	56	45.20%	45.20%	45.20%
Fase 2 Desgaste Ocupacional Regular "Normal"	17	13.70%	13.70%	58.90%
Fase 3 Desgaste Ocupacional Alto "En peligro"	35	28.20%	28.20%	87.10%
Fase 4 Desgaste Ocupacional Muy Alto "Quemado"	16	12.90%	12.90%	100%
Total	124	100%	100%	

5.1.5 ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA FACTORES PSICOSOMÁTICOS

Las medidas de tendencia central arrojadas por los Factores Psicosomáticos son: Trastornos del Sueño= 1.54 (D.E.= .758); Trastornos Psicosexuales= 16.88 (D.E.= 1.092); Trastornos Gástricos= 1.26 (D.E.= .612); Trastornos Neuróticos= 1.25 (D.E.=

.596); Trastornos por Dolor= 1.96 (D.E.= 1.281); Trastornos de Ansiedad= 2.02 (D.E.= 1.239) y Trastornos de Depresión= 2.32 (D.E.= 1.506) siendo las últimas dos con mayor puntuación en la media (ver tabla 5.7).

Tabla 5.7 Estadísticos descriptivos Trastornos Psicosomáticos.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
Trastornos del Sueño	124	1	4	1.540	0.759
Trastornos Psicosexual	124	1	5	1.685	1.092
Trastornos Gastricos	124	1	4	1.266	0.613
Trastornos Neuróticos	124	1	4	1.258	0.596
Trastornos por Dolor	124	1	6	1.967	1.281
Trastornos de Ansiedad	124	1	6	2.020	1.239
Trastornos de Depresión	124	1	6	2.320	1.506

Para la interpretación y categorización de los Factores Psicosomáticos se ubicó de acuerdo con el rango de la curva normal, estableciendo seis categorías: “Muy alto”, “Alto”, “Arriba término medio”, “Abajo término medio”, “Bajo” y “Muy bajo” (ver tabla 5.8).

Tabla 5.8 Factores Psicosomáticos.

Factor Psicosomático	Muy Bajo	Bajo	Abajo Término Medio	Arriba Término Medio	Alto	Muy Alto
Trastornos del Sueño	61.3	24.2	13.7	0.8	0	0
Trastornos Psicosexual	64.5	14.5	12.1	5.6	3.2	0
Trastornos Gastricos	80.6	13.7	4	1.6	0	0
Trastornos Neuróticos	81.5	12.1	5.6	0.8	0	0
Trastornos por Dolor	51.6	22.6	11.3	7.3	6.5	0.8
Trastornos de Ansiedad	47.6	22.6	16.1	8.1	4.8	0.8
Trastornos de Depresión	42.7	19.4	17.7	8.1	7.3	4.8

5.1.6 ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA CUESTRIONARIO DE ESTRÉS Y AFRONTAMIENTO.

Con respecto al Cuestionario de Estrés y Afrontamiento se aplicó el Alpha de Cronbach, obteniendo un coeficiente de ($\alpha=.735$) obteniendo una confiabilidad de 73%.

Se analizaron las situaciones estresantes en donde se identificaron nueve categorías: laboral (61.3%), legal (.8%), sexual (.8%), salud (5.6%), económico (.81%), familiar (4.8%), personal (12.9%), escolar (1.6%) y sin mención (4%).

Las estrategias de afrontamiento estuvieron mayormente dirigidas a la acción (54%) en comparación con las dirigidas a la emoción (46%).

El nivel de estrés fue percibido entre 7 y 10, considerándose niveles altos de estrés (ver tabla 5.6).

Tabla 5.8 Nivel de estrés percibido.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	8	6.5	6.5	6.5
	2	1	.8	.8	7.3
	3	11	8.9	8.9	16.1
	4	7	5.6	5.6	21.8
	5	5	4.0	4.0	25.8
	6	8	6.5	6.5	32.3
	7	17	13.7	13.7	46.0
	8	18	14.5	14.5	60.5
	9	20	16.1	16.1	76.6
	10	29	23.4	23.4	100.0
	Total	124	100.0	100.0	

Se evaluaron las emociones en torno a la situación estresante en una escala de 0 a 3, las emociones señaladas fueron: ira, ansiedad, temor, culpa, vergüenza, tristeza, envidia y celos como negativas y felicidad, orgullo, alivio, esperanza, amor, gratitud y compasión como positivas.

Se identificó la intensidad percibida por los participantes en donde se encontró con frecuencia poco a la ansiedad (33.1%) y la esperanza (35.5%) con frecuencia moderada en cuanto a las otras emociones, se indicó en su mayoría nula frecuencia (ver tabla 5.7 y 5.8).

Tabla 5.9 Intensidad percibida emociones negativas.

	IRA Porcentaje	ANSIEDAD Porcentaje	TEMOR Porcentaje	CULPA Porcentaje	VERGÜENZA Porcentaje	TRISTEZA Porcentaje
Nada	41.1	29.8	41.9	65.3	52.4	43.5
Poco	25	33.1	29	16.1	22.6	25
Moderado	24.2	21.8	16.9	8.9	16.9	16.1
Mucho	9.7	15.3	12.1	9.7	8.1	15.3

Tabla 5.10 Intensidad percibida emociones positivas.

	FELICIDAD Porcentaje	ORGULLO Porcentaje	ALIVIO Porcentaje	ESPERANZA Porcentaje	AMOR Porcentaje	GRATITUD Porcentaje
Nada	40.3	37.1	33.1	25	36.3	30.6
Poco	13.7	24.2	20.2	20.2	21	14.5
Moderado	26.6	20.2	27.2	35.5	22.6	25.8
Mucho	19.4	18.5	19.4	19.4	20.2	29

La confiabilidad del cuestionario sobre la percepción de estrés con respecto a la contingencia por COVID-19 fue del 78% conforme al Alpha de Cronbach ($\alpha=.788$), en

donde 82.3% de los participantes consideraron que la situación actual en torno al mismo tema les ha generado estrés, frente al 18.1% lo negó. El nivel de estrés fue percibido entre 7 y 8 con una media de 6.12 (D.E; 2.821).

Referente a la evaluación de las reacciones o sensaciones sociales y psicosomáticas en donde se incluyeron factores con respecto al: temor y preocupación por su salud y la salud de sus seres queridos (C1), cambios en los patrones de sueño (C2), de alimentación (C3), dificultades para dormir o concentrarse (C4), agravamiento de problemas de salud crónicos (C5), agravamiento de problemas mentales (C6) e incremento en el consumo de tabaco, alcohol u otras drogas (C7); se puede observar una frecuencia moderada en los factores C1, C2 y C3 los demás factores reportan nula frecuencia (ver tabla 5.8).

Tabla 5.11 Intensidad percibida reacciones sociales y psicosomáticas en relación con COVID-19.

	C1 Porcentaje	C2 Porcentaje	C3 Porcentaje	C4 Porcentaje	C5 Porcentaje	C6 Porcentaje
Nada	6.5	25	28.2	32.3	79.8	75
Poco	15.3	26.6	23.4	25.8	13.7	13.7
Moderado	41.1	33.1	29	25.8	3.2	8.1
Mucho	37.1	15.3	19.4	16.1	3.2	3.2

Con respecto a la sensación de riesgo o temor de perder el empleo derivado de la pandemia por el virus SARS-COV-2, se aplicó una escala del 1 al 10 en donde los participantes respondieron entre 8 y 10 (M= 8.06, DE= 2.617) puntuación considerada

alta y por ultimo las estrategias de afrontamiento estuvieron dirigidas a la acción con el 75% de la población, contrario al 25% de la población que refieren utilizar estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción.

5.2 ANÁLISIS ESTADÍSTICO INFERENCIAL.

5.2.1 RELACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT CON FACTORES PSICOSOMÁTICOS

Se realizó un análisis comparativo por medio de prueba de Chi Cuadrada (X^2) para identificar las diferencias estadísticamente significativas entre el Síndrome de Burnout y los Factores Psicosomáticos, comprendidos en función de las variables: Trastornos del Sueño, Trastornos Psicosexuales, Trastornos Gástricos, Trastornos Neuróticos, Trastornos por Dolor, Trastornos de Ansiedad y Trastornos de Depresión (ver tabla 12). Posteriormente se utilizó el Coeficiente de Correlación Producto-Momento de Pearson para determinar si existe una correlación entre dichas variables.

Tabla 5.12 Comparación entre el Síndrome de Burnout y Trastornos Psicosomáticos

Factor Psicosomático	Chi cuadrado de Pearson	gl	Significación asintótica (bilateral)
Trastornos del Sueño	37.054	9.000	0.001
Trastornos Psicosexual	24.924	12.000	0.015
Trastornos Gastricos	27.453	9.000	0.001
Trastornos Neuróticos	28.724	9.000	0.001
Trastornos por Dolor	34.769	15.000	0.003
Trastornos de Ansiedad	34.564	15.000	0.003
Trastornos de Depresión	33.858	15.000	0.004

Se realizó una comparación entre los tres factores del Síndrome de Burnout; F1 Agotamiento, F2 Despersonalización y F3 Insatisfacción de logro con los Trastornos Psicosomáticos, encontrando que el factor F1 Agotamiento no presenta diferencias en los Trastornos Gástricos ($X^2 = 7.029$, $gl = 3$, $p < 0.071$) y el Factor Despersonalización no se relaciona con los Trastornos Psicosexuales, Neuróticos, por Dolor, de Ansiedad

de	Factor Psicosomático	F1 Agotamiento			F2 Despersonalización			F3 Insatisfacción del logro		
		Chi cuadrado de Pearson	gl	Significación asintótica (bilateral)	Chi cuadrado de Pearson	gl	Significación asintótica (bilateral)	Chi cuadrado de Pearson	gl	Significación asintótica (bilateral)
Te	Trastornos del Sueño	24.763	3	0.001	16.044	3	0.001	31.543	3	0.001
	Trastornos Psicosexual	14.381	4	0.006	2.278	4	0.685	15.629	4	0.004
	Trastornos Gástricos	7.029	3	0.071	15.233	3	0.002	11.821	3	0.008
	Trastornos Neuróticos	17.449	3	0.001	7.763	3	0.051	15.809	3	0.001
	Trastornos por Dolor	24.343	5	0.001	7.926	5	0.160	21.284	5	0.001
	Trastornos de Ansiedad	23.710	5	0.001	6.161	5	0.291	41.051	5	0.001
	Trastornos de Depresión	27.914	5	0.001	3.904	5	0.563	21.959	5	0.001

Para identificar que la relación no se debe al azar, se realizó un análisis de correlación de Pearson en donde se encontró que existe correlación estadísticamente significativa entre los tres Factores del Síndrome de Burnout y los Trastornos Psicosomáticos.

El Factor Agotamiento junto con el Factor Insatisfacción de logro son los que presentan correlación significativa en todos los Trastornos Psicosomáticos, contrario al Factor Insatisfacción de logro que muestra solamente correlación significativa con

Trastornos del Sueño ($r_p = .286$; $p \leq .001$), Trastornos Gástricos ($r_p = .216$; $p \leq .001$) y Trastornos Neuróticos ($r_p = .240$; $p \leq .007$) (ver tabla 5.14).

Tabla 5.13 Correlación entre el los factores F1, F2 y F3 del Síndrome de Burnout y Trastornos

	Psicosomáticos		
	F1 Agotamiento	F2 Despersonalización	F3 Insatisfacción del logro
Trastornos del Sueño	0.445**	0.286**	0.504**
Trastornos Psicosexual	0.283**	0.035	0.26**
Trastornos Gastricos	0.212*	0.316**	0.302**
Trastornos Neuróticos	0.369**	0.240**	0.349**
Trastornos por Dolor	0.425**	0.174	0.412**
Trastornos de Ansiedad	0.404**	0.168	0.564**
Trastornos de Depresión	0.458**	0.094	0.410**

Nota: * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$.

A continuación se presentan las gráficas de la tabla anterior en donde se ponen de manifiesto, las medias obtenidas en cada una de las fases de Burnout de acuerdo con la escala de Leiter, los 3 Factores que lo componen y en relación con Trastornos Psicosomáticos.

Trastornos del Sueño

Se encontraron diferencias significativas en la proporción de presencia del Síndrome de Burnout con relación a los Trastornos del Sueño ($X^2 = 37.054$, $gl = 9$, $p < 0.000$). Como puede observarse en la gráfica (figura 5.4) 45 personas que pertenecen al nivel “Sano” del SB se encuentran en la categoría “Muy bajo” con relación a los Trastornos del Sueño, los cuales, por el contrario, con respecto a las categorías “Arriba

del término medio” referentes a los Trastornos del Sueño, se localizan 1 trabajador que pertenece al “En peligro” conforme al SB. No se puntuaron categorías “Alto” y “Muy alto” en este trastorno psicosomático.

