

**M. ESP. RAUL  
FIGUEROA  
GARCIA**

**CLIMA ORGANIZACIONAL Y SÍNDROME DE BURNOUT EN  
PERSONAL DE SALUD DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA**

**2013**



Universidad Autónoma de Querétaro  
Facultad de Medicina

**CLIMA ORGANIZACIONAL Y SÍNDROME DE BURNOUT  
EN PERSONAL DE SALUD DE SEGUNDO NIVEL DE  
ATENCIÓN MÉDICA**

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de  
Maestro en Salud Pública

PRESENTA

Med. Esp. RAUL FIGUEROA GARCIA

Querétaro, Qro.

2013



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO  
Facultad de Medicina  
Maestría en Salud Pública

## CLIMA ORGANIZACIONAL Y SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE SALUD DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA

### TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de

Maestro en Salud Pública

#### Presenta:

M. Esp. Raúl Figueroa García

#### Dirigido por:

Dra. Hilda Romero Zepeda ph D

#### SINODALES

Dra. Hilda Romero Zepeda ph D  
Presidente

Dr. César Gutiérrez Samperio  
Secretario

MSP Rubén Salvador Romero Márquez  
Vocal

Dra. Ma. Aleiandra Hernández Castañón  
Suplente

MSP Eunice Rodríguez Piña  
Suplente

DR. JAVIER ÁVILA MORALES  
Director de la Facultad

Firma

Firma

Firma

Firma

Firma

DR. IRINEO TORRES PACHECO  
Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario  
Querétaro, Qro.  
2013  
México

## RESUMEN

El Síndrome de Burnout fue descrito por Freudenberger y Maslach. Se evalúan tres dimensiones: *Agotamiento emocional (AE)*, *Despersonalización o deshumanización (DP)* y *Falta de realización personal (FRP)*. El Síndrome es una amenaza para la salud, por el inadecuado afrontamiento ante las exigencias psicológicas del trabajo. En Brasil y Chile se considera como enfermedad profesional y en Argentina se está considerando su inclusión como problema de salud vinculado al trabajo con derecho a indemnización. **Objetivo:** Determinar la prevalencia e intensidad del Síndrome de Burnout y su relación con clima organizacional en el personal de enfermería y médico de un hospital de segundo nivel de atención. **Metodología:** Estudio trasversal y analítico. Se entrevistaron 140 enfermeras y 52 médicos de segundo nivel de atención médica. Para la colecta de datos se utilizaron tres instrumentos: una cédula de identificación de datos socio-demográfico; el Maslach Burnout Inventory (MBI); y la escala de clima organizacional de Koys & Decottis adaptado al idioma español (1991). Se realizó un análisis descriptivo y para la prueba de hipótesis, se consideraron la Correlación de Pearson, OR para prevalencia y regresión logística. **Resultados:** Entre las(os) enfermeras(os), 89.9% eran mujeres, 40% con edad entre 40 y 44 años, 54.7% casadas(os) y número promedio de dos hijos. El 33.3% tiene especialidad, 13.1% más de un empleo y 88.1% realiza labores domésticas. Para el caso del personal médico, 46.6% eran mujeres, 42% con edad entre 40 y 44 años, 74% casados, dos hijos promedio, 100% con especialidad y 76.9% realizan labores domésticas. La prevalencia de Burnout fue 23.2% alta, 13.3% media y 63.5% baja. La percepción negativa del clima organizacional fue del 35.7%. Existe 3.79 veces mayor agotamiento emocional, 0.53 baja realización y 1.21 veces más Síndrome de Burnout, cuando la percepción del clima organizacional es negativa en comparación con quienes perciben un clima positivo. El modelo de regresión logística mostró asociación entre burnout y falta de cohesión ( $p \geq 0.05$ ). **Conclusión:** Las acciones de prevención y disminución de riesgo deben centrarse en la modificación de la cultura organizacional, favoreciendo el trabajo en equipo así como mejoras ergonómicas que coadyuven en la calidad de vida laboral.

**Palabras clave:** Síndrome de Burnout, Clima organizacional, Personal de Salud, Calidad de vida laboral

## SUMMARY

The Syndrome of burnout was described by Freudenberger and Maslach. This shows three dimensions evaluated: Emotional exhaustion (AE), Dehumanization (DP) and Lack of personal accomplishment (FRP). The Syndrome is a threat for the worker's health because it's inadequate capability for facing the psychological requirements for work. In Brazil and Chile it is considered as professional disease and in Argentina the syndrome has been considered to be included into the work health problem diseases with right to indemnification. **Objective:** To determine the prevalence and intensity of the Syndrome of Burnout, and its relation to the organizational climate among nurses and physicians, at a second health care level hospital. **Methodology:** A cross sectional and analytical study was carried out on 140 nurses and 52 physicians. Data was obtained throughout three different questionnaires: a socio demographic questionnaire, the Maslach Burnout Inventory (MBI); and the Spanish adapted scale for organizational climate. A descriptive analysis was made, the Correlation of Pearson, OR for prevalence and the logistic regression were carried out. **Results:** The nursing community profile was as it follows: 89.9% women, 40% of them reported to have 40 to 44 years old, 54.7% were married and an average of two children. The 33.3% have specialty, 13.1% two or more working occupancies and 88.1% homework. The medical personnel profile was as it follows: 46.6% women, 42% of them showed a rank of 40-44 years old; 74% were married, and their average number for children was two, 100% have specialty and 76.9% reported homework. The prevalence of Burnout according to its intensity was: 23.2% high intensity, 13.3% regular and 63.5% low intensity of the syndrome. The 35.7% had a bad organizational climate perception and it was related to 3.79x emotional exhaustion, 0.53x low accomplishment, and 1.21x Syndrome of Burnout than when there was a positive perception. The model of logistic regression showed that lack of cohesion was associated to Burnout ( $p \geq 0.05$ ). **Conclusion:** The actions for prevention and for risk lowering should be centered among the organizational culture improvement, favoring the team work and the ergonomic improvements that support the labor quality of life.

**Key words.** Syndrome of Burnout, Organizational Climate, Health Personal, Labor Quality of Life

## INDICE

	Pag
Resumen	iii
Summary	iv
Índice	iii
Índice de cuadros	vii
Índice de figuras	viii
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	1
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Objetivos	8
1.3 Hipótesis	8
1.4 Justificación	9
<b>II. REVISIÓN DE LA LITERATURA</b>	
2.1 Síndrome de Burnout	11
2.1.2 Cuadro clínico del Síndrome de Burnout	14
2.1.3 Prevención y Tratamiento	16
2.2 Teoría organizacional	18
2.2.1 Clima y cultura organizacional	20
2.2.2 Evaluación del clima organizacional	23
2.2.3 La cultura organizacional en los servicios de salud	24
2.3 Estudios relacionados	29
<b>III. MATERIAL Y MÉTODOS</b>	
3.1 Diseño de estudio	32
3.2 Definición del universo	32
3.3 Muestra y muestreo	32
3.4 Criterios de selección	33
3.5 Definición de variables y unidades de medida	34
3.6 Instrumentos de recolección de datos	34
3.7 Procedimiento	37
3.8 Consideraciones éticas	38

	Pag
<b>IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	40
4.1 Análisis descriptivo	40
4.1.1 Descripción Síndrome Burnout	43
4.1.2. Clima Organizacional	46
4.2. Análisis inferencial	58
4.2.1 Correlación	58
4.2.2 Asociación	61
4.2.3 Discusión	62
<b>V. CONCLUSIÓN Y SUGERENCIAS</b>	67
5.1 Conclusión	67
5.2 Sugerencias	69
<b>VI. REFERENCIAS BLIBLIOGRÁFICAS</b>	71
<b>APÉNDICES</b>	76

## INDICE DE CUADROS

<b>Cuadro</b>		<b>Página</b>
1.1	Servicios HGR 1, del IMSS en Querétaro	6
2.1	Síntomas del Síndrome Burnout	15
2.2	Autores y Conceptos de Clima Organizacional de finales del siglo XX	22
3.1	Escala de evaluación para el MBI	35
4.1	Características socio-demográficas y laborales del personal médico y de enfermería participante en el estudio	41
4.2	Características laborales del personal médico y de enfermería participantes en el estudio	42
4.3	Percepción del clima organizacional según dimensión	57
4.4	Correlación de Burnout, Clima Organizacional y variables socio-demográficas y laborales	60
4.5	Razón de momios para las dimensiones del Burnout y Burnout General, según percepción negativa del Clima Organizacional.	61
4.6	Modelo de Regresión Logística para Síndrome de Burnout, dimensiones del Clima Organizacional y variables socio-demográficas y laborales	61

## INDICE DE FIGURAS

<b>Figura</b>		<b>Página</b>
2.1	Análisis y Mejora de Procesos. Model PEPSU	26
	Encuesta de Clima Organizacional IMSS. Promedio General por Factor. Resultados 2007	28
4.1	Agotamiento Emocional en el personal de Enfermería, Médico y Global	43
4.2	Despersonalización en personal de Enfermería, Médico y Global	42
4.3	Realización profesional de Enfermería, Médico y Global	45
4.4	Severidad del Síndrome de Burnout en personal médico y de enfermería en estudio	46
4.5	Comparativo porcentual entre personal de enfermería y médico, según Dimensión Autonomía	48
4.6	Comparativo porcentual entre personal de enfermería y médico, según Dimensión Cohesión	49
4.7	Comparativo porcentual entre personal de enfermería y médico, según Dimensión Confianza	50
4.8	Comparativo porcentual entre personal de enfermería y médico, según Dimensión Presión	52
4.9	Comparativo porcentual entre personal de enfermería y médico, según dimensión apoyo	53
4.10	Comparativo porcentual entre personal de enfermería y médico, según Dimensión Reconocimiento	45
4.11	Comparativo porcentual entre personal de enfermería y médico, según Dimensión Justicia	46
4.10	Comparativo porcentual entre personal de enfermería y médico, según Dimensión Innovación	48

## I. INTRODUCCIÓN

Al considerar el deterioro de la salud mental del individuo relacionado con el estrés laboral crónico, se tiene que aludir al creciente protagonismo del Síndrome de Burnout (SB). En diferentes países de Iberoamérica está considerado como una seria amenaza para la salud de los trabajadores (Gil-Monte y cols., 2006).

El Síndrome de Burnout es un síndrome clínico descrito en 1974 por el psiquiatra Hebert Freudenberger, quien observó los síntomas tales como disminución progresiva de la energía, fatiga, desmotivación hacia el trabajo, ansiedad y depresión, distanciamiento y tendencia a culpar a los pacientes de sus problemas (Freudenberger H, 1974; Freudenberger H, 1975). En 1976 Cristina Maslach encontró los mismos datos en los empleados de profesiones relacionadas con la ayuda a personas y decidió emplear la misma expresión por su gran aceptación social. Esta autora refiere tres dimensiones básicas a evaluar en el SB: 1) Agotamiento emocional (AE); 2) Despersonalización o deshumanización (DP) y 3) Falta de realización personal (FRP) (Maslach, 1981).

El Síndrome de Burnout ha sido explicado etiológicamente a partir de tres teorías: 1) la teoría sociocognitiva del yo, es decir, cómo el trabajador percibe el clima y la carga de trabajo; 2) la teoría del intercambio social o de relaciones interpersonales, donde existe una percepción de inequidad y 3) la teoría organizacional en la cual se responsabiliza del problema a la falta de salud organizacional y estructural. Los resultados a partir de cualquiera de estas teorías, hablan de un inadecuado afrontamiento de las exigencias psicológicas del trabajo.

Diversos estudios constatan la presencia de elevados niveles de Burnout en profesionales de servicios humanos, el cual se asocia con accidentes de trabajo y

ausentismo laboral. Las causas que parecen desencadenar el Burnout son múltiples y entre las más citadas se mencionan los bajos salarios, los turnos de trabajo, el exceso de horas del mismo, los problemas de conducta de la población atendida, los cambios frecuentes del personal, la ambigüedad y el conflicto de rol, no reconocimiento social y la escasez de recursos.

En este sentido, se menciona que el diseño de los procesos de trabajo, ha soslayado la dimensión humana del mismo, al no reconocer y controlar las consecuencias biológicas y psicosociales; de ahí, que es a finales de los años 70's, que las a) Teorías del Síndrome Burnout en Norteamérica y de los b) Efectos Negativos de tipo Psicológico en Alemania, enfatizan la emergencia de estos aspectos, independientemente de modelos económicos o políticos en los distintos países (Juárez-García, 2008).

Recientemente, en Brasil se consideró al Síndrome de Burnout como una patología susceptible de ser originada por agentes o factores de riesgo, por lo tanto, enfermedad profesional; en Chile, se le da un tratamiento similar al de Brasil; y, en Argentina, se está considerando su inclusión como problema de salud vinculado al trabajo, con derecho a algún tipo de indemnización (Gil-Monte y cols., 2006).

En el caso de México, se han realizado algunos estudios en personal de salud en los tres niveles de atención, entre enfermeras y médicos y por especialidad, sin embargo, no se observa una tendencia clara respecto a las referencias. En ese sentido, las variables personales y organizacionales han jugado un papel relevante, de ahí la importancia de realizar la presente investigación asociando ambas variables, especialmente en el momento actual, caracterizado por un cambio estructural en las condiciones de trabajo del sistema nacional de salud, en las políticas y formas de financiación de los servicios de salud y las modificaciones contractuales de los trabajadores del área de la salud.

En términos administrativos, los cambios en la oferta laboral, en los procesos y condiciones de trabajo, producen cierto nivel de estrés por lo que es de suma importancia la eficacia del trabajador para afrontar dichas situaciones, de ahí que el estudio tenga la finalidad de analizar la prevalencia y severidad del Síndrome de Burnout y su relación con el clima organizacional en el personal de enfermería y de medicina de un hospital público de segundo nivel de atención, de la Ciudad de Querétaro en México.

### **1.1 Planteamiento del problema**

A finales de los años 1970's, se identificaron una serie de signos y síntomas que ocasionaban efectos negativos en la salud física y mental de los trabajadores del área de la salud, impactando en la calidad de la atención, producto del estrés crónico derivado de sus actividades laborales, este síndrome se denominó Burnout.

El Síndrome de Burnout se ha considerado como un problema de Salud Pública en países desarrollados. De manera particular, la Comisión de las Comunidades Europeas reporta que las enfermedades consideradas emergentes como el estrés, la depresión o la ansiedad, así como la violencia en el trabajo, o el asedio y la intimidación, son responsables del 18% de los problemas en salud asociados a la actividad laboral de las y los individuos, una cuarta parte de los cuales implica dos semanas o más de ausencia laboral. En países como Estados Unidos y Canadá, no difieren mucho los datos estadísticos con la comunidad europea, siendo que el estrés mental por sí solo es responsable del 11% de la demanda de atención por enfermedad en este país (Murofuse y col., 2005)

Los estudios sobre la actividad laboral múltiple, solo hacen mención de aquellas que se ubican en el sector productivo y son remuneradas económicamente; sin embargo, es importante considerar la doble jornada que realizan las mujeres al ubicarse como profesionistas y amas de casa, no solo en el aspecto físico, sino

mental y emocional, pues también son “cuidadoras” de los hijos, esposos, padre, representando esto una carga adicional (análisis actuales con perspectiva de género). Esta duplicidad de esfuerzos, puede acelerar la aparición del Síndrome de Burnout.

Algunos estudios han mostrado los porcentajes de deterioro de las tres áreas básicas del Síndrome de Burnout, por ejemplo se encontró en una población de 64 profesionales de acogimiento residencial de menores, pertenecientes a cinco provincias españolas, que el 42.2% de la muestra, presentó altos niveles de gotamiento emocional (AE), 31.3% despersonalización o deshumanización (DP) y 50% falta de realización personal BRP (Jenaro-Rio y cols., 2007); o en este mismo sentido, se encontró Síndrome de Burnout en una población de enfermeras, cuyos valores reportados fueron de 15.5% de AE, 16.5% DP y 9.7% BPR (Tuesca-Molina y cols., 2006)

Se estima que un 20% de las bajas laborales que se producen en el desempeño de la profesión son de carácter psicológico, una tercera parte de éstas, encuadran con el Síndrome de Burnout y una baja por patología psiquiátrica tiene una duración media de 103 días (Fernández-López, 2003), lo que necesariamente impacta en las finanzas de la institución laboral.

En México, una de las variables antecedentes que se han mencionado en diferentes estudios sobre el Síndrome de Burnout, es la multi-ocupación, es decir, más de un puesto o turno laboral entre el personal médico y de enfermería, lo que se relaciona con la necesidad de mantener el status pero sobre todo, con la percepción de bajos salarios, especialmente en el sector público, donde se mantienen salarios fijos y no se cuenta con mecanismos que discriminen entre quienes realizan su actividad laboral con calidad y quiénes no, lo que puede generar una sensación de inequidad.

En un estudio sobre las áreas evaluadas en el Síndrome de Burnout entre enfermeras y enfermeros de México, se encontró mayor afectación entre los hombres que entre mujeres con porcentajes de 63.4% vs 24% en Actividad Emocional; 32.4% vs 27% en despersonalización o deshumanización y 81.7 vs 50.8 en lo relativo a falta de realización personal (Martínez-López, 2005) y en otro estudio en médicos de una institución de tercer nivel de atención los datos obtenidos fueron: 15% con agotamiento emocional y 19.3% para despersonalización (Esquivel-Molina, y cols., 2007).

En algunos estudios se establece una prevalencia del Síndrome de Burnout de entre el 10 y 26% (Rodríguez-López y cols., 2008 y Esquivel-Molina y col., 2007); sin embargo, estos valores dependen de otras variables, especialmente de tipo personal y organizacional, de ahí la importancia de realizar el presente estudio en un hospital de segundo nivel de atención, para identificar la presencia del Síndrome de Burnout en el Hospital General Regional No. 1 (HGR1) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Delegación Querétaro, y las variables asociadas a su prevalencia.

El Hospital General Regional No. 1 del IMSS Delegación Querétaro, se clasifica por el número de camas, como grande (227 censables y 157 no censables); es un hospital urbano con un promedio de estancia mixto, ya que se atienden casos agudos y crónicos. Por el servicio que presta se considera como Hospital General y de concentración, ofreciendo las cuatro especialidades básicas y subespecialidades como se muestra en la Tabla 1.1 (IMSS, 2004).

El hospital HGR1 en estudio, cuenta con una plantilla de 790 enfermeras de base; 604 fijas, 126 cubre descansos, 43 cubre vacaciones y 17 personal directivo (Jefe y Subjefes de Enfermería). Con respecto al personal médico, se cuenta con 351 Médicos incluyendo los Jefes de Servicio; de ellos, 17 son Médicos internistas sin considerar el área de urgencias y 11 médicos de terapia intensiva.

**Cuadro 1.1. Servicios de Especialidad del Hospital General Regional No. 1 del IMSS Delegación Querétaro.**

<b>CIRUGÍA</b>	<b>MEDICINA</b>	<b>GINECO-OBST.</b>	<b>PEDIATRÍA</b>
Cirugía General	Medicina Interna	Ginecología	Pediatría
Cirugía Reconstructiva	Nefrología	Obstetricia	Cirugía Pediátrica
Urología	Neurología		Neonatología
Neurocirugía	Cardiología		
Otorrinolaringología	Neumología		
Oftalmología	Hematología		
Oncología	Reumatología		
Angiología	Dermatología		
Traumatología y Ortopedia	Alergología		
Maxilo Facial	Endocrinología		
	Gastroenterología		
	Cuidados Intensivos		

Al considerarse como hospital de concentración y de acuerdo con las sub especialidades que se manejan, se atienden pacientes crónicos que requieren de atención especializada y por tal motivo, altamente demandantes en los aspectos de recursos humanos y materiales, así como de interrelación del personal de salud con el paciente y familiar, factores que pueden condicionar la presencia del SB entre los trabajadores del área de la salud de esta institución.

Por lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia y severidad del Síndrome de Burnout y su relación con el clima organizacional entre el personal de enfermería y médico de un hospital público de segundo nivel de atención en la Ciudad de Querétaro, México?

## **1.2 Objetivos**

### **Objetivo General**

Determinar la prevalencia e intensidad del Síndrome de Burnout y su relación con estrés laboral y clima organizacional entre el personal de enfermería y médico de un hospital de segundo nivel de atención, del IMSS Delegación de Querétaro.

### **Objetivos Específicos:**

- Identificar las características socio demográficas y laborales del personal de enfermería y de medicina adscritos a un hospital de segundo nivel de atención.
- Identificar la prevalencia e intensidad de estrés laboral y Síndrome de Burnout en el personal de enfermería y médico bajo estudio.
- Identificar la percepción del personal de salud sobre el clima laboral en los diferentes servicios en la organización.
- Establecer el efecto de la percepción de clima laboral, sobre la intensidad de Síndrome de Burnout del personal de enfermería y de medicina bajo estudio.

## **1.3 Hipótesis**

H1: Las variables organizacionales condicionan un alto nivel de Burnout.

H2: Las variables socio demográficas influyen en la presencia y severidad del Síndrome de Burnout.

## 1.4 Justificación

Un riesgo laboral se define como la probabilidad de que se produzca un daño y la severidad del mismo; si se asume que los riesgos psicosociales son riesgos de la misma forma que los de seguridad e higiene, así como que ambos están ligados a factores organizacionales (Moreno-Jiménez y Garrosa, 2009), sin embargo, estos riesgos psicosociales no han sido considerados como factores condicionantes para la presentación de alteraciones en la salud mental de los trabajadores, especialmente cuando se trata del Síndrome de Burnout.

Por lo anterior, Calero (2012), menciona que estudiar el Síndrome de Burnout no solo se justifica por el aspecto de salud, sino también por razones jurídicas, por lo que en este contexto, la Directiva Marco de la Unión Europea en materia de Salud y Seguridad (89/391/CEE) y la normativa comunitaria en materia de prevención de riesgos laborales ha sido llevada a cabo en España mediante la aprobación de la Ley de Prevención de Riesgo Laborales (Ley 31/1995, 8 de noviembre, B.O.E. 11-11-1995), en la cual se reconoce la organización y ordenación del trabajo como condiciones susceptibles de producir riesgos laborales, por lo que se enfatiza la prevención de riesgos psicosociales en el trabajo, incluyendo el estrés laboral y sus resultados, por lo que el Síndrome de Burnout ha sido considerado accidente de trabajo en España (Recurso Num: 4379/1999) aprobado el 26 de octubre de 2000.

La mayor prevalencia del Síndrome de Burnout se da en profesionales de servicios que prestan una función asistencial o social, de ahí que el deterioro de su calidad de vida laboral tiene repercusiones en la calidad de la atención que se brinda a los usuarios/clientes. En este sentido, Tapia-Hernández y cols. (2009) refieren que cuando los profesionales de la salud se ven afectados por el Síndrome de Burnout tras varios años de actividad laboral, causa frecuentemente bajas, ausentismo e incapacidad.

Ante esta situación, Gil-Monte (2010) menciona que es necesario mejorar la eficacia y calidad de los sistemas de prevención a través de desarrollo de una cultura de prevención sobre riesgo laboral, involucrando al personal directivo y a los trabajadores en actividades preventivas, de igual forma Jenaro-Rio (2007), propone que desde las unidades de salud laboral y los departamentos de recursos humanos se deben llevar a cabo mejoras organizacionales relacionadas con la reducción de las jornadas laborales de los profesionales ligados a la atención directa de personas, asimismo, refiere que otros autores consideran pertinente la inclusión de aspectos relacionados con la salud mental y la prevención del síndrome, en la currícula de los planes de estudio de aquellas profesiones con mayor riesgo de sufrir Síndrome de Burnout.

Por lo anterior, las instituciones de salud deben contar con evidencia científica para una intervención oportuna, de ahí, que establecer la prevalencia y severidad del Síndrome de Burnout entre los trabajadores del área de la salud en un Hospital del Sector Público de segundo nivel de atención, sentará las bases para desarrollar estrategias para prevenir y/o modificar la intensidad del Síndrome de Burnout en los trabajadores de esta institución, lo que a su vez repercutirá en la salud del usuario y en el reconocimiento social de la organización.

Finalmente, al realizar este estudio considerando el clima organizacional, proporcionará un referente de las áreas de oportunidad en la institución, susceptibles de mejora y en beneficio del usuario interno y externo, y con ello programas estratégicos para una mejor calidad de atención.

## II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

### 2.1 Síndrome de Burnout

El Síndrome de Burnout es un síndrome clínico descrito en 1974 (Freudenberger, 1974) en virtud de que se observó que la mayoría de las personas después de un año de haber iniciado sus labores de trabajo, sufría disminución progresiva de la energía hasta llegar a la fatiga; asimismo, mostraban desmotivación hacia el trabajo acompañado por diferentes síntomas de ansiedad y depresión. Después de un tiempo, presentaban un trato distanciado y cínico con tendencia a culpar a los pacientes de sus propios problemas. Para describir este patrón conductual, Freudenberger eligió la misma palabra, que utilizaban para referirse a los efectos causados por el abuso de consumo crónico de sustancias tóxicas, Burnout. (Freudenberger, 1974; Freudenberger, 1975)

El síndrome de Burnout (SB), también es conocido como síndrome del desgaste profesional, síndrome de estar quemado o del trabajador quemado (de la traducción literal del término de Burnout), ha adquirido gran relevancia en la atención de la salud. Diversos expertos en materia laboral y sanitaria en el ámbito mundial, han considerado necesario que se reconozca este síndrome como una enfermedad profesional, para efectos de sanción por parte de medicina del trabajo; (Leiter y Robichaud, 1997; Buendía, 1998), pues en un entorno de mercado de competencia y múltiples alternativas de servicios, la presión organizacional se traslada a los trabajadores, potenciando la aparición de una pandemia del mundo actual, el estrés laboral, que impacta la calidad de vida de dichos trabajadores (Durán, 2010)..

En este mismo sentido, en 1976, Maslach encontró los mismos datos en los empleados de profesiones relacionadas con la ayuda a persona, y decidió emplear la misma expresión en virtud de la aceptación social del término Burnout, término “que se popularizó dentro del ámbito anglosajón por reconocer la realidad

socio-laboral, tanto en médicos, enfermeras, trabajadores sociales, profesores, policías y directivos (Moreno, 1990).

Maslach y Jackson (1981), definen Burnout como “síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas”, las tres dimensiones básicas de este síndrome se describen a continuación:

1. *Agotamiento emocional* (AE), que se refiere a la disminución y pérdida de recursos emocionales.
2. *Despersonalización o deshumanización* (DP), que consiste en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y cinismo hacia los receptores del servicio prestado.
3. *Falta de realización personal* (BPR), que es la tendencia a evaluar el propio trabajo en forma negativa: los afectados se reprochan no haber alcanzado los objetivos propuestos, con vivencias de insuficiencia personal y baja autoestima profesional.