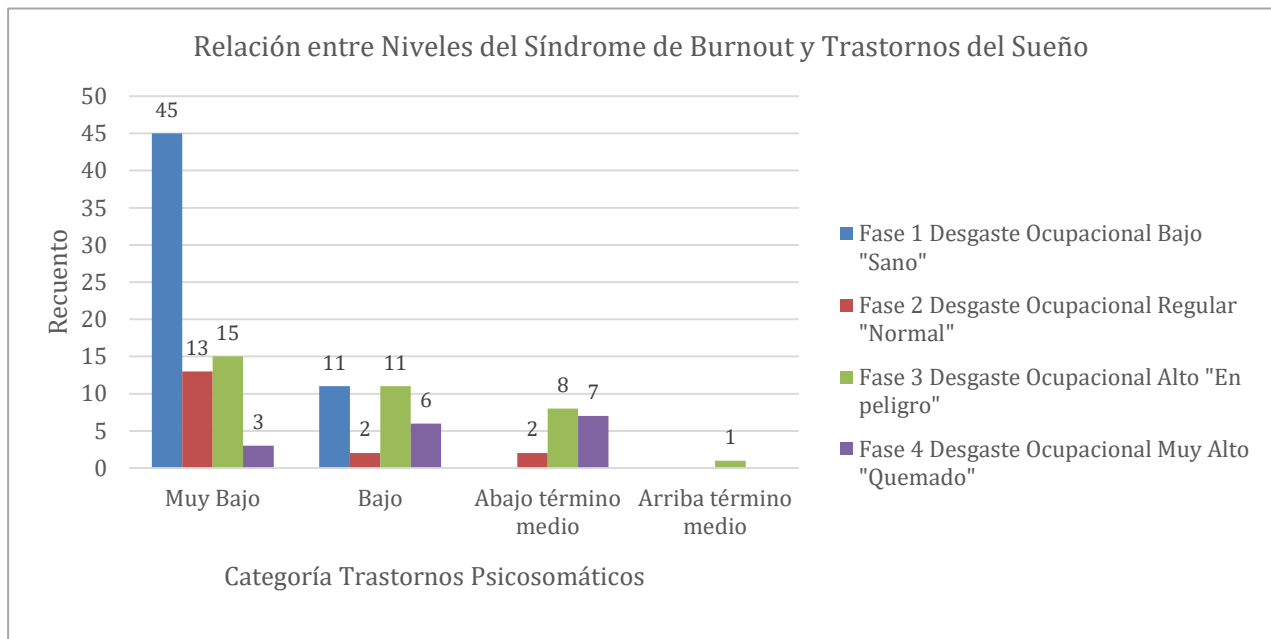


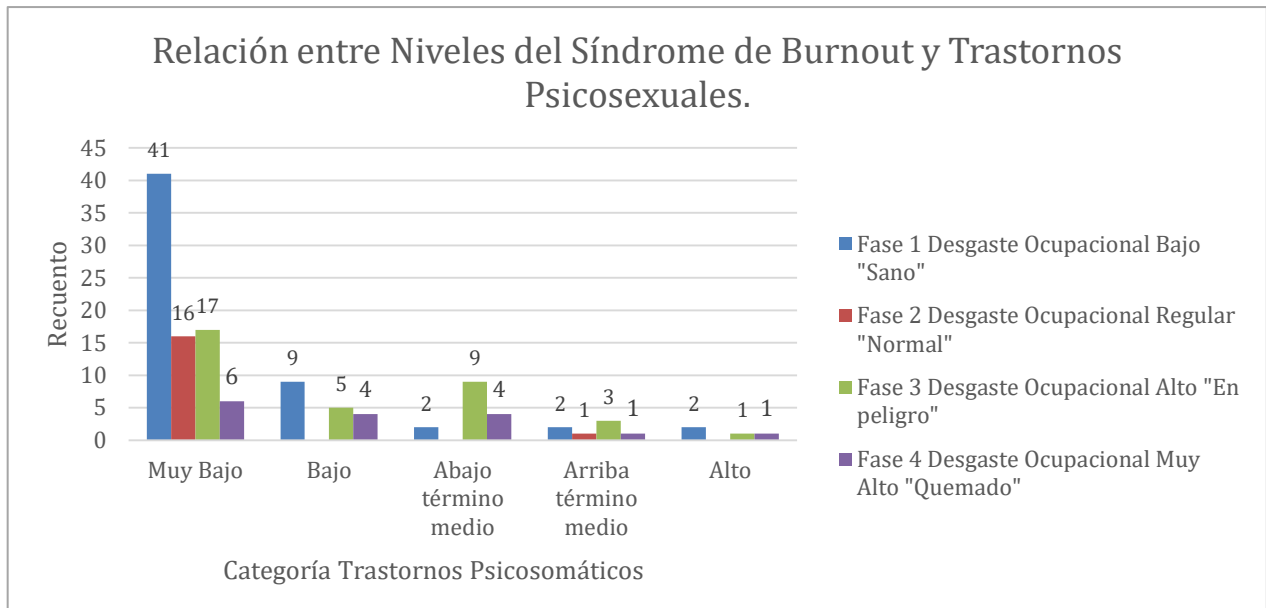
Figura 5.4 Relación entre Niveles del Síndrome de Burnout y Trastornos del Sueño.

Trastornos Psicosexuales

Se encontraron diferencias significativas en la proporción de presencia del Síndrome de Burnout con relación a los Trastornos del Psicosexuales ($X^2 = 24.924$, $gl = 12$, $p < 0.015$). Como puede observarse en la gráfica (figura 5.5) 41 personas se encuentran en la categoría “Muy bajo” con relación a los Trastornos Psicosexuales y se encuentran en el nivel “Sano” de acuerdo con el Síndrome de Burnout, caso contrario de 4 trabajadores en nivel “En peligro” y 2 sujetos clasificados como “En peligro” y “Quemado” conforme al SB, quienes muestran presencia en las mayores categorías

reportadas conforme a los trastornos psicossomáticos, los cuales son; "Arriba de término medio" y "Alto". La categoría "Muy alto" no reportó puntaje.

El Factor Despersonalización no presenta correlación estadísticamente



significativa con los Trastornos Psicosexuales ($r = 0.35$; $p < 0.001$).

Trastornos Gástricos

Se encontraron diferencias significativas en la proporción de presencia del Síndrome de Burnout con relación a los Trastornos Gástricos ($X^2 = 27.453$, $gl = 9$, $p < 0.001$). Como puede observarse en la gráfica (figura 5.6) 50 personas que representan la mayoría de la población se encuentran en la categoría "Muy bajo" con relación a los Trastornos Gástricos y están clasificados como "Sano" de acuerdo con el Síndrome de Burnout, caso contrario de 6 trabajadores en nivel de "Quemado" y "En peligro" quienes

muestran presencia en la categoría más alta del trastorno psicossomático. Las categorías “Muy alto” y “Alto” no reportaron puntaje.

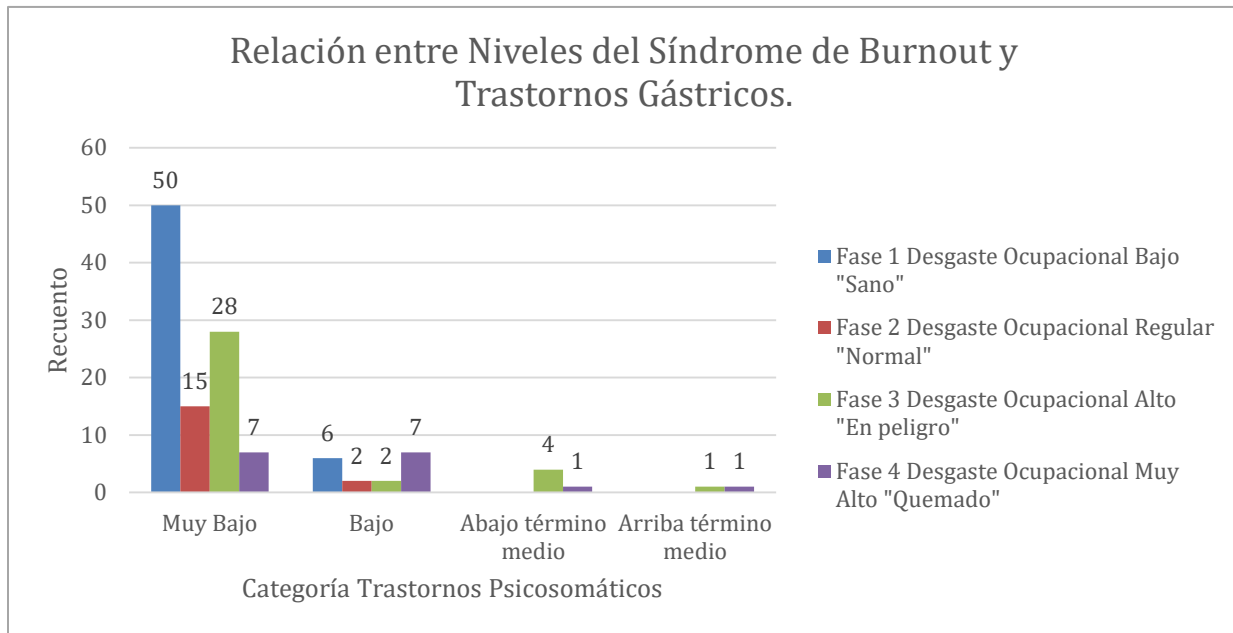


Figura 5.6 Relación entre Niveles del Síndrome de Burnout Trastornos Gástricos.

Trastornos Neuróticos

Se encontraron diferencias significativas en la proporción de presencia del Síndrome de Burnout con relación a los Trastornos Neuróticos ($X^2 = 28.724$, $gl = 9$, $p < 0.001$). Como puede observarse en la gráfica (figura 5.7) 52 personas que representan la mayoría de la población se encuentran en la categoría “Muy bajo” con relación a los Trastornos Neuróticos y se encuentran categorizados en “Sano” de acuerdo con el Síndrome de Burnout; por el contrario, al sujeto clasificado en el nivel “Quemado” del SB quienes se encuentran en la clasificación “Arriba del término medio” con respecto a los trastornos neuróticos. Las categorías “Muy alto” y “Alto” no reportaron puntaje.

El Factor Despersonalización no presenta correlación estadísticamente significativa con los Trastornos Psicosexuales ($r_p = .035$; $p \leq .700$).

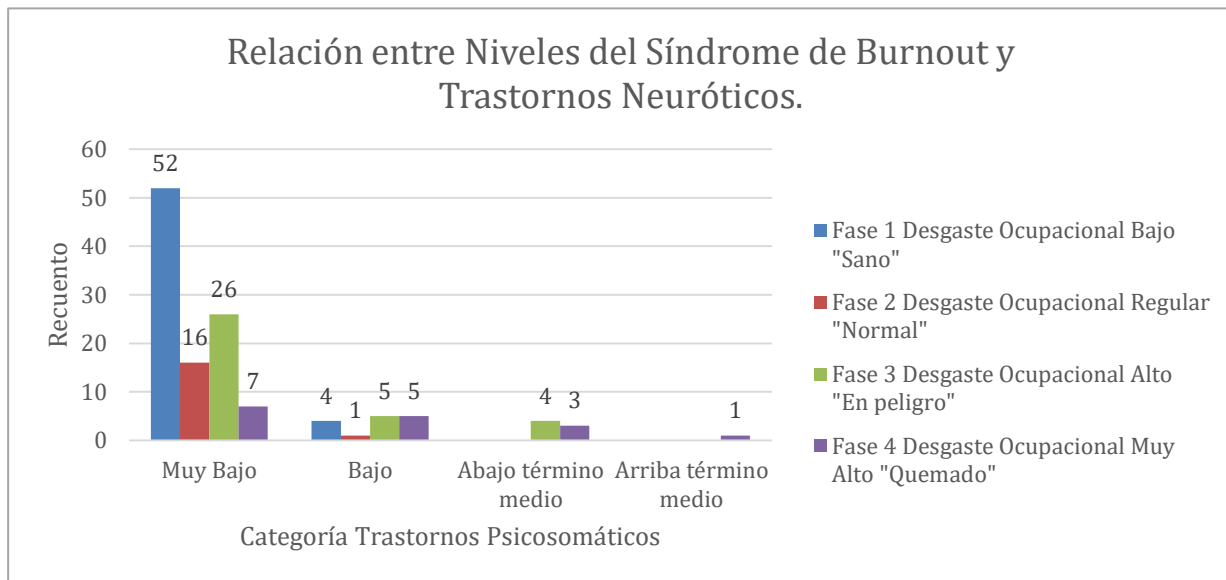


Figura 5.7 Relación entre Niveles del Síndrome de Burnout y Trastornos Neuróticos.

Trastornos por Dolor

Se encontraron diferencias en la proporción de presencia del Síndrome de Burnout con relación a los Trastornos por Dolor ($\chi^2 = 34.769$, $gl = 15$, $p < 0.003$). Como puede observarse en la gráfica (figura 5.8) 37 personas se encuentran en la categoría "Muy bajo" y 18 en nivel "Bajo" con relación a los Trastornos por Dolor, los cuales se relacionan con el nivel "Sano" y "Normal" de acuerdo con el Síndrome de Burnout; por el contrario, con respecto a las categorías "Alto" y "Muy Alto" referentes a los Trastornos por Dolor, se localizan los trabajadores que representan los niveles "En peligro" y "Quemado" conforme al SB.

El Factor Despersonalización no presenta correlación estadísticamente significativa con los Trastornos por Dolor ($r_p = .174$; $p \leq .054$).