Para Maslach, este síndrome pareciera presentarse exclusivamente en las personas de profesiones de ayuda (disciplinas de servicio), como el personal de salud y los educadores que prestan servicio al público (Lee y Ashfort, 1996), o como lo sugiere Molina y cols. (2003), también afecta a trabajadores sociales, profesionales de alto riesgo y penitenciarios.

De manera ampliada Brill (1984), propone su definición del Síndrome de Burnout como “un estado disfuncional y disfórico relacionado con el trabajo, en una persona que no padece otra alteración psicopatológica mayor, en un puesto de trabajo en el que antes ha funcionado, tanto al nivel de rendimiento objetivo como de satisfacción personal; y que posteriormente, ya no puede conseguirlo de nuevo si no es una intervención externa de ayuda, o por un reajuste laboral, que está en relación

con las expectativas previas”. Por lo tanto, el Síndrome de Burnout se puede presentar en cualquier trabajo y no sólo en los que existe un trato directo con los usuarios que reciben los servicios laborales, destacando también la importancia de la calidad de las relaciones interpersonales en el trabajo, la supervisión y las oportunidades de aprendizaje continuo y de desarrollo de la carrera profesional. (Pines y Aronson, 1988).

En este sentido, el Síndrome de Burnout, constituye uno de los daños laborales de carácter psicosocial más importantes en la sociedad actual, derivados de un elevado ritmo de vida, la transformación de los mercados y la estructura del sector económico caracterizado por un incremento del trabajo emocional y mental, (Salanova y Lorens, 2008), por su impacto en la calidad de servicio, calidad de atención y el mismo ausentismo laboral.

Las consecuencias del Síndrome de Burnout impactan a nivel individual, laboral y organizacional como lo refieren Shaufeli y Buunk (2002):

- A nivel individual, se traduce en agotamiento, fatiga crónica, cansancio, distancia mental, ansiedad, depresión, quejas psicosomáticas, incremento del uso de sustancias tóxicas, generalización o desbordamiento a la vida privada, dudas respecto a la propia capacidad para desempeñar el trabajo.
- A nivel del trabajo se observa insatisfacción laboral, falta de compromiso organizacional e intención de abandonar la organización.
- A nivel organizacional se presenta incremento en la tasa de ausentismo, bajas laborales, disminución del desempeño del trabajo y falta de calidad en el servicio.

Por su parte, Salanova (2008), hace referencia a dos procesos que explican el desarrollo del Síndrome de Burnout: el primero para el caso de profesionales de ayuda, en donde el Burnout puede desencadenarse debido a las demandas interpersonales que implica el trato con pacientes/clientes/usuarios y que puede consumirles emocionalmente, adoptando entonces la despersonalización como estrategia de afrontamiento y finalmente una reducida realización personal; en tanto que en el segundo proceso y que es aplicable a cualquier ocupación, se asume una falta de confianza en las propias competencias, lo que se manifiesta en crisis sucesivas de autoeficiencia, que con el tiempo puede generar el síndrome.

### **2.1.2 Cuadro clínico del Síndrome de Burnout**

Aranda (2006), presenta un resumen de diversos estudios que han dado cuenta de las repercusiones en la salud de los trabajadores, reportando manifestaciones de tipo físicas y psicológicas tales como: cansancio físico, fatiga emocional, agotamiento, aislamiento, cinismo, bajo rendimiento laboral, baja autoestima, incremento de conductas adictivas, trastornos psicológicos, ansiedad, tensión, irritabilidad, depresión, fatiga, así como altos niveles de ansiedad en los profesionales; manifestaciones físicas como problemas cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales, musculo-esqueléticos, dolor de cabeza, infecciones, alergias, alteraciones menstruales, trastornos del sueño, sudoración y/o temblor de manos y, falta de apetito entre otros.

Se menciona que este síndrome tiene un desarrollo progresivo; sus signos y síntomas son tanto físicos como emocionales, clasificándolo como leve si existe solamente dificultad al levantarse en la mañana, fatiga y quejas somáticas inespecíficas. Posteriormente se agregan manifestaciones cardiovasculares, fatiga, cefalea, problemas gastrointestinales, insomnio, alteraciones dermatológicas, así como perspectivas negativas hacia el trabajo y de los compañeros, aislamiento, suspicacia. En su forma severa, se puede facilitar el consumo de alcohol, drogas

psicotrópicas o narcóticos, alteraciones alimenticias, mal humor, cinismo, irritabilidad, ansiedad, actitudes agresivas y defensivas, genera ausentismo, retardo y falta de rendimiento escolar (Esquivel-Molina y cols. 2007). Los síntomas del SB se clasifican como psicosomáticos, conductuales y emocionales, como se muestra en el **Cuadro 2.1.**

**Cuadro 2.1. Síntomas del Síndrome de Burnout**

<b>PSICOSOMÁTICOS</b>	<b>CONDUCTUALES</b>	<b>EMOCIONALES</b>
Fatiga crónica	Ausentismo laboral	Distanciamiento afectivo como protección del yo
Frecuentes dolores de cabeza,	Abuso de drogas (café, tabaco, alcohol, fármacos)	Aburrimiento y actitud cínica
Trastornos del sueño	Incapacidad para vivir de forma relajada	Impaciencia e irritabilidad
Úlcera y otros desórdenes gastrointestinales	Superficialidad en el contacto con los demás	Sentimientos de omnipotencia
Pérdida de peso	Comportamientos de alto riesgo	Desorientación
Dolores musculares	Aumento de conductas violentas	Incapacidad de concentración
Disfonía		Sentimientos depresivos
Neurosis y psicosis		Atención selectiva
Hipertensión		Desplazamiento de sentimientos a otras situaciones o cosas
Pérdida de ciclos menstruales		

Fuente: Aranda, 2006; Arenas y col., 2006.

### 2.1.3 Prevención y tratamiento

No existe tratamiento específico para el manejo del Síndrome de Burnout, sin embargo, las terapias reportadas que se utilizan en su manejo van encaminadas a restablecer la salud psicológica y recuperar el rendimiento laboral de la persona afectada, teniendo como base el control de estrés, el ensayo conductual y la potenciación del autocontrol. En ocasiones se requiere un breve período de baja laboral y fármacos antidepresivos en los casos más graves (Alonso-Fernández, 2002; Casas, 2002).

Las estrategias pueden ser individuales y organizacionales. Si se identifica falta de recursos personales, se utilizan estrategias centradas en el individuo, lo cual supone el involucramiento del trabajador para desarrollar en él, conocimientos, competencias y habilidades, que le permitan un mejor afrontamiento. Por otra parte, si el problema está en altas demandas laborales y/o bajos recursos laborales, las estrategias se orientan a mejorar la situación laboral (variedad de tareas, resolver conflictos de rol, mejorar el estilo de liderazgo). Es posible una combinación de estrategias individuales y organizacionales, dependiendo de la evaluación realizada (Salanova, 2008).

De acuerdo a las actividades que rodean a la persona afectada, se han establecido algunas acciones preventivas para tratar de disminuir la presencia del Síndrome de Burnout (Saura, 2000), las cuales se refieren a continuación:

1. Apoyo social y familiar
2. Condiciones de trabajo flexibles
3. Rotación de áreas
4. Momentos de descanso
5. Participación en normas de organización
6. Atención psicológica o psiquiátrica
7. Grupos de autoayuda
8. Estrategias de abordaje a nivel individual

De igual manera, se puede incrementar la mejora en la vida extra laboral generando espacios de recreación, deportivos, hobbies, etc.; así como vínculos sociales con el fin de abarcar más espacios de la vida emocional; o adquirir nuevos conocimientos, capacitación o realizar publicaciones científicas (Sobrequés y col., 2003).

Gil-Monte y cols. (2006), consideran que las estrategias para prevenir el Síndrome de Burnout deben contemplar tres niveles:

- a) Tomar en cuenta los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales, y el desarrollo de estrategias cognitivo-conductuales que les permitan eliminar o mitigar la fuente de estrés, evitar la experiencia de estrés, o neutralizar las consecuencias negativas de esa experiencia (nivel individual).
- b) Potenciar la formación de las habilidades sociales y de apoyo social de los equipos de profesionales (nivel grupal)
- c) Eliminar o disminuir los estresores del entorno organizacional desarrollar programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente y el clima de la organización. Reestructurar y rediseñar el lugar de trabajo con la participación del personal de la unidad, establecer objetivos claros para los roles profesionales, aumentar las recompensas a los trabajadores, establecer líneas claras de autoridad, y mejorar las redes de comunicación organizacional.

Se han desarrollado tres teorías etiológicas para estudiar el Síndrome de Burnout e independientemente de éstas, en el portador de este síndrome, se identifica un inadecuado afrontamiento de las exigencias psicológicas del trabajo que se traduce en estrés laboral y problemas interpersonales con los compañeros de trabajo (Gil-Monte y cols., 2006; Esquivel-Molina y cols., 2007).

1. Teoría sociocognitiva del yo: la cognición de los sujetos influye en la forma en que el trabajador percibe el clima y la carga del trabajo en su medio profesional, el cual se modifica a su vez por los efectos de sus acciones y las consecuencias observadas en los demás.
2. Teoría del intercambio social: cuando se establecen relaciones interpersonales (paciente, trabajadores de la salud, administradores del hospital), existe percepción sobre falta de equidad o falta de ganancia desarrollada por los sujetos como resultado de la comparación social.
3. La teoría organizacional en la cual se responsabiliza del problema a la falta de salud organizacional y estructural, y a las deficiencias en la cultura y el clima organizacional de las instituciones, sean privadas o sociales.

En el presente estudio, se considera retomar la tercera postura teóricas, es decir, la teoría organizacional.

## **2.2 Teoría Organizacional**

La teoría de la organización centra su problemática en las relaciones informales, decisiones, estructuras y su entorno; su objeto de estudio principal son las organizaciones en general. La organización es una entidad social compuesta por seres humanos que se agrupan para el logro de objetivos o metas comunes a través del desarrollo de diversas actividades de sus miembros (división del trabajo), plasmada en una estructura deliberada, ubicada en un contexto social (ambiente externo o entorno) que la determina o influye en su configuración o dinámica interna (Thompson-Gutiérrez, 2006)

El entorno y las fuerzas ambientales tienen impacto en las organizaciones, considerando factores del macro ambiente como la tecnología, política, economía, valores culturales, demográficos, entre otros, ya que tienen implicaciones en la administración de las organizaciones, creando condiciones más o menos favorables. Por otra parte, el micro ambiente, es considerado aquel en donde las organizaciones crean el nicho de operaciones y establecen su dominio, por lo que se propician las relaciones de poder y dependencia. El ambiente influye notablemente en aspectos como el desempeño, productividad y motivación, entre otros (Moreno y Godoy, 2009).

Uno de los principales autores en Teoría Organizacional fue Herbert A. Simon, quien valoró analíticamente la psicología del comportamiento individual y colectivo, proponiendo el concepto de “racionalidad acotada” en oposición al concepto del hombre racional, lo que da lugar a un comportamiento “satisfactor” y no “maximizador”, es decir, el comportamiento dentro de las organizaciones no se orienta únicamente por el interés propio o ánimo de lucro, sino por la percepción de los intereses de los grupos, familias, organizaciones, etnias, estados y nación, los que se identifican y sienten lealtad. La racionalidad opera desde dos regiones básicas de la naturaleza humana (Estrada-Gallego, 2007):

- a) Los procesos: el conocimiento procede de la percepción, intuición y comportamiento racional y
- b) Los contenidos: que dependen de las relaciones interactivas entre los estímulos, la simulación de hábitos y unidades de percepción con la capacidad de representación conceptual, lo que les permite desarrollar la capacidad de contrastar pasado, presente y futuro y expresar sus posturas mediante el lenguaje compartido, lo que le integra a una cultura y sociedad.

Para Schelling (1989), las conductas institucionales no resultan de un mero agregado de comportamientos individuales, sino que las organizaciones afectan considerablemente la manera como los individuos eligen, es decir, se tiene un

sistema de interacción que se da entre los individuos y su entorno, lo que denominó como “micromotivos y macroconducta”. En su reporte, se considera que la racionalidad no responde tanto a las necesidades u objetivos organizacionales, como a ciertos niveles de satisfacción individual, determinados por diferentes variables a partir de las cuales se separa o segregan como: sexo, edad, ingreso, idioma, religión, color, gusto personal, y los accidentes de las circunstancias históricas.

### **2.2.1 Clima y Cultura Organizacional**

La administración científica permitió un progreso sistemático en el mundo de los negocios desde la mecanización y la reglamentación, teniendo como objetivo la máxima eficiencia y eficacia, sin embargo, actualmente hay que considerar a la organización como un sistema complejo que tiene que ver con las interacciones como red de procesos. En este sentido, en las organizaciones hacen presencia variables cuya conducta no es predecible y pueden generar multitud de estados para los cuales no es posible definir un patrón único (Arango-Fernández, 2007).

Chiang-Vega y col. (2008), realizaron una revisión histórica del concepto de clima organizacional a partir de 1950. En el **Cuadro 2.2** se retoman autores y definiciones a partir de la década los 90's del siglo pasado. Estos autores consideran que el clima organizacional describe a la organización, la distingue de otras e influye en el comportamiento de las personas que la conforma, agrupa aspectos organizacionales como prácticas, políticas, liderazgo, conflictos, sistemas de recompensas y castigos, el control y supervisión, así como las particularidades del medio físico de la organización. En este sentido, el clima organizacional son descripciones individuales del marco social o contextual del cual forma parte la persona.

En este sentido, Topa y Palací (2007), mencionan que las condiciones laborales en las que el cambio es rápido, las fusiones y adquisiciones son un hecho frecuente así como los recortes de plantilla, las subcontrataciones y las organizaciones virtuales, son fuerte amenaza para la estabilidad de las relaciones laborales. Estos autores, resumen las características de las organizaciones considerándolas como grupos internamente estructurados, que se sitúan dentro de complejas redes de relaciones inter grupales con diferencias de poder y prestigio, que hoy en día se permite a los empleados gestionar y desarrollar su propia carrera profesional más allá de los límites de la organización, por lo que, cuanto más fuerte sea la identificación de una persona con un determinado grupo social, más probable resulta que tal identificación afecte a sus actitudes y comportamientos.

En este sentido, la supervivencia de las organizaciones dependerá de la mayor claridad de los objetivos por alcanzar, del sentido de responsabilidad de las personas y del aumento de libertad en la elección de los medios y métodos para alcanzar dichos objetivos. Además, el rápido desarrollo de la tecnología de la información, la competencia, la necesidad de reducir costos, el énfasis en el cliente y la calidad total, constituyen variables que no pueden ser ignoradas. Cuando se reducen las disonancias respecto a la misión, la visión y los objetivos de la organización, funcionan como elemento que aclaran los valores y principios de la empresa y crea una nueva cultura de compromiso y motivación. Se cambia una empresa a partir de las actitudes, conocimientos y comportamientos de las personas que trabajan en ella (Chiavenato, 2001).

## Cuadro 2.2. Autores y Conceptos de Clima Organizacional de finales del siglo XX

Autor principal	Definiciones
<b>Reichers y Scheider (1990)</b>	El clima organizacional es un grupo de percepciones resumidas o globales compartidas por los individuos acerca de su ambiente, en relación con las políticas, prácticas y procedimientos organizacionales, tanto formales como informales.
<b>Robbins (1990)</b>	El clima organizacional es entendido como la personalidad de la organización, que puede ser descrita en grados de calor y se puede asimilar como la cultura ya que permite reafirma las tradiciones, valores, costumbres y prácticas.
<b>Chiavenato (1990)</b>	El clima organizacional es el medio interno y la atmosfera de una organización. Factores como la tecnología, las políticas, reglamentos, los estilos de liderazgo, la etapa de la vida del negocio, entre otros, son influyentes.  El clima organizacional puede presentar diferentes características dependiendo de cómo se sientan los miembros de una organización. Genera ciertas dinámicas en los miembros como es la motivación, la satisfacción en el cargo, ausentismo y productividad.
<b>Álvarez (1992)</b>	El clima organizacional es el ambiente favorable o desfavorable para los miembros de una organización. Impulsa el sentido de pertenencia, la lealtad y la satisfacción laboral.
<b>Peiró (1995)</b>	El clima organizacional se trata de percepciones, impresiones o imágenes de la realidad organizacional, pero sin olvidar que se trata de una realidad subjetiva.  El clima organizacional es un equilibrio en el eje horizontal estructura-proceso, pues reconoce las percepciones y las imágenes de la realidad organizacional, aclarando que tiene una tendencia marcada hacia lo subjetivo, ya que es una construcción del sujeto o del grupo que pertenece al contexto laboral.
<b>Silva (1996)</b>	El clima organizacional es una propiedad del individuo que percibe la organización y es vista como una variable del sistema que tiene la virtud de integrar la persona, los grupos y la organización.
<b>Goncalvez (1997)</b>	El clima organizacional es un fenómeno que interviene en los factores de la organización y las tendencias motivacionales, viéndose reflejado en el comportamiento de los miembros de ésta.

Fuente: Chiang-Vega y col. (2008)

El concepto de *cultura organizacional* se gestó desde el aporte de la escuela de las relaciones humanas y los experimentos realizados por Elton Mayo en 1972, reconociendo aspectos subjetivos e informales de la realidad organizacional que inciden en el comportamiento de los individuos y grupos. Sin embargo, no existe un consenso acerca del significado de cultura, y en los estudios organizacionales han surgido diversas formas de entender la realidad organizacional (García-Álvarez, 2006).

### **2.2.2 Evaluación del Clima Organizacional**

La Teoría General de Sistemas (TGS), desarrollada por Ludwig von Bertalanffy entre 1950 y 1968 (Von Bertalanffy, 1976), afirma que las propiedades de los sistemas no pueden ser descritas en términos de elementos separados, su comprensión se presenta cuando se estudian globalmente, por lo que la TGS se fundamenta en tres premisas básicas:

- a) Los sistemas existen dentro de sistemas: cada sistema existe dentro de otro más grande.
- b) los sistemas son abiertos: cada sistema que se examine, excepto el menor o mayor, recibe y descarga algo en los otros sistemas, generalmente en los contiguos. Los sistemas abiertos se caracterizan por un proceso de cambio infinito con su entorno, que son los otros sistemas. Cuando el intercambio cesa, el sistema se desintegra, esto es, pierde sus fuentes de energía;
- c) las funciones de un sistema dependen de su estructura.

Un enfoque actual para el estudio organizacional es la Teoría de Sistemas (TS), cuyas características básicas son: la organización como un todo unitario y organizado, sus elementos están interrelacionados, poseen subsistemas también interrelacionados, es holística (el cambio en una de las partes afecta a las demás y al

sistema en conjunto), hay flujos de información y retroalimentación en su interior y hacia el exterior, el todo es más que sus partes (Thompson-Gutiérrez, 2006).

La organización como sistema abierto presenta las siguientes características: recibe insumos del ambiente pues ninguna estructura social es autosuficiente; se procesa y transforma insumos en productos acabados; los sistemas abiertos exportan ciertos productos hacia el medio ambiente, son como ciclos que se repiten, importación-transformación-exportación. Los sistemas abiertos necesitan moverse para reabastecerse de energía. La organización tiende a la diferenciación, o sea, a la multiplicación y elaboración de funciones a su interior (Chiavenato, 1992).

Con base a las características descritas, la organización crea su propia cultura o clima, con sus propios tabúes, costumbres y usos. El clima o cultura del sistema refleja tanto las normas y valores del sistema formal como su reinterpretación en el sistema informal, así como las disputas internas y externas de los tipos de personas que la organización atrae, de sus procesos de trabajo y distribución física, de las modalidades de comunicación y del ejercicio de la autoridad dentro del sistema.

### **2.2.3 La cultura organizacional en los servicios de salud**

La cultura no es estática, los valores culturales y otros elementos suelen propagarse de la sociedad a las organizaciones sanitarias y viceversa. La cultura es un vínculo para enseñar-aprender, crear-innovar, administrar los procesos y las personas, para saber a qué atenerse y como conducirse, con la cooperación o no de los más experimentado o mejor preparados. La cultura es un modo eficaz de reproducción organizacional y de comunicación, que se expresa principalmente en el lenguaje hablado, corporal y por escrito de sus miembros, para lo cual, se debe considerar el tamaño de la organización, la complejidad de la atención otorgada, la tecnología y el tipo de recursos profesionales disponibles para satisfacer al usuario. Esta satisfacción es un indicador del cumplimiento de las normas y estándares,

indicadores de productividad, educación y aprendizaje, trabajos de investigación publicados, eficiencia (coste) entre otros (Carrada-Bravo, 2002).

Carrada-Bravo (2002) refiere que los sistemas de salud se caracterizan por su enorme complejidad estructural y la coexistencia de varios grupos o equipos de trabajo profesional (subculturas), cuya meta común es producir servicios de calidad que satisfagan las necesidades de los usuarios y las expectativas de la sociedad.

En el caso específico del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), organización que ofrece seguridad social integral, la crisis económica de finales de los 80's produjo un deterioro en los servicios que ofrecía, de ahí que en 1995 se realiza un diagnóstico situacional, involucrando tanto al personal de salud como a los usuarios. La propuesta que emanó de este diagnóstico fue el llamado Plan Integral de Calidad (PIC) que inicia en 1999, programa participativo donde la opinión autorizada de los trabajadores se tomó en cuenta para mejorar los procesos de trabajo cotidianos (Cruz-Castillo, 2008).

En el IMSS se adoptó el modelo Proveedor-Entrada-Proceso-Salida-Usuario (PEPSU), adecuación del modelo de sistema abierto propuesto por Bertalanffy (Von Bertalanffy, 1976), a partir del cual se analizaban las áreas de oportunidad y evaluaban los procesos, con la idea de establecer proyectos de mejora continua (**Figura 2.1**).

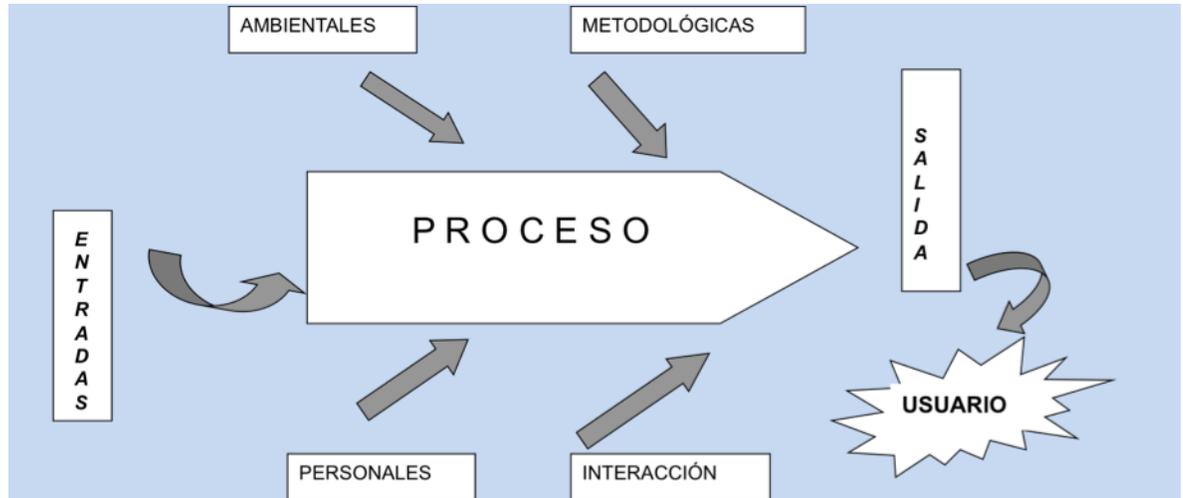


Figura 2.1 Análisis y Mejora de Procesos. Modelo PEPSU

Ahora bien, dentro de las variables a considerar para evaluar el clima organizacional y por ende la calidad de la atención, se encuentra el recurso humano que prácticamente tiene injerencia en todas y cada una de las etapas del PEPSU, ya sea al momento de ingresar a la organización así, como en los procesos internos donde interactúan con variables del medio ambiente, metodológicas (normativas), personales e interpersonales, con la finalidad de lograr resultados objetivos (estándares), pero sobre todo, resultados subjetivos (satisfacción del usuario externo).

Por lo anterior, se tiene que considerar que los profesionales de salud, al tener una atención directa con el usuario, se enfrentan constantemente a una tarea compleja en la que influyen diversas circunstancias, entre las que se pueden señalar estresores específicos de la profesión que suponen una alta implicación emocional y

los relacionados con la organización del trabajo, estresores que Castro (2006) clasifica de la siguiente forma:

- Exceso de estimulación aversiva: enfrentamiento constante al sufrimiento y muerte del paciente, así como dolor por la pérdida de los familiares y allegados.
- Implicación para establecer una relación de ayuda y control inadecuado de dicho vínculo.
- Frustración al no poder curar
- Proporción alta de enfermos que atender
- Escasez de información y habilidades de control de las propias emociones, de los pacientes y familiares.
- Horario de trabajo irregular, multi turnos
- Conflicto y ambigüedad de rol
- Falta de cohesión en el equipo multidisciplinar
- Burocratización e individualismo en las instituciones sanitarias

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ha desarrollado una serie de actividades administrativas, docentes y de investigación para evaluar el Clima Organizacional e incidir positivamente en la satisfacción de los trabajadores, como una estrategia para otorgar mayor calidad a los derechohabientes del IMSS, motivo por el cual en 2006 y 2007 se realizaron dos encuestas para medir la satisfacción de los trabajadores encontrándose un índice general de 84% y 82% respectivamente, con la finalidad de identificar áreas de oportunidad y desarrollar propuestas que mejoren la calidad de vida de sus trabajadores. A continuación, se presenta la satisfacción por factor durante el 2007 (**Figura 2.2**).