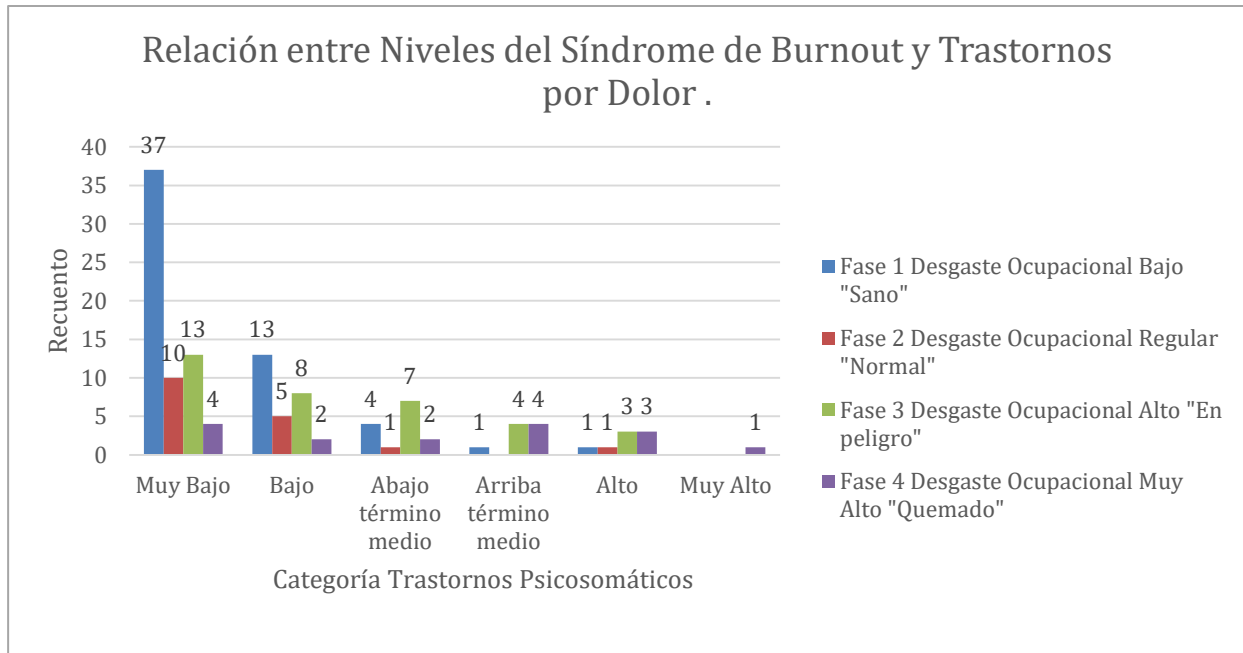


Figura 5.8 Relación entre Niveles del Síndrome de Burnout y Trastornos por Dolor.

Trastornos de Ansiedad

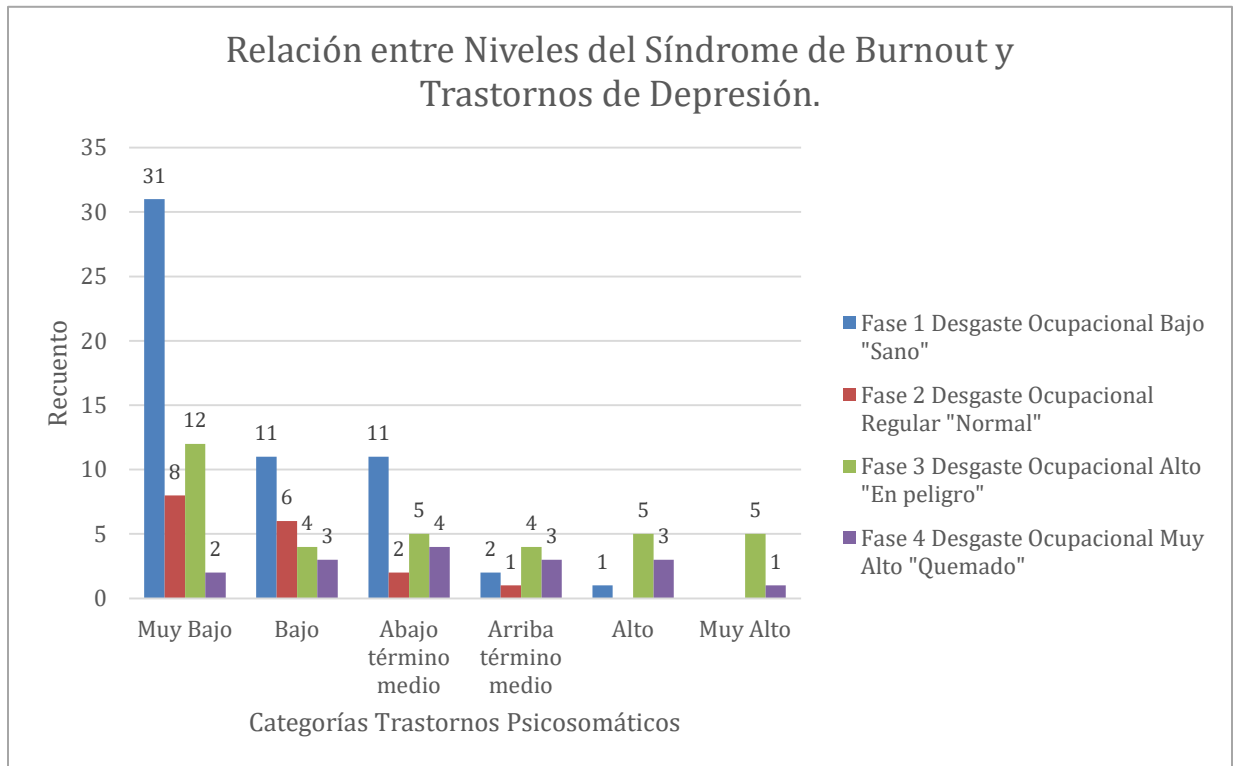
Se encontraron diferencias en la proporción de presencia del Síndrome de Burnout con relación a los Trastornos de Ansiedad ($X^2 = 34.564$, $gl = 15$, $p < 0.003$). Como puede observarse en la gráfica (Figura 5.9) 37 personas que pertenecen al nivel "Sano" del SB se encuentran en la categoría "Muy bajo" con relación a los Trastornos de Ansiedad, los cuales, por el contrario, con respecto a las categorías "Alto" y "Muy Alto" referentes a los Trastornos de Ansiedad, se localizan 7 trabajadores que perteneces a los niveles "En peligro", "Quemado" y "Normal" conforme al SB.

El Factor Despersonalización no presenta correlación estadísticamente significativa con los Trastornos de Ansiedad ($r_p = .168$; $p \leq .063$).

Trastornos de Depresión

Se encontraron diferencias en la proporción de presencia del Síndrome de Burnout con relación a los Trastornos de Depresión ($\chi^2 = 33.858$, $gl = 15$, $p < 0.004$). Como puede observarse en la gráfica (Figura 5.10) 31 personas que pertenecen al nivel "Sano" del SB se encuentran en la categoría "Muy bajo" con relación a los Trastornos de Depresión, los cuales, por el contrario, con respecto a las categorías "Alto" y "Muy Alto" referentes a los Trastornos de Depresión, se localizan 14 trabajadores que perteneces a los niveles "En peligro" y "Quemado" y conforme al SB.

El Factor Despersonalización no presenta correlación estadísticamente



significativa con los Trastornos de Depresión ($r = -0.094$; $p < 0.007$) Síndrome de

5.2.2 RELACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT CON FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS.

Se realizó un análisis comparativo, para identificar las diferencias estadísticamente significativas entre el Síndrome de Burnout y los Factores Sociodemográficos que incluyen las variables: sexo, edad, estado civil, escolaridad, tipo de contacto con el usuario, horas de trabajo, horas extra, consumo de alcohol, cigarros o drogas y realizar de ejercicio.

Únicamente se encontró una relación significativa en los factores sociodemográficos de sexo y realizar ejercicio, por lo que se decidió contemplar; tiempo con la pareja, estudios, hijos, lugar de residencia, trayecto, tipo de puesto, trabajos a lo largo de la vida, años trabajando durante la vida, número de empleos en la vida, personal a su cargo, número de personas a su cargo, tomar medicamento, tiempo de tomar medicamento, accidentes, cirugías, horas libres y actividades extra, los cuales no reportan relaciones significativas (ver tabla 5.12)

Tabla 5.12 Relación del Síndrome de Burnout con Factores Sociodemográficos.

	Chi-cuadrado de Pearson	gl	Significación asintótica (bilateral)
Sexo	8.2	3	0.042
Edad	23.658	15	0.071
Estado Civil	6.3	3	0.098
Tiempo con la pareja	24.491	18	0.14
Escolaridad	16.129	12	0.185
Estudios	196.019	192	0.406
Hijos	9.509	15	0.849
Lugar de residencia	2.779	3	0.427
Trayecto	12.617	18	0.814
Tipo de contacto con el usuario	3.158	3	0.368
Tipo de puesto	50.645	45	0.261
Horas de trabajo	33.663	27	0.176
Horas extra	25.306	18	0.117
Antigüedad	28.339	18	0.057
Trabajos a lo largo de la vida	1.161	3	0.762
Años trabajando durante la vida	102.866	96	0.297
Número de empleos en la vida	46.223	42	0.302
Personal a su cargo	6.19	3	0.103
Número de personas a su cargo	36.685	36	0.437
Tomar medicamento	3.711	3	0.294
Tiempo de tomar medicamento	108.742	114	0.621
Accidentes	0.291	3	0.962
Cirugías	122.059	117	0.356
Fumadores	1.495	3	0.683
Consumo de alcohol	17.506	12	0.132
Consumo de drogas	9.241	9	0.415
Horas libres	82.25	93	0.78
Ejercicio	10.121	3	0.018
Actividades extra	21.29	27	0.773

Sexo

Se realizó una comparación de las medias de los grupos femenino y masculino, en donde se identificó una diferencia estadísticamente significativa entre el sexo y los Factores del Síndrome de Burnout siendo el personal femenino quien presenta un puntaje mayor en las medias de los Factores de F1 Agotamiento (M= 2.02), F2 Despersonalización (M= 1.28) y F3 Insatisfacción de logro (M= 1.47) ver figura 5.11.

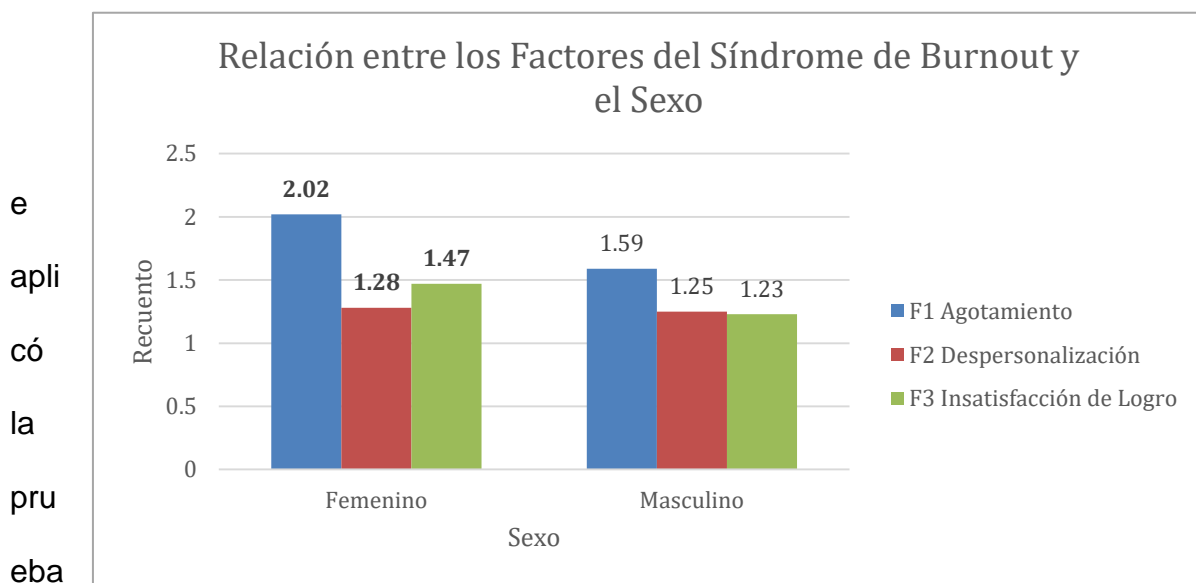


Figura 5.12 Relación entre Factores del Síndrom de Burnout y el Sexo. t de Student, para determinar que la diferencia no se deba al azar, en donde se encontraron diferencias significativas entre los Factores de F1 Agotamiento ($t = 2.398$, $gl = 122$, $p < 0.005$), F3 Insatisfacción de Logro ($t = 2.686$, $gl = 122$, $p < 0.001$). El Factor de Despersonalización no presenta diferencias estadísticamente significativas.

Hacer ejercicio

Se identificó una relación entre los participantes que realizan ejercicio y los niveles del Síndrome de Burnout ($X^2 = 10.121$, $gl = 3$, $p < 0.018$) en donde conforme a la gráfica 5.12 se puede observar que 31 trabajadores que se encuentran en el nivel “Quemado” y conforme al SB no realizan ejercicio.

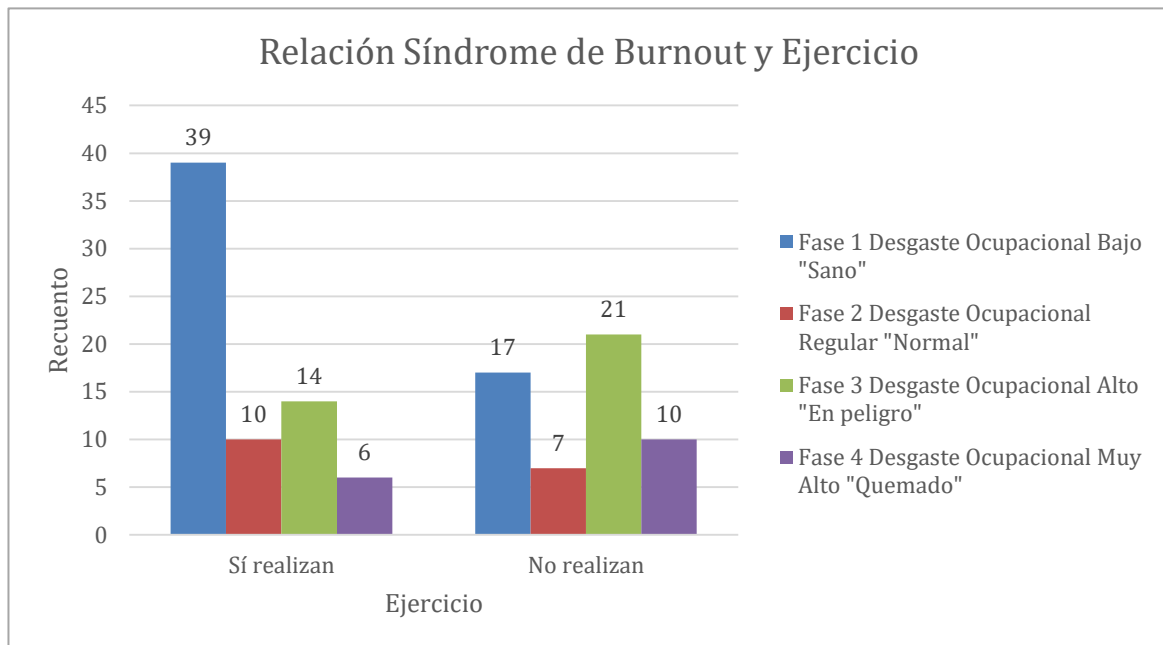


Figura 5.12 Relación entre Ejercicio y Síndrome de Burnout.