## Encuesta de Clima Organizacional Resultados 2007

### PROMEDIO GENERAL POR FACTOR

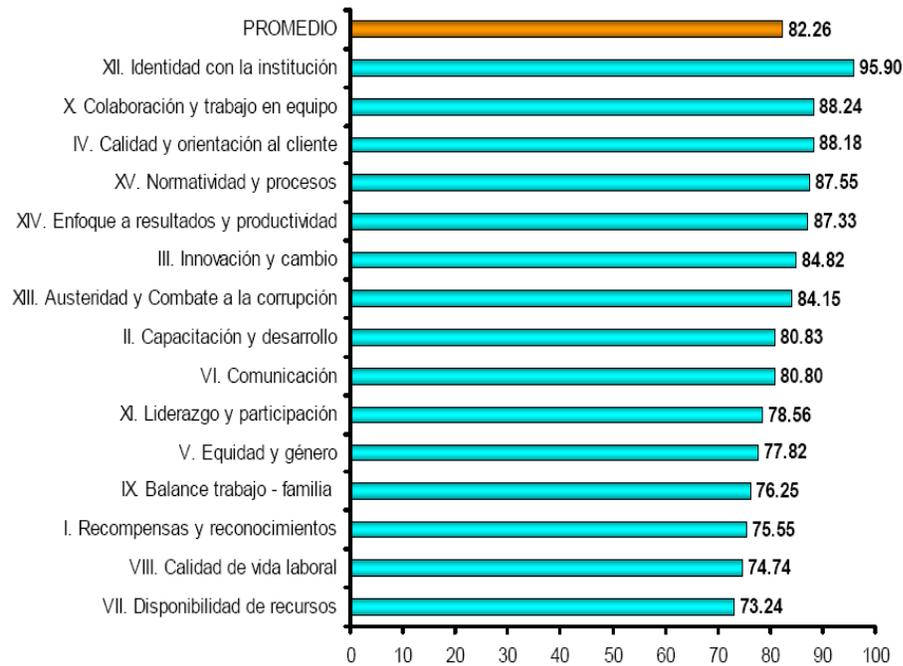


Figura 2.2. Encuesta de Clima Organizacional IMSS. Promedio General por Factor. Resultados 2007

El estudio del clima organizacional como una de las variables del comportamiento organizacional es importante por el efecto que tienen en la administración, requiere de la utilización de instrumentos que proporcionen datos confiables, que puedan servir de base para identificar las áreas de oportunidad a trabajar en la mejora de las condiciones laborales del personal de salud. En el presente trabajo de investigación se utilizará el cuestionario para medir el clima organizacional en la unidad de trabajo de Koys & Decottis adaptado al idioma español por Chiang-Vega y cols. (2008).

### **2.3 Estudios relacionados**

Se han realizado con personal del área de la salud utilizando la Escala de Burnout de Maslach (MBI por sus siglas en inglés, Maslach Burnout Inventory), especialmente en los profesionales de enfermería y e medicina, quienes muestran prevalencia significativa del Síndrome de Burnout y su asociación con variables personales y organizacionales, algunos de ellos se describen a continuación:

Estudio realizado entre enfermeras de la unidad de Cuidados Intensivos en un hospital de España, cuyos objetivos fueron detectar el SB entre el personal de enfermería del Servicio de Reanimación, evaluar la calidad de vida de enfermería en el servicio y correlacionar la carga de trabajo con el Síndrome de Burnout y la Calidad de Vida de la población estudiada. Sus resultados mostraron un nivel de este síndrome del 10.34% a pesar de una alta carga laboral, pero mencionando un estrés laboral que se incrementa desde el inicio de las actividades profesionales en el servicio hasta los seis años de antigüedad, disminuyendo en el grupo con más de nueve años de experiencia (Rodríguez y cols., 2008).

Martínez-García y cols. (2009) en su estudio establecieron niveles y prevalencia de Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería en el trabajo de cuidados paliativos y sus factores de riesgo. Fue un estudio de casos y controles donde participaron 105 enfermeras, 64 provenientes de la unidad de cuidados paliativos y el resto del mismo hospital y otras unidades de hospitalización. Entre ambos grupos el nivel de cansancio emocional fue alto, 58% de los participantes provenientes de otras unidades y el 62% de la unidad de cuidados paliativos, en tanto que para despersonalización, ésta se presentó en el 66% controles y 59% de los casos, así como en baja realización con 66% y 70% respectivamente. La correlación entre cansancio emocional con otras variables, muestran significancia estadística para formación profesional ( $p= 0.003$ ) y una menor realización personal

( $p=0.031$ ). Por otra parte se observó mayor satisfacción en las enfermeras de la unidad de cuidados paliativos y se concluyó que la experiencia se comporta como factor protector ante el agotamiento emocional.

Tuesca-Molina (2006), realizó su estudio en el área metropolitana de Barranquilla, Colombia, con el objetivo de analizar el grado de desgaste profesional de enfermeras(os), fue un estudio descriptivo y exploratorio con la participación voluntaria de 103 enfermeras(os). La edad media fue de 37.4 años, 98.1% mujeres (72.8% con contrato indefinido, antigüedad laboral promedio 8.83 años y 60.2% estaban conformes con su salario). En relación a la prevalencia de Síndrome de Burnout, 15.5% tenían alto cansancio emocional, 16.5% despersonalización y 9.7% para la realización personal. La prevalencia del síndrome fue del 1.9%.

Un estudio más, realizado en médicos especialistas en España, buscó establecer la prevalencia del Síndrome de Burnout según el tipo de especialidad médica, así como valorar el impacto de los factores de riesgo psicosocial, satisfacción laboral y las características profesionales. En este estudio transversal reportado, en 1021 médicos, se obtuvo como resultado que el cansancio emocional y la despersonalización es mayor en profesionales expuestos a un alto nivel de contacto con el sufrimiento y la muerte (30%) y conlleva un impacto negativo del trabajo en la vida familiar (Escribá-Agüir y col., 2008). En el mismo estudio se menciona que alrededor de un 20% recibe un bajo nivel de estímulo intelectual en su trabajo y bajas recompensas profesionales; sólo 12% percibe una baja satisfacción en su relación con los pacientes y familiares. En relación con la especialidad, se menciona que el cansancio emocional es superior en las especialidades de oncología (22.4%) y traumatología (20.5%); la prevalencia en la dimensión de bajos logros personales fue superior en los especialistas de radiología (54.8%).

Martínez-López y López-Solache (2005), en un estudio realizado entre enfermeras mexicanas con el objetivo de identificar rasgos de la personalidad asociados con el Síndrome de Burnout, para ello aplicaron la escala de Maslach a 551 enfermeras y 71 enfermeros, encontrándose agotamiento emocional en 24% enfermeras y 63.4% de los enfermeros; en despersonalización 27.2% y 32.4% respectivamente; y para relación personal disminuida en 50.8% y 81.7%. Las variables asociadas fueron: tener una relación estable, turno laboral.

En un hospital de tercer nivel de atención médica en México, se realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout y algunos factores asociados entre los médicos de dicha institución. Se entrevistaron 166 médicos con edad promedio de 42 años, predominó el sexo masculino, el 26% presentó SB, 15% con puntuaciones en cansancio emocional por arriba de 27 puntos, 19.3% con más de 10 puntos en despersonalización. El riesgo de depresión al padecer Síndrome de Burnout tuvo un  $OR=5.163$  ( $p=0.000$ ). La presencia de este síndrome se asoció al turno nocturno, vivir sin pareja estable y tener depresión (Esquivel-Molina y cols, 2006).

Es importante reconocer que los procesos de trabajo han evolucionado en una sociedad con grandes avances, sin embargo, el diseño de estos sistemas han soslayado la dimensión humana, al no reconocer y controlar las condiciones de trabajo (mecanización y automatización) y las consecuencias biológicas y psicosociales. Los avances más importantes en la temática recaen sobre dos teorías contemporáneas surgidas a finales de los 70's, la Teoría del Síndrome Burnout en Norteamérica y la de Efectos Negativos de tipos Psicológico en Alemania. Ambas teorías hacen notar la emergencia de estos aspectos independientemente de modelos económicos o políticos en los distintos países (Juárez-García, 2008)

## IV. MATERIAL Y METODOS

**3.1 Diseño:** Estudio trasversal, prospectivo y analítico.

**3.2 Definición del universo:** Personal de enfermería y médico de nivel operativo y administrativo, que atienden de forma directa a pacientes y familiares en el Hospital General Regional No. 1, del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de Querétaro Qro.

**3.3 Muestra y muestreo:**

Tomando como referencia el 20% de prevalencia promedio para el Síndrome de Burnout, reportado en estudios nacionales e internacionales, considerando una precisión del estudio que consideró un error estándar del 0.05 y 95% de Nivel de Confianza; el cálculo se realizó para el personal de enfermería (759 Enfermeras generales, 27 Enfermeras Especialistas y 4 Enfermeras Jefe de Piso en Unidades de Cuidados Intensivos UCI), y para el de médicos especialistas (351 Médicos incluyendo Jefes de Servicio), utilizando la fórmula para prevalencia:

$$N = \frac{P(1-P)}{EE^2}$$

N = Número muestral

P = Prevalencia del síndrome

EE = error estándar

Utilizando el paquete estadístico Epi Info se calculó el tamaño de muestra de 205 profesionales del personal de salud, distribuidos de la siguiente manera: 139 profesionales de enfermería y 66 profesionales de medicina.

La selección de la muestra fue estratificada, distribuyéndose, en forma proporcional, la densidad poblacional por profesión (32.2% Personal de Medicina, 67.8% Personal de Enfermería), así como por la de adscripción. Se solicitó listado del personal de enfermería y médico al Departamento de Personal del hospital, para de ahí seleccionar de manera aleatoria, por sustitución y cuota, a los participantes en el estudio. Se consideró un 10% de reposición adicionado al tamaño de la muestra calculado.

### **3.4 Criterios de selección**

#### **Inclusión:**

- Profesionales de Enfermería y Medicina de nivel operativo y administrativo que laboren en el HGR No. 1 del IMSS en Querétaro.
- Personal de Ambos sexos.
- Que acepten participar en el estudio.
- Todos los turnos.
- Personal de base.

#### **Exclusión**

- Personal de enfermería y médico que al momento de la recolección de datos se encuentre de vacaciones, permiso o incapacidad.

#### **Eliminación**

- Personal de enfermería o medicina que decida retirarse del estudio.
- Cuestionarios que presenten tachaduras o enmendaduras que no permitan determinar la respuesta del entrevistado.
- Cuestionarios incompletos.

### 3.5 Definición de variables y unidades de medida.

La definición de variables, así como sus unidades de medida, se muestran en el **Apéndice 1**.

### 3.6 Instrumentos de recolección de datos

Se diseñó un cuestionario conformado por 16 preguntas, solicitando a los participantes en el estudio información socio-demográfica: edad, sexo, estado civil, número de hijos e ingreso; y *datos laborales* como: profesión, categoría, antigüedad, especialidad, área de trabajo, antigüedad en el servicio, turno y más de un empleo. **(Apéndice 2)**

Para establecer la presencia y severidad del Síndrome de Burnout entre los participantes del estudio, se utilizó el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), escala de amplia utilización y dominio público, en los estudios sobre este síndrome.. Se emplea una escala Likert de siete puntos para medir la frecuencia con que experimentan las diversas situaciones descritas en los enunciados siendo 0=nunca y 6= todos los días. Consta de 22 ítems distribuidos en tres dimensiones:

- I. Agotamiento emocional, conformada por 9 ítems (1,2,3,6,8,13,14,16,20) con una puntuación máxima de 54
- II. Despersonalización tiene 5 ítems (5,10, 11, 15 y 22) con puntuación máxima de 30 puntos
- III. Baja realización personal en el trabajo está compuesta por 8 ítems (4,7,9,12,17,18,19,21) y puntuación máxima de 48 **(Apéndice 3)**.

Una persona con altas puntuaciones en Agotamiento Emocional (AE) y Despersonalización (DP) pero bajas puntuaciones en Baja Realización Personal (RP), padecerá el SB (Jenaro-Río, 2007). La suma de los ítems para cada dimensión, indica la severidad del SB, como se muestra en el **Cuadro 3.1**.

**Cuadro 3.1**  
**Escala de evaluación para el Instrumento de Evaluación del Maslach Burnout Inventory (MBI)**

DIMENSIÓN	PUNTAJE	CATEGORÍAS
Agotamiento emocional	Mayor o igual a 27	Alto
	19-26	Medio
	Menor o igual 18	Bajo
Despersonalización	Mayor o igual a 10	Alto
	6-9	Medio
	Menor o igual a 5	Bajo
Realización en el trabajo	Menor o igual a 30	Baja
	34-39	Media
	Mayor o igual a 40	Alta
Síndrome Burnout	Menor o igual a 33	Bajo
	Mayor o igual a 34	Medio-Alto

Fuente: Mansilla-Izquierdo (1997)

Un tercer instrumento utilizado fue el cuestionario para medir el clima organizacional en la unidad de trabajo de Koys & Decottis (1991) (**Apéndice 4**), adaptado al idioma español por Chiang-Vega y cols., (2008). El instrumento consta de 40 elementos en escala Likert de cinco puntos (Totalmente de acuerdo=5, De acuerdo=4, No estoy seguro=3, En desacuerdo=2, Totalmente en desacuerdo=1). Seis elementos expresados en palabras de forma negativa son valorados en forma inversa, la valoración de las escalas se obtienen mediante la suma total de los valores de los cinco elementos de cada escala (Ferrari, 2010):

1. Autonomía: percepción y la autodeterminación, en relación con los procedimientos, objetivos y las prioridades del trabajo.
2. Cohesión: representa la percepción de la proximidad entre los miembros de la organización.
3. Confianza: es la percepción de la libertad en la apertura en la comunicación con los miembros de los niveles más altos de la organización, en la expectativa de que la integridad de tales informaciones no serán violadas.
4. Presión: aborda las cuestiones relativas a la percepción de las demandas de tiempo para la finalización de las tareas para mantener patrones de desempeño.
5. Apoyo: engendra la comprensión de la tolerancia de los supervisores y jefes en relación al comportamiento de los trabajadores, incluyendo aspectos referentes a la posibilidad de aprender de los errores.
6. Reconocimiento: percepción de que las contribuciones de los miembros para la organización son reconocidas (valoración de las contribuciones de trabajadores).
7. Justicia: aprensión de la equidad con que la organización trata a sus miembros.
8. Innovación: percepción sobre el apoyo recibido para la implementación de prácticas y comportamientos creativos e innovadores.

Para establecer el grado de percepción que los trabajadores tienen sobre el clima organizacional de la institución en la cual laboran se retomó la propuesta para el análisis estadístico de Ferrari (2010) quien propone la siguiente recodificación: Totalmente en desacuerdo = -2, En desacuerdo = -1, No estoy seguro = 0, De acuerdo = 1, Totalmente de acuerdo = 2, a partir de esta recategorización se estableció como:

- Percepción positiva: el individuo tiene una opinión favorable (media aritmética mayor que cero y menor o igual a 2).
- Percepción negativa: el individuo no tiene opinión o ésta es totalmente contraria (media aritmética menor o igual a cero y menor o igual a -2).

### **3.7 Procedimiento**

Se presentó el proyecto ante los Comités de Investigación de la Facultad de Medicina de la UAQ y del Hospital Regional No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Delegación Querétaro, para su aprobación. Posterior a esto, el investigador presentó ante las autoridades del hospital el proyecto de investigación, para su información y apoyo en la fase de campo.

La recolección de datos la realizaron una enfermera y una estudiante de enfermería, previa capacitación sobre los objetivos y procedimiento de recolección de datos.

La selección del personal de enfermería y médico que participó en el estudio, se tomó de la lista nominal proporcionada por el Departamento de Personal del Hospital, indicando a los encuestadores el nombre, servicio y turno de las personas seleccionadas.

Previo consentimiento de las autoridades del hospital, los encuestadores se presentaron en cada servicio y en el horario correspondiente con el personal, solicitando su apoyo para participar en el estudio. Al personal de enfermería y médico que aceptó participar, se les explicó personalmente los objetivos del estudio y se les entregó una carta de consentimiento informado para que expresen su participación libre y voluntaria; se consideró una investigación con riesgo

mínimo. La entrevista se realizó en el turno y servicio de adscripción del personal de salud que formó parte del estudio.

Debido a las características de los instrumentos, éstos son auto administrados, de tal forma que los encuestadores entregaron a los participantes, la ficha de identificación, la escala de Maslach y el cuestionario sobre clima organizacional, permaneciendo en el lugar para aclarar cualquier duda que se pudiera generar por parte de los entrevistados. Para garantizar la confidencialidad de los datos, en ningún cuestionario se solicitó nombre del entrevistado, ni se foliaron los instrumentos, sino hasta la fase de captura de la información.

Los encuestadores validaron la calidad de la información recabada y de acuerdo con el plan establecido con el investigador, se hizo entrega de los cuestionarios para su captura, en el programa SPSS versión 17. Se realizó un análisis descriptivo de la información considerando porcentajes, frecuencias y, medidas de tendencia central y dispersión, los datos presentan en cuadros y gráficas. Para la prueba de hipótesis se realizó Correlación de Pearson, OR para prevalencia y Regresión logística.

### **3.8 Consideraciones éticas**

Los participantes en el estudio fueron informados sobre las características de su participación como se indica en la Declaración de Helsinki, a aquellos que aceptaron participar en la investigación se les solicitó firmar su consentimiento libre y esclarecido para ser parte del trabajo a desarrollar. La investigación se consideró de riesgo mínimo pues no pone en peligro la integridad bio-psicosocial de las personas en estudio; al tratarse de una investigación descriptiva, toda la información se manejó de forma privada, íntima, confidencial y anónima.

Siempre se respetó la opinión de cada una de las personas encuestadas, tomando en cuenta su deseo o no de contestar los diferentes instrumentos de recolección de información, así como la privacidad de las respuestas otorgadas.

Igualmente, se tomó en consideración el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, específicamente lo referente en la legislación en investigación en salud, referente al Título II de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos.

## IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 4.1 Análisis descriptivo

Se aplicaron 205 cuestionarios a profesionales de enfermería y medicina que laboran en una unidad Hospitalaria de Segundo Nivel de Atención, se eliminaron 13 cuestionarios contestados de forma incompleta, por lo que el estudio lo conformaron 140 profesionales de enfermería (72.9%) y 52 profesionales de medicina (27.1%).

El análisis de confiabilidad de los instrumentos de recolección, mostró un Alfa de Cronbach de 0.805 para el MBI y de 0.874 para el instrumento Clima Organizacional de Koy & Decottis [Chiang-Vega y cols., 2008].

La edad promedio de los entrevistados fue de 39.2 años ( $DS_{\pm} 7.6$ ), antigüedad laboral media de 12.5 años ( $DS_{\pm} 7.6$ ) y un tiempo promedio de permanencia en el servicio de adscripción de 5.1 años ( $DS_{\pm} 2.1$ ).

En el **Cuadro 4.1** se presentan los principales datos socio-demográficos y laborales, diferenciados por categoría (enfermería y medicina) observándose que el 89.9% del personal de enfermería, fueron del género femenino, al igual que el 46.2% del personal médico. Al agrupar por decenios, las edades que predominaron fueron de 40 a 49 años (40.0% enfermeras y 42.0% en médicos); el 74% del personal médico y el 54.7% del personal de enfermería refirieron ser casados(as). En relación con el número de hijos, el 50% del personal médico reportaron dos a tres hijos y el 21,2% ninguno, en tanto que el 34.6% del personal de enfermería tenían dos o tres hijos y 28.8% no tenía.

En relación con el turno laboral, se obtuvo una distribución similar entre el personal de enfermería y el personal médico, a excepción de la jornada acumulada, ya que esta opción no la tiene el personal de enfermería. El 66.7% del personal médico y sólo el 13.1% del personal de enfermería, refirieron tener más de un empleo, de igual forma, el 88.1% del personal de enfermería y el 76.9% del personal médico manifestaron realizar labores domésticas. **(Cuadro 4.2)**

**Cuadro 4.1. Características socio-demográficas del personal Médico y de Enfermería del Hospital general Regional 1 del IMSS Querétaro.**

	Variable	Enfermeras(os)		Médicos(as)	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
Sexo	Masculino	14	10.1	28	53.8
	Femenino	125	89.9	24	46.2
Edad	20-29 años	21	16.2	0	0
	30-39 años	51	39.2	18	36.0
	40-49 años	52	40.0	21	42.0
	50 años y más	6	4.6	11	22.0
Estado Civil	Soltero	41	29.5	8	16.0
	Casado	76	54.7	37	74.0
	Unión Libre	13	9.4	2	4.0
	Divorciado/Viudo	9	6.5	3	6.4
Número de hijos	Ninguno	37	27.8	11	21.2
	1	21	15.8	5	9.6
	2	46	34.6	26	50.0
	3	18	13.5	6	11.5
	4 y más	11	8.3	4	7.7

Fuente: Cédula de Identificación

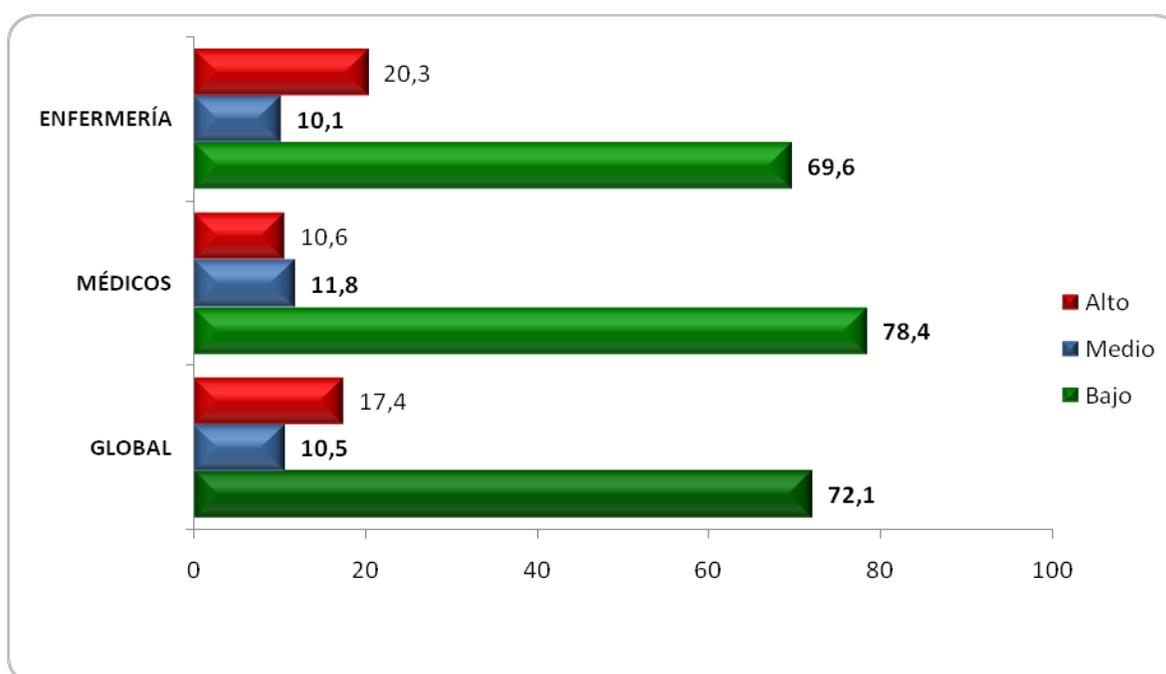
**Cuadro 4.2. Características laborales del personal médico y de enfermería del Hospital General Regional 1 del IMSS Querétaro.**

Variable		Enfermeras(os)		Médicos(as)	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
Especialidad	Sí	43	33.3	50	100.0
	No	86	66.7	0	0.0
Turno	Matutino	54	38.6	14	26.9
	Vespertino	59	42.1	24	46.2
	Nocturno	27	19.3	10	19.2
	J. Acumulada	0	0	4	7.7
Servicio De Adscripción	Urgencias	9	7.4	4	7.5
	Quirófano	18	14.8	4	7.8
	Gineco-obstetricia	11	9.0	4	7.8
	Toco-cirugía	14	11.5	5	9.8
	Cirugía	8	6.6	2	3.9
	Medicina Interna	24	19.7	2	3.9
	Pediatría	8	6.6	10	19.6
	Hospitalización/CE	20	16.4	20	39.2
Otros	10	8.2	0	0	
Más de un Empleo	Sí	18	13.1	34	66.7
	No	119	86.9	17	33.3
Labor Doméstica	Sí	118	88.1	40	76.9
	No	16	11.9	12	23.1

Fuente: Cédula de Identificación

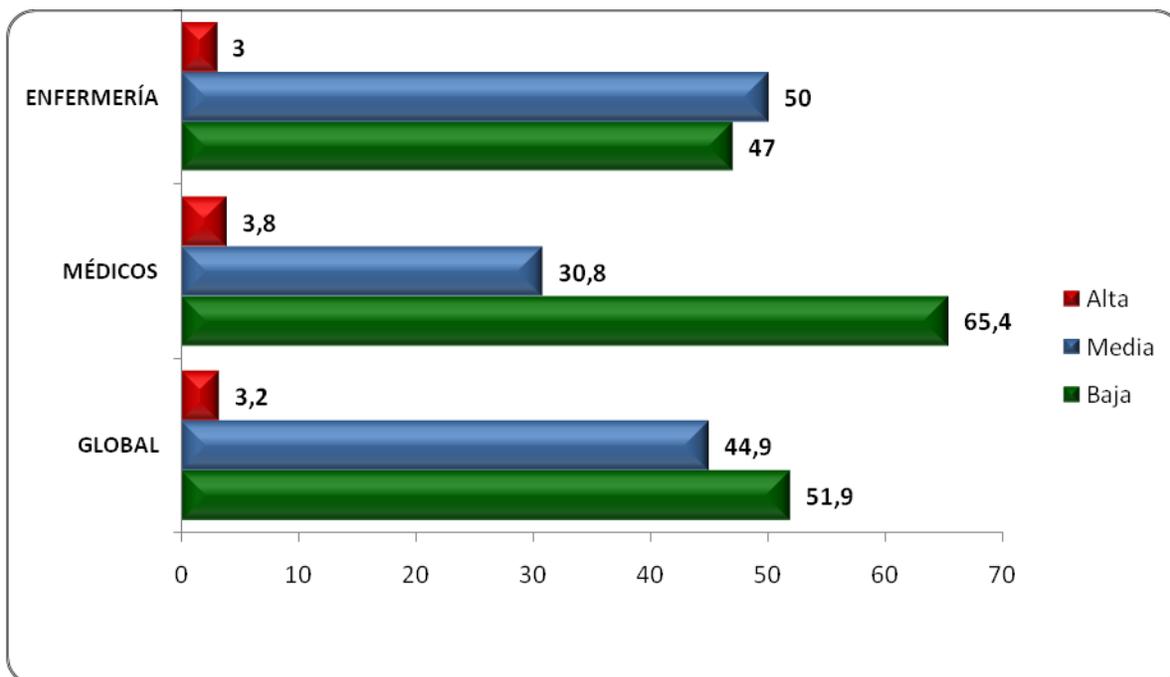
#### 4.1.1 Descripción Síndrome Burnout

En la **Figura 4.1** se muestra la severidad del agotamiento emocional, manifestando el personal de enfermería un 20.3% de nivel alto, lo que constituye prácticamente el doble del referido por el personal médico. En el global, el agotamiento emocional alto fue del 17.4% prevaleciendo un 72.1% con nivel bajo.