Se aplicó el Coeficiente de Correlación de Phi, para determinar que la relación no se deba al azar, en donde se encontró una relación estadísticamente significativa, entre el hacer ejercicio y el Síndrome de Burnout ($r\phi = 0.286$, $p = 0.018$).

5.2.2 RELACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT CON CUESTIONARIO DE ESTRÉS EMOCIONES Y AFRONTAMIENTO.

Se realizó un análisis comparativo, para identificar las diferencias estadísticamente significativas entre el Síndrome de Burnout y las variables sobre la intensidad de estrés percibida, estrategias de afrontamiento y emociones del Cuestionario de Estrés Emociones y Afrontamiento. Se utilizó la prueba de Chi Cuadrada (χ^2) tablas de contingencia, el Coeficiente de Correlación Producto-Momento de Pearson y el Análisis de Varianza de una Vía (ANOVA).

Intensidad de estrés percibida

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la intensidad del estrés percibido y el Síndrome de Burnout ($r_P = .264$, $p < 0.003$) (ver figura 5.13).

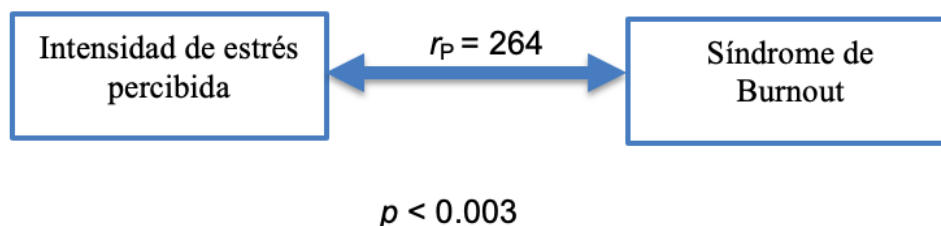


Figura 5.13 Relación entre la intensidad de estrés percibida y el Síndrome de

Estrategias de afrontamiento

Se realizó una comparación de las medias sobre las estrategias de afrontamiento dirigidas a la acción y dirigidas a la emoción, en donde se identificó mayor puntuación

Tabla 5.13 Relación del Síndrome de Burnout con Estrategias de Afrontamiento. en las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción en los Factores F1 Agotamiento ($M = 1.84$), y F2 Despersonalización ($M = 1.26$) únicamente la estrategia de afrontamiento dirigida a la acción tuvo mayor presencia en el Factor F3 Insatisfacción de Logro (ver tabla 5.13).

	ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
F1 Agotamiento	Dirigido a la Acción	67	1,66	,946	,116
	Dirigida a la Emoción	57	1,84	,996	,132
F2 Despersonalización	Dirigido a la Acción	67	1,25	,438	,054
	Dirigida a la Emoción	57	1,26	,444	,059
F3 Insatisfacción de Logro	Dirigido a la Acción	67	1,33	,473	,058
	Dirigida a la Emoción	57	1,30	,462	,061
SÍNDROME BURNOUT	Dirigido a la Acción	67	2,03	1,087	,133
	Dirigida a la Emoción	57	2,16	1,162	,154

Se aplicó la prueba t de Student, encontrando que las diferencias entre las estrategias de afrontamiento y el Síndrome de Burnout no son estadísticamente significativas.

Emociones

Se realizó análisis de varianza de una vía en donde la tabla 13 muestra las correlaciones entre las emociones negativas y positivas y el Síndrome de Burnout, observando que los niveles del Síndrome de Burnout se asocian significativamente con la mayoría de las emociones negativas, tales como: ira ($F = 6.543$; $p < 0.001$), ansiedad ($F = 8.967$; $p < 0.001$), temor ($F = 3.761$; $p < 0.013$), vergüenza ($F = 3.687$; $p < 0.014$), tristeza ($F = 3.445$; $p < 0.019$), envidia ($F = 5.069$; $p < 0.001$), culpa ($F = 2.771$; $p < 0.045$), a excepción de celos y emociones positivas que no se correlacionan con el Burnout lo que muestra que a mayor nivel de burnout mayor presencia de emociones negativas y menor presencia de emociones positivas.

Tabla 5.13 Relación del Síndrome de Burnout con emociones del CEEA.

Emociones negativas	Fases de Burnout (escala de Leiter)	N	Media	F	p
IRA	Fase 1: Desgaste Ocupacional Bajo "Sano"	56	0.73	6.543	0.001
	Fase 2: Desgaste Ocupacional Regular "Normal"	17	0.82		
	Fase 3: Desgaste Ocupacional Alto "En Peligro"	35	1.2		
	Fase 4: Desgaste Ocupacional Muy Alto "Quemado"	16	1.88		
	Total	124	1.02		
ANSIEDAD	Fase 1: Desgaste Ocupacional Bajo "Sano"	56	0.98	8.967	0.001
	Fase 2: Desgaste Ocupacional Regular "Normal"	17	0.53		
	Fase 3: Desgaste Ocupacional Alto "En Peligro"	35	1.69		
	Fase 4: Desgaste Ocupacional Muy Alto "Quemado"	16	1.81		
	Total	124	1.23		
TEMOR	Fase 1: Desgaste Ocupacional Bajo "Sano"	56	0.73	3.761	0.013
	Fase 2: Desgaste Ocupacional Regular "Normal"	17	0.82		
	Fase 3: Desgaste Ocupacional Alto "En Peligro"	35	1.23		
	Fase 4: Desgaste Ocupacional Muy Alto "Quemado"	16	1.56		
	Total	124	0.99		
CULPA	Fase 1: Desgaste Ocupacional Bajo "Sano"	56	0.38	2.771	0.045
	Fase 2: Desgaste Ocupacional Regular "Normal"	17	0.88		
	Fase 3: Desgaste Ocupacional Alto "En Peligro"	35	0.71		
	Fase 4: Desgaste Ocupacional Muy Alto "Quemado"	16	1.06		
	Total	124	0.63		
VERGÜENZA	Fase 1: Desgaste Ocupacional Bajo "Sano"	56	0.59	3.687	0.014
	Fase 2: Desgaste Ocupacional Regular "Normal"	17	0.53		
	Fase 3: Desgaste Ocupacional Alto "En Peligro"	35	1.06		
	Fase 4: Desgaste Ocupacional Muy Alto "Quemado"	16	1.31		
	Total	124	0.81		
TRISTEZA	Fase 1: Desgaste Ocupacional Bajo "Sano"	56	0.75	3.445	0.019
	Fase 2: Desgaste Ocupacional Regular "Normal"	17	1.12		
	Fase 3: Desgaste Ocupacional Alto "En Peligro"	35	1.14		
	Fase 4: Desgaste Ocupacional Muy Alto "Quemado"	16	1.69		

	Total	124	1.03		
ENVIDIA	Fase 1: Desgaste Ocupacional Bajo "Sano"	56	0.05	5.768	0.001
	Fase 2: Desgaste Ocupacional Regular "Normal"	17	0.06		
	Fase 3: Desgaste Ocupacional Alto "En Peligro"	35	0.29		
	Fase 4: Desgaste Ocupacional Muy Alto "Quemado"	16	0.56		
	Total	124	0.19		

A continuación se presentan las gráficas de la tabla anterior en donde se ponen de manifiesto, las medias obtenidas en cada una de las fases de Burnout de acuerdo con la escala de Leiter y en relación con siete de las emociones negativas del CEEA.

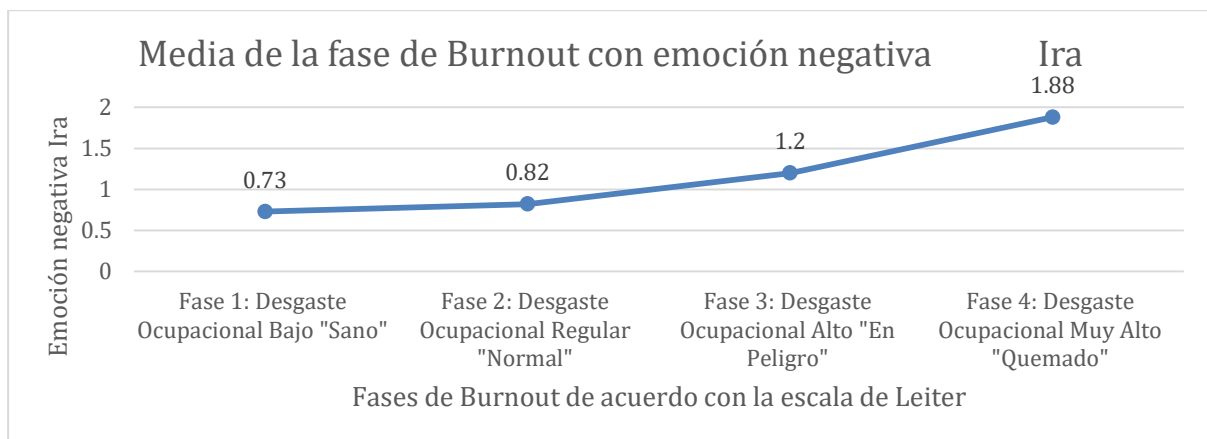


Figura 5.13 Media de las fases de Burnout con emoción negativa Ira.

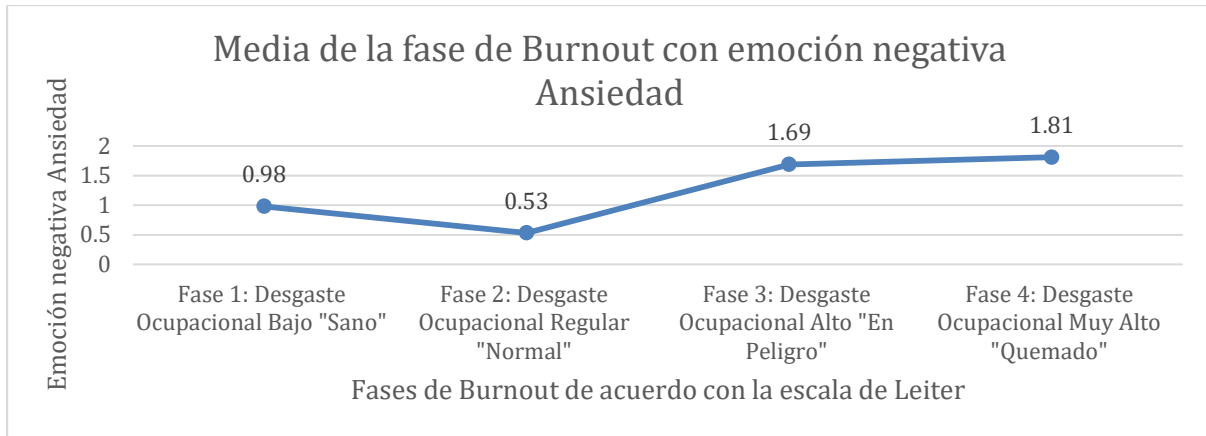


Figura 5.14 Media de las fases de Burnout con emoción negativa Ansiedad.

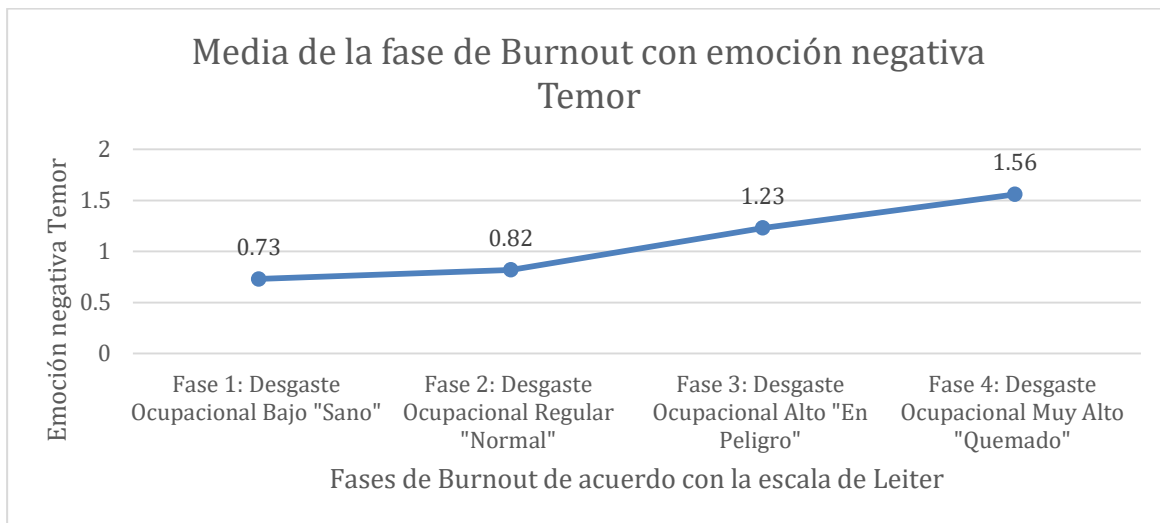


Figura 5.15 Media de las fases de Burnout con emoción negativa Temor.