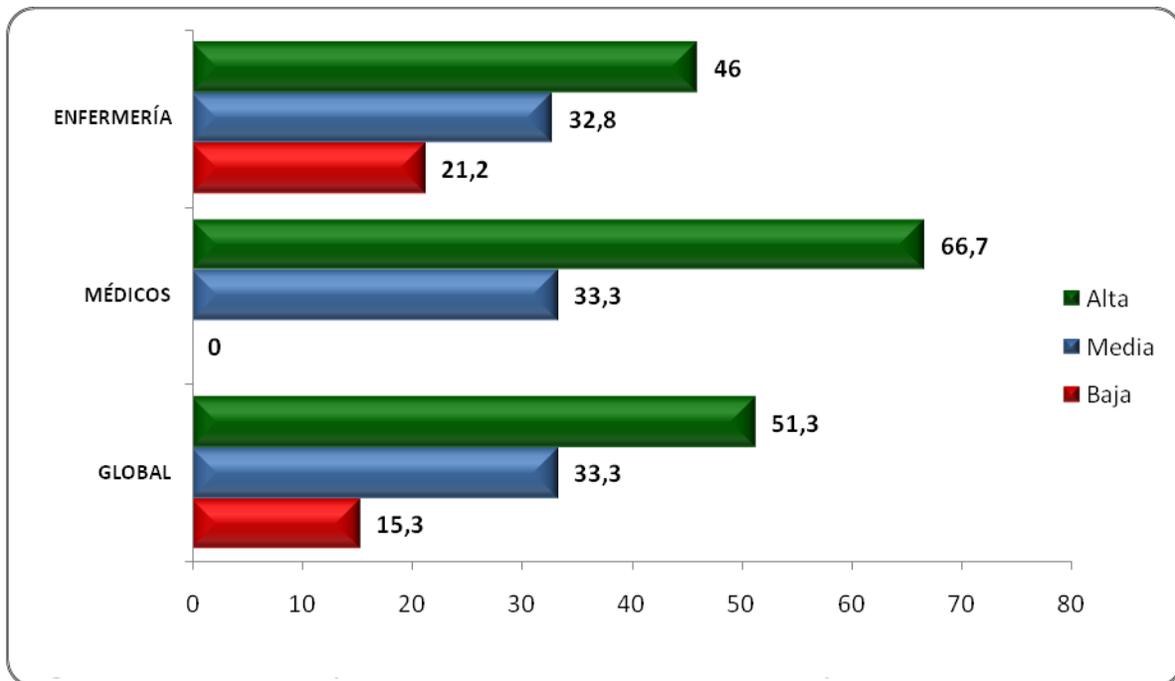
**Figura 4.1 Agotamiento Emocional en el personal de Enfermería, Médico y Global, en el Hospital General Regional 1 del IMSS Querétaro.**

Por otra parte, el 50% del personal de enfermería y el 30.8% del médico, se perciben con un nivel medio de despersonalización; en global, 44.9% (Figura 4.2), percepción que debe de ser considerada como un área de oportunidad, ya que se puede ver afectada la calidad de vida laboral, al igual que la calidad asistencial.



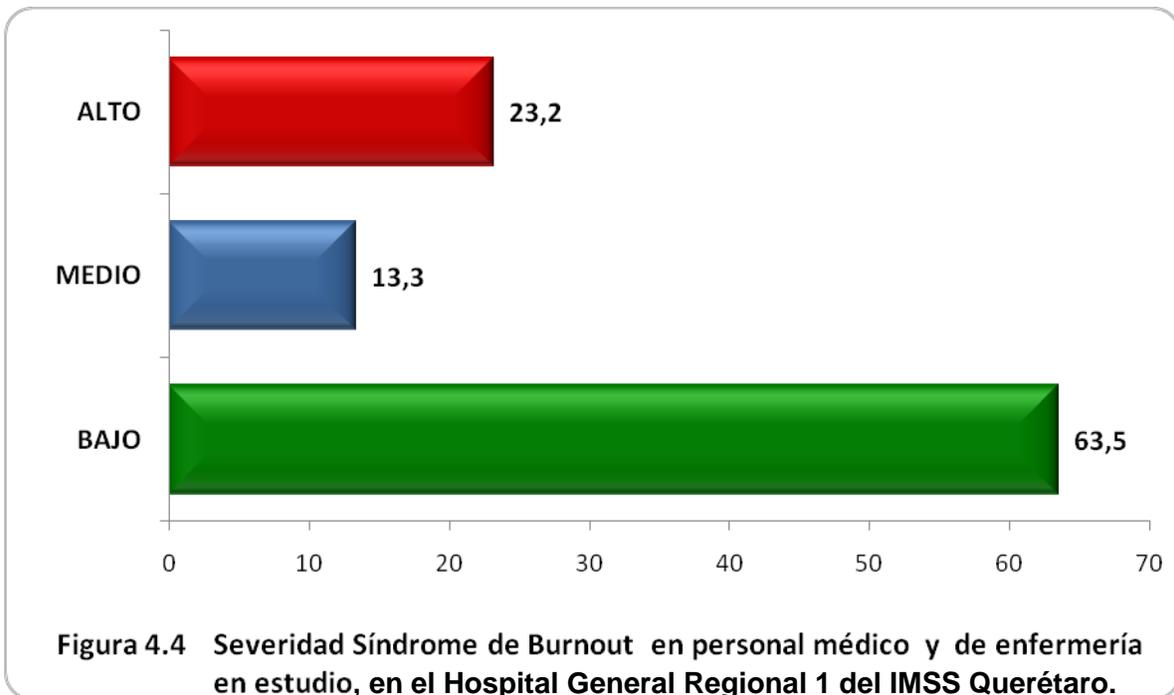
**Figura 4.2 Despersonalización en personal de Enfermería, Médico y Global, en el Hospital General Regional 1 del IMSS Querétaro.**

Para la Dimensión Realización Profesional, se muestra una diferencia porcentual importante para el nivel alto (poco más de 20 puntos), entre el personal de enfermería y el médico. Un 21.2% de nivel de realización baja, en Enfermería. **(Figura 4.3)**



**Figura 4.3 Realización profesional de Enfermería, Médico y Global, en el Hospital General Regional 1 del IMSS Querétaro.**

Finalmente, en la **Figura 4.4** se presenta la severidad del Síndrome de Burnout para la población en estudio, encontrándose un 23.2% para el nivel alto y 13.3% para nivel medio, lo que indica que aproximadamente 4 de cada diez trabajadores en el área de enfermería y medicina requieren de apoyo para afrontar este síndrome.



#### 4.1.2. Clima Organizacional

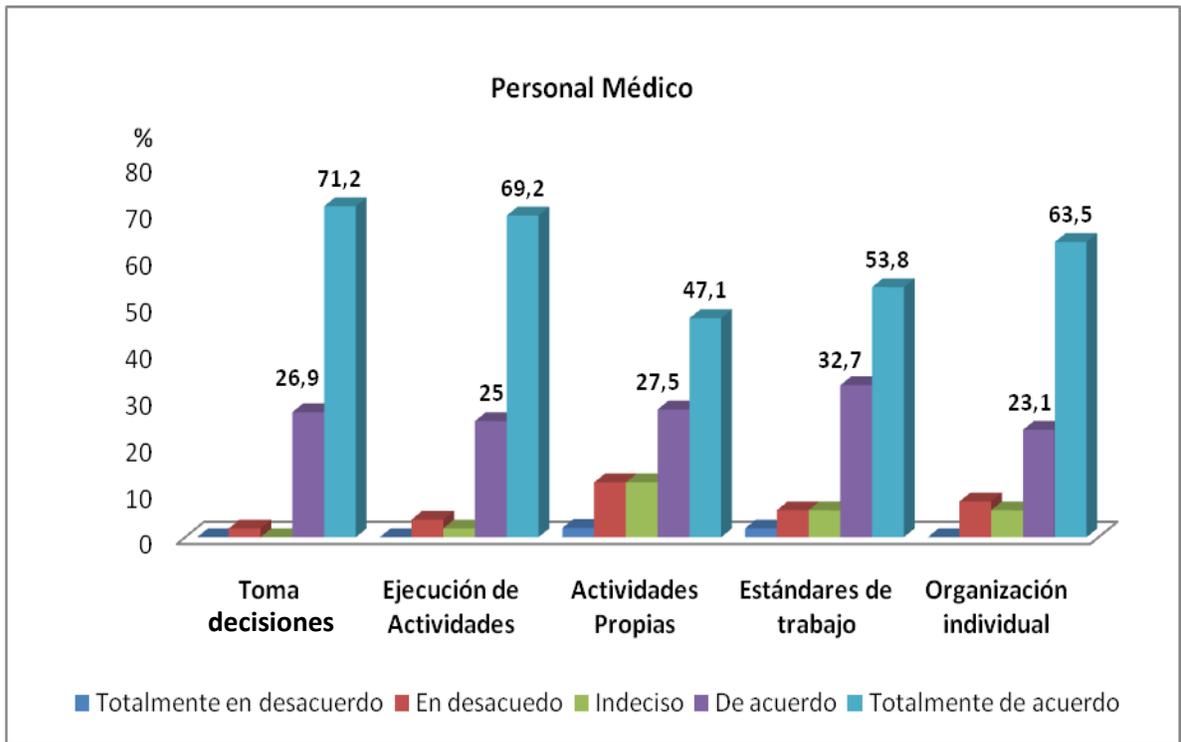
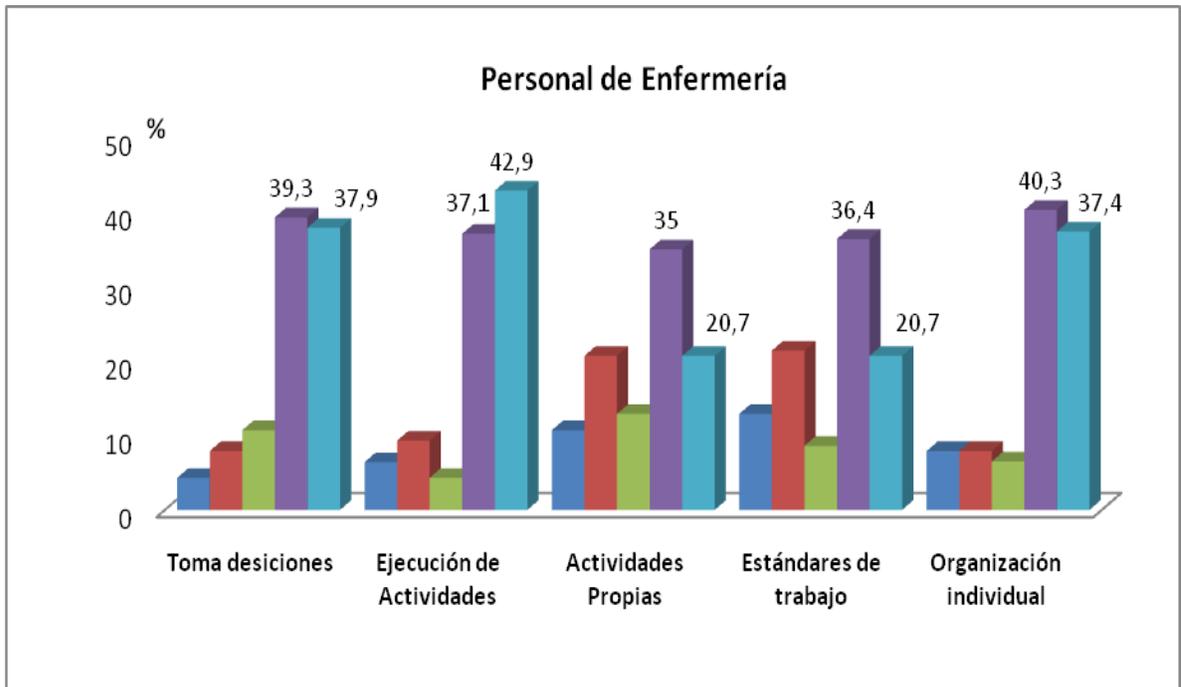
Para la descripción de las dimensiones que componen el cuestionario Koy & Decotis, los resultados se presenta en términos porcentuales por dimensión y para las profesiones de médico y enfermera que participaron en el presente estudio.