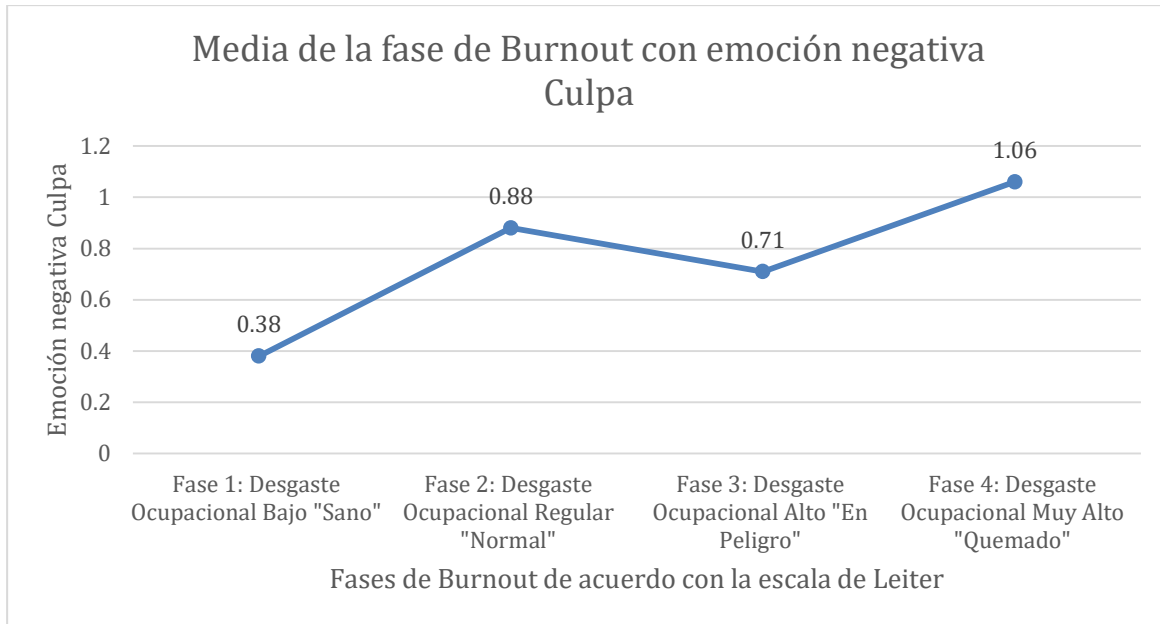


Figura 5.16 Media de las fases de Burnout con emoción negativa Culpa.

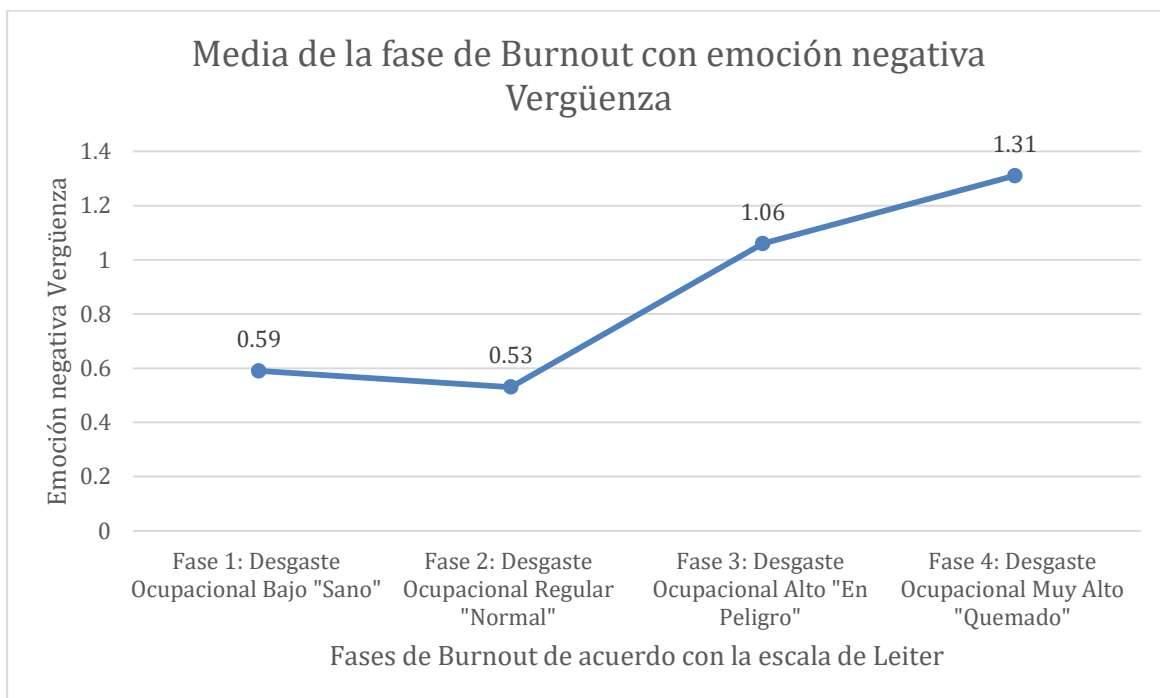


Figura 5.17 Media de las fases de Burnout con emoción negativa Vergüenza.

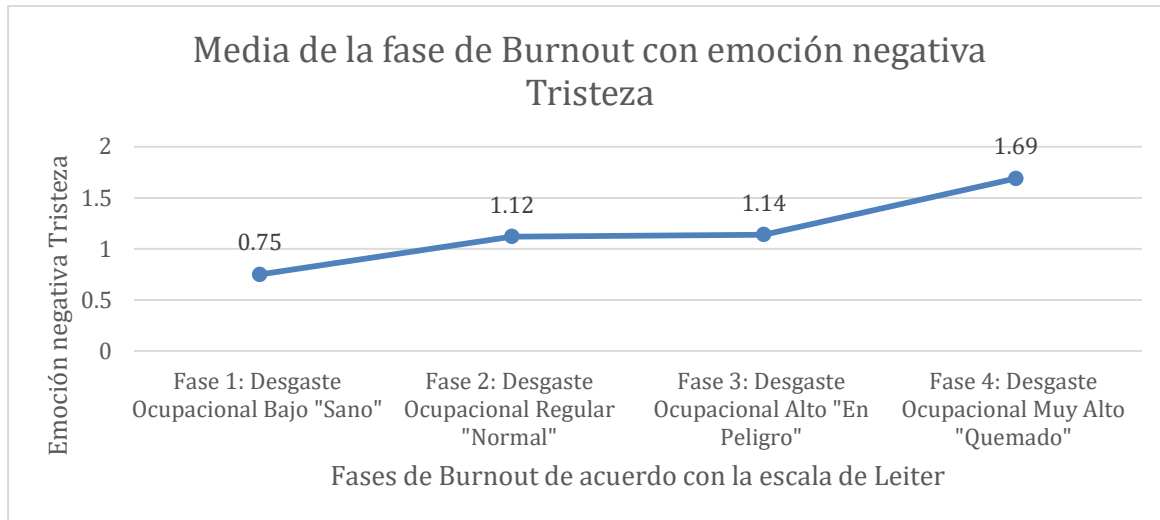


Figura 5.18 Media de las fases de Burnout con emoción negativa Tristeza.

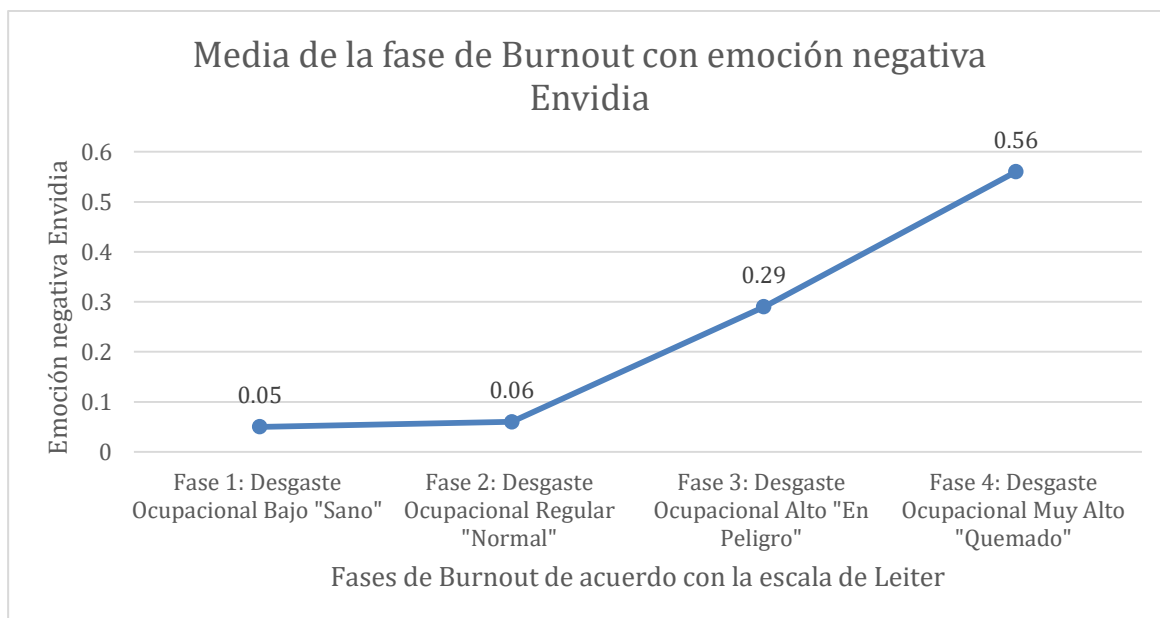


Figura 5.19 Media de las fases de Burnout con emoción negativa Envidia.

5.2.3 RELACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT, FACTORES PSICOSOMÁTICOS, ESTRÉS PERCIBIDO (CEEA) CON ESTRÉS PERCIBIDO POR COVID-19.

Se utilizó la prueba de Chi Cuadrada (X^2) tablas de contingencia y el Coeficiente de Correlación Producto-Momento de Pearson para identificar diferencias entre el Síndrome de Burnout y el estrés percibido por COVID-19 en donde no se encuentran diferencias estadísticamente significativas.

Con respecto a los factores psicosomáticos, se encuentran diferencias estadísticamente significativas con respecto al estrés percibido por COVID-19 y el Trastorno de Depresión ($X^2 = 18.929$, $gl = 10$, $p < 0.041$) ver tabla 5.14. Indicando que los trabajadores que presentan estrés por COVID-19 presentan en mayor proporción Trastornos de Depresión.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto al estrés percibido (CEEA) y el estrés percibido por COVID-19.

Tabla 5.14 Diferencias entre el estrés percibido por COVID-19 y Trastornos Psicosomáticos.

Factor Psicosomático	Chi cuadrado de Pearson	gl	Significación asintótica (bilateral)
Trastornos del Sueño	10.467	6	0.106
Trastornos Psicosexual	3.144	6	0.925
Trastornos Gastricos	2.739	6	0.841
Trastornos Neuróticos	2.378	6	0.882
Trastornos por Dolor	17.247	10	0.069
Trastornos de Ansiedad	8.337	10	0.596
Trastornos de Depresión	18.929	6	0.041

Únicamente se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre el estrés percibido por COVID-19 y ansiedad ($X^2 = 18.929$, $gl = 10$, $p < 0.041$). Indicando que los trabajadores que presentan estrés por COVID-19 presentan una mayor proporción de ansiedad (ver tabla 5.15).

Tabla 5.15 Diferencias entre el estrés percibido por COVID-19 y ansiedad.

	Chi-cuadrado de Pearson	gl	Significación asintótica (bilateral)
Ira	8.140	6	0.228
Ansiedad	16.340	6	0.012
Temor	9.395	6	0.153
Culpa	2.175	6	0.903
Vergüenza	6.780	6	0.342
Tristeza	3.720	6	0.714
Envidia	1.270	6	0.973

CAPÍTULO 6. DISCUSIONES

El objetivo de este trabajo fue Identificar y diagnosticar los niveles del Síndrome de Burnout y su relación con factores psicossomáticos y sociodemográficas en trabajadores del ámbito restaurantero de la Ciudad de México. En general se encontró que el Síndrome de Burnout se relaciona significativamente con los factores psicossomáticos (sueño, psicosexuales, gástricos, neuróticos, por dolor, de ansiedad y de depresión), lo que apoya la Hipótesis 1. Estos resultados concuerdan con diferentes autores (Gil-Monte, 2005; Gil-Monte & Peiró, 1997; Juárez-García, Javier, Camacho-

Ávila & Placencia-Reyes [en prensa]; Schaufeli, Leiter & Maslach, 2009; citados por Uribe, López, Pérez & García, 2014) quienes por medio de diversos meta-análisis han comprobado que el Síndrome de Burnout si se relaciona con la salud, especialmente con factores psicosomáticos. A continuación se enuncian los resultados identificados en este estudio, relacionados con el Síndrome Burnout y variables psicosomáticas, contrastando dichos resultados con estudios realizados por diversos autores.

En los hallazgos de esta investigación se identificaron relaciones estadísticamente significativas entre Síndrome d Burnout y Trastornos del Sueño, es decir que; cuando el trabajador tiene mayor nivel de burnout existe menor calidad de sueño. Estos hallazgos concuerdan con Miró, Solanes, Martínez, Sánchez y Rodríguez (2007), quienes establecen en su estudio con 336 trabajadores de distintos sectores profesionales, que el burnout presenta múltiples correlaciones significativas y se asocia a mayor latencia de sueño, más despertares nocturnos, menos horas de sueño y, en especial, a peor calidad de sueño. También Blasco, Esteba, García, Navarro y Sánchez (2002), en un estudio con una muestra compuesta por 252 profesionales de seguridad ciudadana encontraron relaciones significativas entre las tres variables principales (agotamiento, despersonalización e insatisfacción de logro), de forma que los sujetos con más problemas de sueño presentan menor bienestar y mayor burnout.

En esta investigación, se encontró una relación estadísticamente significativa entre el Síndrome de Burnout y los factores psicosexuales. Lo que indica que a mayor nivel de burnout mayor presencia de problemas psicosexuales como; deseo sexual, excitación sexual, orgasmo o trastornos sexuales por dolor (DSM IV) datos que concuerdan con la investigación realizada por Uribe-Prado, López, Pérez y García (2014) en 75 trabajadores del sistema de justicia en México en donde las relaciones

entre el SB y los factores psicosexuales son significativas entre sí. A su vez Lu (2004); Repetti (1993) citados por Bernal (2011) menciona que “el burnout está asociado con la infertilidad masculina, además de afectar el día a día con comportamiento y conductas que afectan la salud del individuo” (p. 35).

En cuanto a el Síndrome de Burnout y los trastornos gástricos los resultados de esta investigación establecen que existe una relación significativa entre ambas variables lo que implica que a mayor burnout existen mayores problemas gástricos. Estos resultados coinciden con Shirom (1989), quien considera que las manifestaciones más frecuentes son; dolores de cabeza y/o de estómago, úlceras o desórdenes gastrointestinales. Además, Toppinen-Tanner (2005; citados en Bernal, 2001, P. 35) menciona que el agotamiento emocional se asocia a enfermedades del sistema circulatorio y el cinismo o despersonalización a enfermedades digestivas

Referente a las relaciones entre el Síndrome de Burnout y los factores neuróticos en esta investigación se encontraron diferencias significativas esto es que, a mayor nivel de burnout se experimentan mayores afectaciones neuróticas. Estos resultados concuerdan con Uribe-Prado, García, Leos, Archundia, Pizano y Lozano (en prensa), Uribe-Prado (2007) y Pichardo y Retiz (2007) quienes encontraron una correlación significativa entre las variables del Síndrome de Burnout fue positiva; además, las regresiones múltiples mostraron un perfil psicósomático con trastornos psicosexuales, de dolor, gastrointestinales, psiconeuróticos e indicadores de depresión y ansiedad.

Con respecto a la correlación del Síndrome de Burnout y los Trastornos por Dolor, en esta investigación se encontró una relación significativa lo que indica que a mayor burnout mayores afectaciones por dolor, resultados concordantes con Yip y Rowlinson (2009; citados en Bernal, 2011, p. 34) quienes indican que el síndrome tiene

un vínculo estrecho con los síntomas somáticos, como los dolores de cabeza, inconvenientes para dormir y enfermedades coronarias. También Boada, de Diego y, Agulló (2004; citados por Uribe-Prado, García, Pichardo y Retiz, 2008) encontraron que el agotamiento emocional se relaciona con síntomas de debilitamiento y tensión y de dolores cardiovasculares y generales (trastornos de dolor).

En esta investigación se hallaron relaciones significativas entre el Síndrome de Burnout y los Trastornos de ansiedad, es decir que, cuando el trabajador tiene mayor burnout existe mayor ansiedad, sin embargo, el Factor de Despersonalización, referido hacia la manifestación por irritabilidad, actitudes negativas y respuestas frías e impersonales hacia las personas, no se encuentra relacionado con la variable Trastornos de Ansiedad, hallazgos que difieren con los resultados encontrados en las investigaciones de Chávez (2014) quien evaluó la presencia del Síndrome de Burnout en 100 trabajadores mexicanos de ambos sexos de una dependencia gubernamental del Distrito Federal, encontrando que a mayor, agotamiento, despersonalización e insatisfacción de logro existe mayor presencia de Trastornos de Ansiedad. No obstante, El-Sahili (2015) en su estudio sobre las causas específicas, generales e individuales del Síndrome de Burnout en docentes, establece que la frustración, irritabilidad, ansiedad, baja autoestima, desmotivación, sensación de desampara, sentimientos de inferioridad, desconcentración y paranoia están relacionadas con el Síndrome de Burnout.

En esta investigación se identificaron relaciones significativas entre el Factor de Agotamiento e Insatisfacción de logro y los Trastornos de Depresión: es decir que, los trabajadores que experimentan mayor pérdida progresiva de energía, cansancio, desgaste, fatiga, respuestas y evaluaciones negativas hacia si mismo, aumenta la depresión. Estos resultados, coinciden con lo manifestado por Párraga (2006) quien

menciona que el Síndrome de Burnout está acompañado de síntomas emocionales como: indefensión, sentimientos de fracaso, desesperanza, irritabilidad, desilusión, pesimismo, hostilidad, falta de tolerancia, y supresión de síntomas. Igualmente, Apiquian (2007) clasificó el síntoma de la depresión como una consecuencia extrema ante la presencia del Síndrome de Burnout.

Por lo que se refiere las variables sociodemográficas, en esta investigación y para esta muestra los datos no fueron significativos, pues únicamente se identificaron relaciones estadísticamente significativas entre el sexo y el realizar ejercicio con el Síndrome de Burnout. Hallazgos que no coinciden con diversos autores como Uribe-Prado (2008), Apiquian (2007), Maslach (2001), Johson et al., (2017) Maslach (2001) y Patlán (2013), los cuales establecen que el Síndrome de Burnout se asocia con: edad, estado civil, escolaridad, no tener pareja, no tener hijos, ser joven, con pocos años con la pareja, tener puestos operativos, turnos laborales, el horario de trabajo, trabajar principalmente en la iniciativa privada, laborar por contratos o por obra o tiempo determinado, el exceso de horas de trabajo al día, tener poca antigüedad en el trabajo, pocos empleos en la vida, pocos ascensos, pocos ingresos y consumo de sustancias adictivas como cigarros, alcohol y drogas.

Con respecto al sexo, la presente investigación encontró que el personal femenino presenta una media mayor con respecto a los tres Factores del Síndrome de Burnout: F1 Agotamiento (M= 2.02), F2 Despersonalización (M= 1.28) y F3 Insatisfacción de logro (M= 1.47) en comparación con los hombres. Estos hallazgos concuerdan con diversos autores (Patton & Goddard, 2006; Unda, 2010; Aldrete, Aranda, Pando & Salazar, 2011; Arias & Jiménez, 2012; Backteman, 2013; Ferrel,

Sierra & Rodríguez, 2010; Atance, 1997; citados por Cruz & Puente, 2017), quienes menciona que existe relación estadísticamente significativa entre el sexo y el Burnout y de igual forma afirman que las diferencias significativas se presentan comúnmente en las mujeres debido al doble rol que desempeñan. Así mismo Hernández (2006), realizó una investigación acerca del estrés y burnout en 287 profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención, encontrando una prevalencia de 30%, siendo el personal de sexo femenino las más afectadas. Contrario a lo señalado anteriormente, Grau y Román (2003, citados en Espinosa, 2007, p. 51), Schaufeli, Greenglass y Burke, (1997, citados en Agut, 1991, p. 1), Price y Spence, 1994; Van Horn, Schaufeli, Greenglass y Burke, 1997 (citados en Agut, 1991, p. 2) mencionan que el hombre es más susceptible que la mujer para padecer Burnout.

A su vez, en esta investigación se encontró una relación estadísticamente significativa entre el hacer ejercicio y el burnout por lo que, los trabajadores que no realizan ejercicio son más propensos a presentar niveles elevados de burnout. Estos hallazgos concuerdan con Bolaños (2019) quien en su estudio encuentra asociaciones significativas entre el Síndrome de Burnout y la actividad física así mismo, Uribe-Prado et, al. (2014) encontraron una relación significativa entre las personas que no hacen ejercicio.

Por otro lado, se logró identificar las relaciones que guardan el Síndrome de Burnout con las situaciones de estrés, intensidad del estrés, emociones percibidas y estrategias de afrontamiento utilizadas conforme al CEEA (Muñoz, Berra & Vega, 2012) encontrando relaciones altamente significativas con el Síndrome de Burnout y las emociones negativas percibidas (ira, ansiedad, temor, culpa, tristeza, vergüenza y

envidia) es decir que, a mayor nivel de burnout presente en los trabajadores, se manifestarán a mayor nivel las emociones negativas. Estos hallazgos concuerdan con El-Sahili (2015) en su estudio sobre las causas específicas, generales e individuales del Síndrome de Burnout en docentes, establece que las consecuencias pueden ser a nivel psicológico presentando: irritabilidad, ansiedad, baja autoestima, desmotivación, sensación de desamparo, sentimientos de inferioridad, desconcentración y paranoia.

Mas aún, concuerdan con Freudenberger (1974) quien define el síndrome Burnout como una sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga por exigencia de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador situando las emociones y sentimientos negativos producidos por el Burnout en el contexto laboral.

Con respecto a las estrategias de afrontamiento, la presente investigación realizó un análisis comparativo encontrando diferencias en la media, en donde el personal de un restaurante suele emplear en mayor proporción estrategias dirigidas hacia la emoción, si bien, esta noción da idea de cómo solucionan las problemáticas el personal de un restaurante no se logra identificar ni profundizar a detalle los estilos de afrontamiento del personal ya que no se implementó otro cuestionario o instrumento.

Por último, en esta investigación se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto al estrés percibido por COVID-19 y el Trastorno de Depresión, así como mayor percepción de ansiedad. Datos que concuerdan con la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (2016) quienes establecen que, en situaciones de epidemias, se pueden presentar manifestaciones psicológicas y psicosociales en la población como; ansiedad, depresión, duelos, estrés agudo, crisis emocionales y de pánico, reacciones colectivas

de agitación, descompensación de trastornos psíquicos preexistentes, trastornos somáticos de origen psíquico.

CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES

Con esta investigación se concluye que:

1. Los trabajadores de los diferentes restaurantes, presentan el Síndrome de Burnout, con una prevalencia del 12.9% en Fase 4 “Quemado” y 28.2% en Fase 3 “En Peligro” conforme al modelo de Leiter, Dicho modelo plantea 4 Fases del Burnout, en donde la Fase 1 equivale a un Desgaste Ocupacional Bajo, la Fase 2 equivale a un Desgaste Ocupacional Regular, la Fase 3 corresponde a un Desgaste Ocupacional Alto y por último la Fase 4 a un Desgaste Ocupacional muy alto.

2. Existe una relación estadísticamente significativa entre el Síndrome de Burnout y los Trastornos Psicosomáticos, lo cual se explica de la siguiente manera:

a) Cuanto más Agotamiento presenta el trabajador, mayor es la presencia de Trastornos del Sueño, Trastornos Psicosexuales, Trastornos Gastrointestinales, Trastornos Psiconeuróticos, Trastornos de Dolor, Trastornos de Ansiedad y Trastornos de Depresión.

b) Cuando el trabajador presenta más Despersonalización se expresan mayormente Trastornos de Sueño, Trastornos Gástricos y Trastornos Psiconeuróticos.

c) Cuando el trabajador presenta más Insatisfacción de logro, manifiesta tener más Trastornos del Sueño, Trastornos Psicosexuales, Trastornos Gastrointestinales, Trastornos Psiconeuróticos, Trastornos de Dolor, Trastornos de Ansiedad y Trastornos de Depresión.

Con base en lo anterior, se concluye que el Síndrome de Burnout está significativamente relacionado con Trastornos Gastrointestinales, del Sueño y Psiconeuróticos.

3. El presente estudio no encuentra relación entre el Síndrome de Burnout y las características sociodemográficas del personal como: edad, estado civil, escolaridad, tipo de contacto con el cliente, horas de trabajo, antigüedad, horas extra, ascensos, fumar, consumir alcohol o drogas, lo cuál podría haberse enfocado a la falta de homogenización en cada una de esas variables en la muestra seleccionada.

4. El Síndrome de Burnout está más relacionado con el personal de sexo femenino.

5. El personal que realiza ejercicio presenta menores niveles de Síndrome de Burnout,
6. El personal que presenta Síndrome de Burnout experimenta emociones negativas como: ira, ansiedad, temor, culpa, tristeza, vergüenza y envidia están presentes en el Síndrome de Burnout....
7. A pesar de que exista una situación estresante (pandemia COVID-19) no se relaciona con el Síndrome de Burnout, ya que, éste está relacionado con estrés crónico.
8. El Síndrome de Burnout no está relacionado con eventos estresantes temporales.

Finalmente con base en lo anterior y, de acuerdo a las hipótesis planteadas y considerando los análisis comparativo y de correlación, se puede afirmar lo siguiente:

1. Existe relación estadísticamente significativa entre desgaste ocupacional y Trastornos Psicossomáticos, por lo que se acepta la primera hipótesis alterna.
2. Los Factores Sociodemográficos no presentaron relación estadísticamente significativa, por lo que se rechaza la segunda hipótesis alterna.

Con estas conclusiones y a manera de sugerencia se presenta el siguiente modelo de Prevención (ver tabla 7.1):

Tabla 7.1 Propuesta de Prevención del Síndrome de Burnout

Nivel de Prevención de acuerdo con la OMS (1998)	Acciones	
	Individuales	Organizacionales
<p>Prevención Primaria</p> <p>Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar habilidades sociales, técnicas de solución de problemas y las técnicas de autocontrol (Guerrero & Vicente, 2001). • Adoptar y mantener hábitos saludables <ul style="list-style-type: none"> - Dormir siete u ocho horas diarias. - Tomar desayuno diariamente. - No tomar alimentos nunca o casi nunca entre comidas. - Mantenerse en el peso adecuado a la altura o próximo a ello. - No fumar. - No tomar alcohol o hacerlo moderadamente. - Llevar a cabo una actividad física regular 	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de capacitación continuos dirigidos a la mejora en los aspectos psicosociales del personal. • Contar con perfiles de puestos claramente delimitados en las tareas, funciones, derechos, obligaciones así como formas y métodos de evaluación. • Atraer y seleccionar al personal de acuerdo con el perfil de puesto y evaluaciones psicométricas. • Crear planes de carrera por puesto para fomentar la participación y motivación

		<p>(Fernández, 2001).</p> <ul style="list-style-type: none"> Fomentar espacios colaborativos con principal enfoque al desarrollo de trabajo en equipo y el trabajo multidisciplinarios (García, 1990).
<p>Prevención Secundaria</p> <p>Diagnostico precoz y oportuno de la enfermedad incipiente (sin manifestaciones clínicas).</p> <p>El diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado, son esenciales para el control de la enfermedad en donde se pretende reducir la prevalencia de la enfermedad</p>	<ul style="list-style-type: none"> Técnicas para la relajación física, el control de la respiración y el biofeedback (Guerrero & Vicente, 2001). Tomar pequeños descansos durante el trabajo, aumentar las actividades reforzantes y buscar opciones de carácter positivo, como disfrutar de las actividades preferidas en los ratos de ocio. Organizar, planear y priorizar las actividades laborales. Entrenamiento en Técnicas de autocontrol y en manejo del estrés (Caballero, Bermejo, Nieto & Caballero, 2001). 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar periódicamente el Síndrome de Burnout. Contar con procesos de retroalimentación continuo entre todos los trabajadores (Gil- Monte & Peiró, 2003). Crear y espacios de arbitraje y de mediación de conflictos. Aumentar la participación de los trabajadores en la toma de decisiones.
<p>Prevención</p>	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar apoyo profesional y 	<ul style="list-style-type: none"> Evitar la

<p>Terciaria</p> <p>Acciones relativas a la recuperación ad integrum de la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante un correcto diagnóstico, tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas buscando minimizar los sufrimientos causados al perder la salud.</p>	<p>seguir todas las recomendaciones del tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • A nivel cognitivo y mediante la aplicación de un profesional conforme a Guerrero y Vicente (2001). <ul style="list-style-type: none"> - Desensibilización sistemática. - Detención del pensamiento - Inoculación de estrés - Reestructuración cognitiva - Control de pensamientos irracionales - Eliminación de actitudes disfuncionales y la terapia racional emotiva (). 	<p>ambigüedad de rol (Rabasa, Figueiredo, Gil-Monte & Llorca, M. (2016).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el sentimiento de equipo (Apiquian, 2007). • Fomentar el apoyo de los supervisores y pares (Charoensukmongkol, Moqbel, & Gutiérrez-Wirsching, 2016). • Generar estrategias de trabajo enfocados en la motivación intrínseca del desempeño de la función (empowerment psicológico (Sprietzer, 1995; Fuller, Morrison, Jones, Bridger y Brown, 1999; Hochwalder y Brucefors, 2005; Hechanova, Alampay y Franco, 2006; Hockwalder, 2007).
--	--	--

LIMITACIONES

En el transcurso de la investigación, se presentaron diferentes problemáticas, la principal el inicio de la pandemia por SARS-COV-2, lo que limitó obtener una muestra más amplia y representativa de trabajadores de la industria restaurantera, así como, adaptar los instrumentos y formas de comunicación a versiones completamente electrónicas y vía remota lo que implicó mayor inversión de tiempo de aplicación de instrumentos por participante. En sintonía con lo anterior otra de las limitaciones fue el acceso y manejo de las tecnologías por parte de los trabajadores, quienes en algunos casos no contaban con los medios para realizar el cuestionario vía electrónica o bien, no comprendían el proceso de ingreso.

RECOMENDACIONES

Para futuras investigaciones y mejor desarrollo del tema en México se deberá considerar, muestras más amplias y representativas de trabajadores en la industria restaurantera así como realizar investigaciones longitudinales para comprobar los niveles del burnout en una misma muestra a través del tiempo. Se recomienda realizar análisis comparativos por tipos de puestos considerando no solo el Síndrome de Burnout y el estrés, sino otras variables que incidan en la satisfacción laboral, en la salud de los trabajadores, en sus características personales y factores de riesgo psicosocial. Se deberá definir con mayor claridad las variables sociodemográficas, laborales y extra laborales que puedan relacionarse con el Síndrome de Burnout, ya que el siguiente paso es prevenir su manifestación en los trabajadores. Por último, se recomienda profundizar en el programa de prevención propuesto, así como crear e implementar programas de promoción de la salud en ambientes laborales, que incidan

en las variables del Síndrome de Burnout y con ello mejorar la calidad de vida de los trabajadores y de la organización.

Referencias:

- Acosta, H. (2009). Burnout y su relación con variables sociodemográficas, sociolaborales y organizacionales en profesores universitarios chilenos. Universitat Jaume I. España. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4806988>
- Agut, S. Grau R. & Beas, M. (1991). Burnout en mujeres: un estudio comparativo entre contextos de trabajo y no trabajo. Trabajo presentado en simposio “*Aspectos psicosociales del estrés ocupacional*”, Universitat Jaume I. Resumen recuperado en http://www.salves.com.br/virtua/Burnour_en_muj.htm
- Alvarado, F. (2014). “*Relación entre el Síndrome de Burnout y la actitud de servicio al cliente en los trabajadores de una empresa comercial*”. (Tesis de Licenciatura, Universidad Rafael Landívar). Recuperado de <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2014/05/43/Alvarado-Flor.pdf>
- American Psychiatric Association. (2013). American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5).
- Apiquian, A. (2007). *El Síndrome de Burnout en las Empresas*. Universidad Anáhuac. México.
- Aranda, C., Pando, M. & Salazar, J. G. (2016). Confiabilidad y validación de la escala Maslach Burnout Inventory (Hss) en trabajadores del occidente de México. *Salud Uninorte*, 32(2), 218-227. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v32n2/v32n2a05.pdf>
- Barría, J. (2001) *Modos de afrontamientos que utilizan los Asistentes Sociales de las Municipalidades y Consultorios de atención primaria en Salud de las comunas de las Condes y de Santiago que están proclives o presentan el Síndrome de Burnout*. Chile [En línea] Recuperado de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl000257.pdf> (27 de Abril 2020).
- Bernal, F. & Ramírez P. (2011). Impacto del Burnout en el bienestar y clima de las organizaciones, una perspectiva de mutuo beneficio entre las personas y la organización, Universidad del Rosario, Colombia, Tesis de licenciatura, Recuperado de: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/2759/1032420497-2011.pdf?sequence=1>.

- Blasco, E., Esteban, L. García, I., Navarro, S. & Sánchez, O. (2002). Relación entre la calidad del sueño, el burnout y el bienestar psicológico en profesionales de la seguridad ciudadana. *Mapfre Medicina*, vol. 13 (4), pp. 258-267.
- Bolaños, A. (2019). *Síndrome de quemarse por el trabajo en médicos de primer contacto y su relación con indicadores de riesgo cardiovascular, ansiedad y alteraciones del sueño* (tesis de pregrado). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Charoensukmongkol, P., Moqbel, M., y Gutiérrez-Wirsching, S. (2016). The role of co-worker and supervisor support on job burnout and job satisfaction. *Journal of Advances in Management Research*, 13(1), 4-22. doi: 10.1108/JAMR-06-2014-0037.
- Chávez, E. (2014). *Relación entre el Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) y la Satisfacción Laboral en una muestra de trabajadores mexicanos de una dependencia gubernamental*. (tesis de pregrado). Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Cherniss, C. (1980). *Staff burnout. Job stress in the human services*. Londres: Sage Publications.
- CIE-11 (2019). Para estadísticas de mortalidad y morbilidad. QD85 Síndrome de desgaste ocupacional. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/129180281>
- Consuegra, A. N. (2010). *Diccionario de psicología*, 2a edición. Bogotá: Ecoe Ediciones.
- Cruz, D. y Puentes, A. (2017). Relación entre las diferentes dimensiones del síndrome de Burnout y las estrategias de afrontamiento empleadas por los guardas de seguridad de una empresa privada de la ciudad de Tunja. *Psicogente*, 20(38), 268-281. doi: 10.17081/psico.20.38.2548.
- Edelwich, J. & Brodsky, A. (1980). *Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions*. Nueva York: Human Sciences Press.
- El Sahili, G., L. F. A. (2015). *Burnout: consecuencias y soluciones*, 1ª edición. México, D.F.: Editorial El Manual Moderno.
- El Universal, Compañía Periodística Nacional S. A. de C. V. (2015). *México, primer lugar con estrés laboral*. Recuperado de: <https://www.eluniversal.com.mx/articulo/nacion/sociedad/2015/05/17/mexico-primer-lugar-en-estres-laboral-oms>
- Fernández, J. (2001). *Programas de intervención en el desarrollo de la carrera laboral*. En: Buendía J, Ramos F (Ed). *Empleo, Estrés y Salud*. Ediciones Pirámide, pp. 161- 179, Madrid, 2001.

- Ferrel, R., Sierra, E. & Rodríguez, M. (2010). Síndrome de desgaste profesional (Burnout) en Médicos especialistas de un hospital universitario de la ciudad de Santa Marta, Colombia. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 7 (1), 29-40. Recuperado de <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/307/274>
- Flores, J., Martín, M., Vela, J. & Martínez, M. (2017). Burnout: Intervención aplicada a un entrenador durante la competición. *Revista de Psicología del Deporte*. 26(4), 99-103. Recuperado de https://www.rpd-online.com/article/viewFile/v26-n6-flores-rodriguez-martin-et-al/Flores_Rodriguez_Martinetal
- Forbes (2017, 29 de diciembre). *Mexicanos, los más estresados del mundo por su trabajo*. Forbes México. Recuperado de <https://www.forbes.com.mx/mexicanos-los-mas-estresados-del-mundo-por-su-trabajo/>
- Frydenberg, E. (1994). Adolescent concerns: The concomitants of coping. *Australian Journal of Educational and Developmental Psychology*, 4, 1-11.
- Fuller, J., Morrison, R., Jones, L., Bridger, D. y Brown, V. (1999). The effects of psychological empowerment on transformational leadership and job satisfaction. *The Journal of Social Psychology*, 139(3), 389-391.
- García, M. (1990). *Una Escala para la Evaluación del Burnout Profesional en las Organizaciones*. Comunicación presentada en el III Congreso Nacional de Psicología Social. Santiago de Compostela.
- Gil-Monte, P. (2003). Burnout syndrome: ¿Síndrome de Quemarse por el Trabajo?, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás. *Revista Psicología Trabajo Organizaciones*, 2(19):181-197, 2003.
- Gil-Monte, P. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid, España: Pirámide.
- Gil-Monte, P. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout en profesionales de enfermería). *Revista Electrónica InteracciónPsy*, 1(1),19- 33.
- Gil-Monte, P. & Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Guerrero, E. & Vicente, F. (2001). *Síndrome de "Burnout" o Desgaste Profesional y Afrontamiento del Estrés en el Profesorado*. Universidad de Extremadura, Cáceres.

- Hechanova, M., Alampay, R. & Franco, E. (2006). Psychological empowerment, job satisfaction and performance among Filipino service workers. *Asian Journal of Social Psychology*, 9, 72-78.
- Hernández, J. (2006). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(2), 103-110. Recuperado en 20 de mayo de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000200002&lng=es&tlng=es.
- Hochwalder, J. (2007). The psychosocial work environment and burnout among Swedish registered and assistant nurses: The main, mediating and moderating role of empowerment. *Nursing and Health Sciences*. 9 (3), 205-211.
- Hochwalder, J. & Brucefors, A. (2005). Psychological empowerment at the workplace as a predictor of ill health. *Personality and Individual Differences*, 39, 1237-1248.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (s. f.). *Estrés laboral*. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/estres-laboral>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). *La Industria Restaurantera en México. Censos Económicos*. Disponible en: [https://www.canirac.org.mx/images/notas/files/Mono_Restaurantera\(1\).pdf](https://www.canirac.org.mx/images/notas/files/Mono_Restaurantera(1).pdf)
- Johson, S., Machowski, S., Holdsworth, L., Kern, M. & Zapf, D. (2017). Age, emotion regulation strategies, burnout, and engagement in the service sector: Advantages of older workers. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 33(3), 205-216. doi: 10.1016/j.rpto.2017.09.001.
- Juárez, A., Idrovo, A., Camacho, Anabel, & Placencia, O. (2014). Síndrome de burnout en población mexicana: Una revisión sistemática. *Salud mental*, 37(2), 159-176. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000200010&lng=es&tlng=es.
- Krzemien, D., Urquijo, S. & Monchietti, A. (2004). Aprendizaje social y estrategias de afrontamiento a los sucesos críticos del envejecimiento femenino. *Psicothema*, 16 (3) ,350-356. Disponible en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3001>
- Laschinger H., Finegan J. E., Shamian J. & Wilk P. (2004) Longitudinal analysis of the impact of workplace empowerment on work satisfaction. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 527–544.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986) *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Londoño, N., Henao G., Puerta, I., Posada, S., Arango, D. & Aguirre, D. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas Pshicologica*, 5 (2), 327-349.
- Maccio, D. (1997). *Diccionario Demográfico Multilingüe*. CELADE, Bélgica.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: the cost of caring*. New Jersey: Prentice Hall.
- Maslach, C., y Jackson, S. E. (1981). The measurement of experience of burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
- Maslach, C., & Leiter, M. (2001), "Job burnout". *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422.
- Maslach, C., & Pines, A. M. (1977). *The burnout syndrome in the day care setting*. *Chil Care Quarterly*, 6 (2), 100-126.
- Masluk, B., Gascón , S., Asensio, Á., & Albesa, A. (2014). Variables Predictoras del Desgaste Profesional entre Trabajadores de la Hostelería en Aragón: Demandas, Control y Apoyo Social. *Prevención Integral* (Online). Obtenido de <https://www.prevencionintegral.com/canal-orp/papers/orp-2014/variables-predictoras-desgaste-profesional-entre-trabajadores-hosteleria-en-aragon-demandas-control>
- Matud, P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality & Individual Differences*, 37, 1401-1415.
- Meier, M. (2007). *“Prevalencia del Síndrome de Burnout y factores asociados en trabajadores de restaurante de comida rápida Platón, Temuco, 2007”*. (Tesis de Licenciatura, Universidad Austral de Chile). Recuperado de <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fmm499p/doc/fmm499p.pdf>
- Miró, E., Solanes, A., Martínez, P., Sánchez, A. & Rodríguez, J. (2007). Relación entre el burnout o «síndrome de quemarse por el trabajo», la tensión laboral y las características del sueño. *Psicothema*. Vol. 19 (3, pp. 388-394. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/28202231_Relacion_entre_el_burnout_o_Sindrome_de_quemarse_por_el_trabajo_la_tension_laboral_y_las_caracteristicas_del_sueno
- Moriana, J. (2004). Estrés y Burnout en profesores, *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (3), 597-621.

- Muñoz, Y., Osorio, D., Robles, E. & Romero, Y. (2014). *Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de referencia Ibagué 2014*. Tesis de pregrado Ibagué (Colombia): Universidad del Tolima.
- O'Brien, J. L. (2010). Structural empowerment, psychological empowerment and burnout in registered staff nurses working in outpatient dialysis centers (Doctoral dissertation, Rutgers University Graduate School-Newark).
- Olivares, M., Garcés, J., Ortín, F. & De Francisco, M. (2015). Prevalencia de burnout a través de dos medidas y su relación con variables sociodeportivas. *Universitas Psychologica*, 17(3), 1-9. Recuperado de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/13134>
- Olvera, R., Téllez, C. & González, A. (2015). Prevalencia de Burnout en trabajadores de un centro de salud. *Revista Atención Familiar*. 22(2), 33-62.
- Organización Internacional del Trabajo (2012). *I Encuesta Centroamericana sobre las Condiciones de Trabajo y la Salud*. Recuperado de http://www.saltra.una.ac.cr/images/SALTRA/Documentacion/Informes/Informe_I_ECCTS_cuantitativo.pdf
- Organización Internacional del Trabajo (2016). Estrés en el trabajo: un reto colectivo. Italia. Disponible en: <https://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2016/490658.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2004). La organización del Trabajo y el Estrés. Serie protección de la salud de los trabajadores n. 3. Francia: *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de https://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf?ua=1
- Párraga, J. (2006). *Eficacia de una intervención psicológica para reducir el síndrome de burnout en profesionales sanitarios*. Recuperado de: <http://pdfs.wke.es/8/5/4/2/pd0000018542.pdf>
- Patlán, J. (2013). Efecto del burnout y la sobrecarga en la calidad de vida en el trabajo. *Estudios Gerenciales*, 29(129), 445-455. doi: 10.1016/j.estger.2013.11.010.
- Peiro, J. (1992) *Desencadenantes del Estrés Laboral*. Eudema, Madrid.
- Pines, A. M. & Kafry, D. (1981). Tedium in the life and work of professional women as compared with men. *Sex Roles*, 7(10), 963-977.
- Proaño, F. (2012). *Factores Organizacionales que Generan Estrés Laboral en el Personal Operativo de un Hotel de Quito* (Tesis de Licenciatura). Quito: Universidad de las Américas. Obtenido de <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/1817/1/UDLA-EC-TPO-2012-03.pdf>
- Rabasa, B., Figueiredo, H., Gil-Monte, P, & Llorca, M. (2016). El papel de la culpa en la relación entre el síndrome de quemarse por el trabajo y la inclinación al

absentismo de profesores de Enseñanza Secundaria. *Revista de Psicodidáctica*, 21(1), 103-119. doi: 10.1387/RevPsicodidact.13076.

Ramírez, M. & Zurita, R. (2010). Variables organizacionales y psicosociales asociadas al síndrome de burnout en trabajadores del ámbito educacional. *Polis* [En línea], 25 | 2010, Publicado el 24 abril 2012. Disponible en: <http://journals.openedition.org/polis/677>

Ramírez, M., Ontaneda, M. Y Ortega, D. (2019). Burnout y su relación con rasgos de personalidad en una muestra de médicos del sur del Ecuador. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*. 1 pp:261-270. Disponible en: [file:///Users/camilo/Downloads/Burnout y su relacion con rasgos de personalidad e.pdf](file:///Users/camilo/Downloads/Burnout_y_su_relacion_con_rasgos_de_personalidad_e.pdf)

Reynaga, P., Mena, A., Valadez, A., Rodríguez, A. & González, J. (2017). Síndrome de burnout en deportistas universitarios mexicanos. *Revista de Psicología del Deporte*, 26(2), 209-214. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2351/235152045028.pdf>

Rodríguez, J., Pastor, A. y López, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5, 349-372.

Rožman, M., Treven, S., Čančer, V., & Cingula, M. (2017). Burnout of Older and Younger Employees – The Case of Slovenia. *Organizacija*, 50(1), 47-60. doi: 10.1515/orga-2017-0005. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/315060446_Burnout_of_Older_and_Younger_Employees - The Case of Slovenia/link/58c945f492851cdbae9c7f52/download](https://www.researchgate.net/publication/315060446_Burnout_of_Older_and_Younger_Employees_-_The_Case_of_Slovenia/link/58c945f492851cdbae9c7f52/download)

Saborío, L. & Hidalgo, L. F. (2015). Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica - Edición Virtual*, 32 (1), 1-6. Recuperado de <http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v32n1/art14v32n1.pdf>

Salanova, M. & Schaufeli, W. (2004). El Engagement de los empleados: un reto emergente para la dirección de los recursos humanos. *Estudios Financieros*, 261(62), 109-138. Recuperado de: http://www.want.uji.es/wp-content/uploads/2017/03/2004_Salanova-Schaufeli.pdf

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

Silva, R. A. (1992). *Lógica de la inferencia estadística*. En: *Métodos Cuantitativos en Psicología México*. Trillas. Pp. 369-393.


- Spreitzer, M. (1995). "Psychological Empowerment in the Workplace: Dimensions, Measurement, and Validation". *The Academy of Management Journal*, 38(5), 1442-1465.
- Thomas, K. & Velthouse, B. (1990). Cognitive Elements of Empowerment: An "Interpretive" Model of Intrinsic Task Motivation. *Academy of Management Review*, 15, 666-681. Recuperado el 20 de abril de 2020, de <https://www.jstor.org/stable/258687?seq=1>
- Uribe-Prado, F. (2010). *Escala de Desgaste Ocupacional (Burnout)*. México. Editorial El Manual Moderno.
- Uribe-Prado, F., López, R., Pérez, C. & García, A. (2014). Síndrome de Desgaste Ocupacional (Burnout) y su Relación con Salud y Riesgo Psicosocial en Funcionarios Públicos que Imparten Justicia en México, D.F. *Acta de Investigación Psicológica*. 4 (2), 1554 - 1571
- Uribe-Prado, F., García, A., Pichardo, A. & Retiz, A., (2008). Perfil psicosomático y de desgaste ocupacional en cajeros del sector bancario con la escala EMEDO. En Segundo Foro de las Americas en Investigación sobre Factores Psicosociales Estrés y Salud Mental en el Trabajo. Congreso llevado a cabo en, México.
- Vinaccia, S. & Alvarán, L. (2004). El síndrome Burnout en auxiliares de enfermería. *Terapia Psicológica*, 22, 9-16. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/El-s%C3%ADndrome-del-Burnout-en-una-muestra-de-de-Un-The-Alpi-FI%C3%B3rez/187526ac2f0ee3196159d9b5bcdef53057937d08>

Anexo 1 – EDO Escala de Desgaste Ocupacional (Burnout) (Uribe-Prado, 2010).

EDO

Cuestionario (F01)

Jesús Felipe Uribe Prado



INSTRUCCIONES

A continuación se le presentarán una serie de enunciados a los cuales debe responder considerando su forma de pensar, sentir y actuar en determinadas situaciones; le pedimos que conteste de la manera más sincera posible, ya que nos es de gran utilidad.

Para contestar utilice la **HOJA DE RESPUESTAS (F02)** anexa, marcando con una **X** el óvalo correspondiente a la respuesta que describa mejor su forma de pensar, sentir y actuar.

Se le presentarán dos tipos de enunciados, los cuales tienen **seis opciones de respuesta**. En el primer tipo va en una escala de **Totalmente en Desacuerdo (TD)** a **Totalmente de Acuerdo (TA)** y puede elegir **cualquiera de las seis opciones**.

Ejemplo Tipo 1) 1. Considero que es importante asistir a fiestas

	TD							TA
	1.	X						

En el segundo tipo de enunciados le pedimos que responda **¿con qué frecuencia...?** Ha tenido cierto padecimiento, debe contestar **sin considerar** los efectos producidos por sustancias como alcohol, estimulantes, cafeína, cocaína, opiáceos, sedantes, antidepresivos, hipnóticos, ansiolíticos, etc.


Ejemplo Tipo 2) ¿Con qué frecuencia...?

2. Tienes sangrado por la nariz.

	Nunca							Siempre
	2.						X	

**LAS PREGUNTAS QUE NO CORRESPONDAN A SU SEXO, DÉJELAS EN BLANCO
NO EXISTEN RESPUESTAS BUENAS NI MALAS
Sus repuestas son anónimas y confidenciales
Sólo serán utilizadas con fines estadísticos**

**NO ESCRIBA EN ESTE CUADERNILLO
¡GRACIAS!**



Manual Moderno®
D.R. © 2010 por Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
Av. Simón 206, Col. Hipódromo, 06100, México, D.F.

1

Todos los derechos reservados.
Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida,
almacenada o transmitida por otro medio
-electrónico, mecánico, fotocopiado, etcétera-
sin permiso previo por escrito de la Editorial.

Anexo 2 – Cuestionario de Estrés, Emoción y Afrontamiento (CEEA) Muñoz, Berra, Vega (2012).

**CUESTIONARIO DE ESTRÉS, EMOCIÓN Y AFRONTAMIENTO
Muñoz, Berra, Vega (2012)**

A continuación te pedimos nos describas una situación y lo que experimentaste alrededor de ella, así como una serie de preguntas para conocer cómo te sentiste en dicha situación. No existen respuestas buenas o malas; los datos que nos proporcionas son confidenciales y la información que nos aportes es muy valiosa.

Escribe una situación en la que te hayas sentido estresado(a).

¿Del 1 al 10 qué tan estresado(a) te sentiste?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Hace cuánto tiempo fue?

1) Hace una semana 2) Hace un mes 3) Hace un año 4) Hace más de un año

¿Qué hiciste ante dicha situación?

Del siguiente listado identifica la emoción que experimentaste y califica la intensidad de dicha emoción.

0 1 2 3
 NADA POCO MODERADO MUCHO

Emoción	0	1	2	3	Emoción	0	1	2	3
Ira					Felicidad				
Ansiedad					Orgullo				
Temor					Alivio				
Culpa					Esperanza				
Vergüenza					Amor				
Tristeza					Gratitud				
Envidia					Compasión				
Celos									

Anexo 3– *Cuestionario Percepción de estrés con respecto a la contingencia por COVID-19, elaboración exprofeso (Berra & Urbina, 2020)*

Cuestionario Percepción de estrés con respecto a la contingencia por COVID-19

1. ¿Considera que la situación actual en torno al COVID-19 le genera estrés?

Sí. No.

2. ¿Del 0 al 10 qué tan estresado(a) se siente?

3. Del siguiente listado identifique la reacción o sensación que experimentaste y selecciona SOLO UNA calificación conforme a la intensidad.

- Temor y preocupación por su salud y la salud de sus seres queridos
 0 Nada 1 Poco. 2 Moderado 3 Mucho
- Cambios en los patrones de sueño
 0 Nada 1 Poco. 2 Moderado 3 Mucho
- Cambio en los patrones de alimentación (comer más o dejar de comer)
 0 Nada 1 Poco. 2 Moderado 3 Mucho
- Dificultades para dormir o concentrarse
 0 Nada 1 Poco. 2 Moderado 3 Mucho
- Agravamiento de problemas de salud crónicos
 0 Nada 1 Poco. 2 Moderado 3 Mucho
- Agravamiento de las condiciones de salud mental.
 0 Nada 1 Poco. 2 Moderado 3 Mucho
- Incremento en el consumo de tabaco, alcohol u otras drogas
 0 Nada 1 Poco. 2 Moderado 3 Mucho

4. ¿Qué acciones ha tomado ante dicha situación?

5. Del 1 al 10 ¿Qué tanto temor o sensación de riesgo ha sentido de perder su empleo debido a la contingencia por COVID-19?