La autonomía aborda la autodeterminación del personal de salud en relación con los procedimientos y prioridades en el trabajo, en este sentido, los resultados hacen referencia a niveles mayores de respuesta, “completamente de acuerdo” y “de acuerdo” para los indicadores toma de decisiones y ejecución de

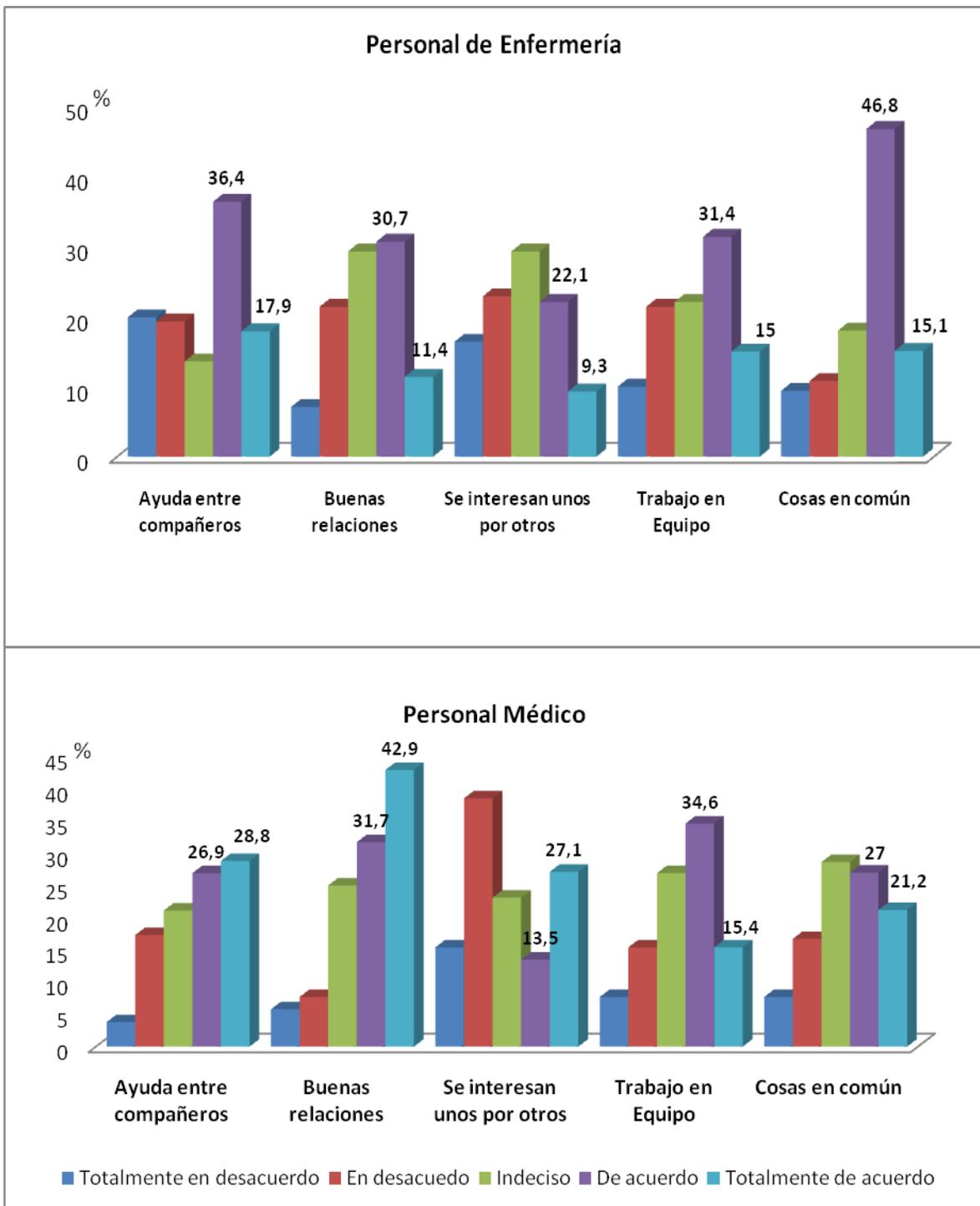
actividades en comparación con el personal de enfermería (71.2 % y 69.2% vs. 37.9% y 42.9% respectivamente); sin embargo, los indicadores actividades propias y estándares de trabajo fueron los evaluados más bajos para ambas categorías, pero nuevamente es en enfermería donde se da el menor porcentaje para la opción “completamente de acuerdo” (53.8% vs. 20.7% ) **(Figura 4.5)**

La Cohesión representa la percepción de la proximidad entre los miembros de la organización y en los resultados del presente estudio se muestra un mayor porcentaje para los indicadores “cosas en común” y “ayuda entre compañeros” (46.8% y 36.4%) referido por enfermería, en tanto que para los médicos los indicadores con mayor respuesta porcentual fueron “buenas relaciones” y “trabajo en equipo” (42.9% y 34.6%), aunque en ambas categorías, las respuestas favorables fueron menores al 50%. **(Figura 4.6)**

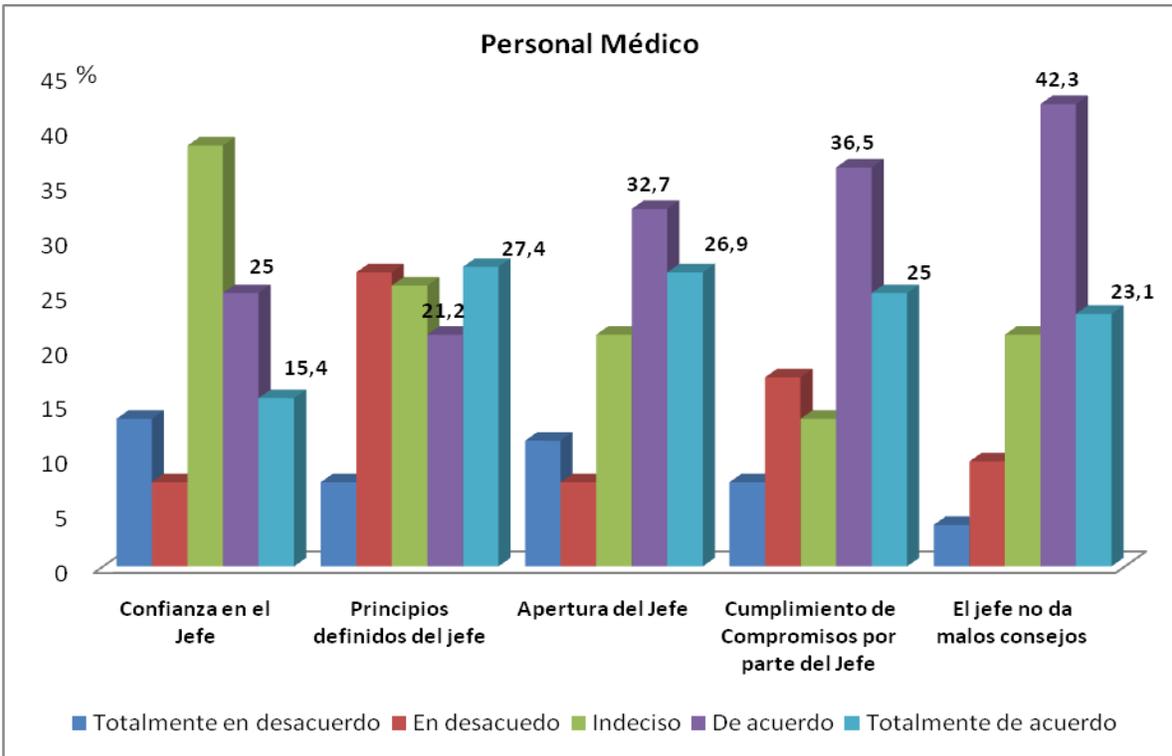
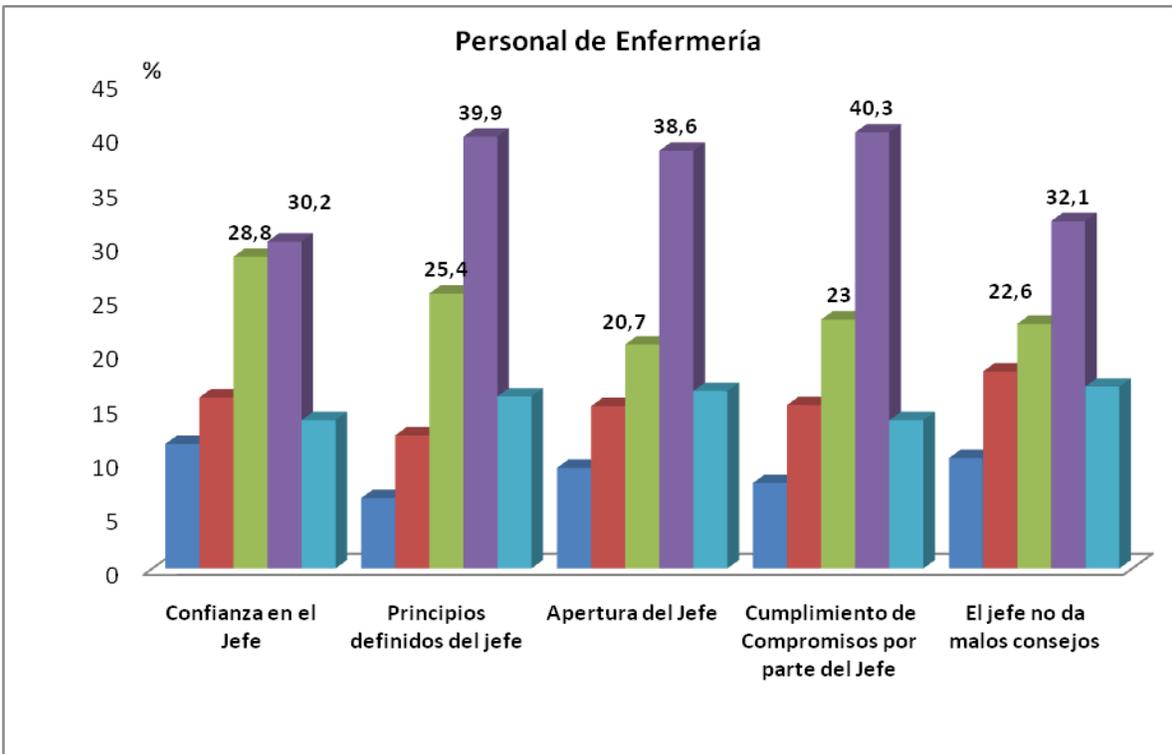
Respecto a la percepción de libertad y apertura en la comunicación con los miembros de los niveles más altos de la organización, es decir, las relaciones jefe-subordinado, fue percibida por médicos como por enfermeras con niveles menores al 50% para la opción de acuerdo, con una tendencia a las opciones indeciso y desacuerdo entre el personal de enfermería, lo que estaría hablando de un área de oportunidad importante a ser trabajada. **(Figura 4.7)**



**Figura 4.5 Comparativo porcentual entre personal de enfermería y médico en el Hospital General Regional 1 del IMSS Querétaro, según Dimensión Autonomía.**



**Figura 4.6. Comparativo porcentual entre personal de enfermería y médico en el Hospital General Regional 1 del IMSS Querétaro, según Dimensión Cohesión.**

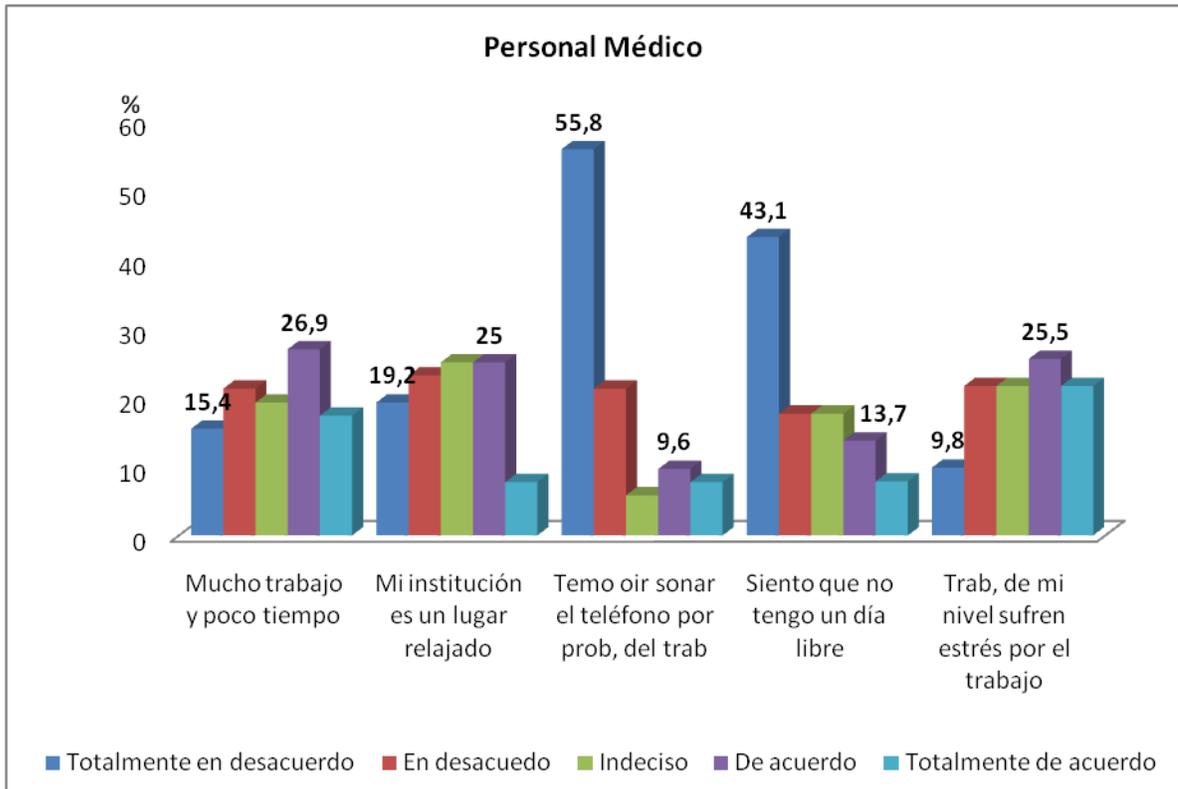
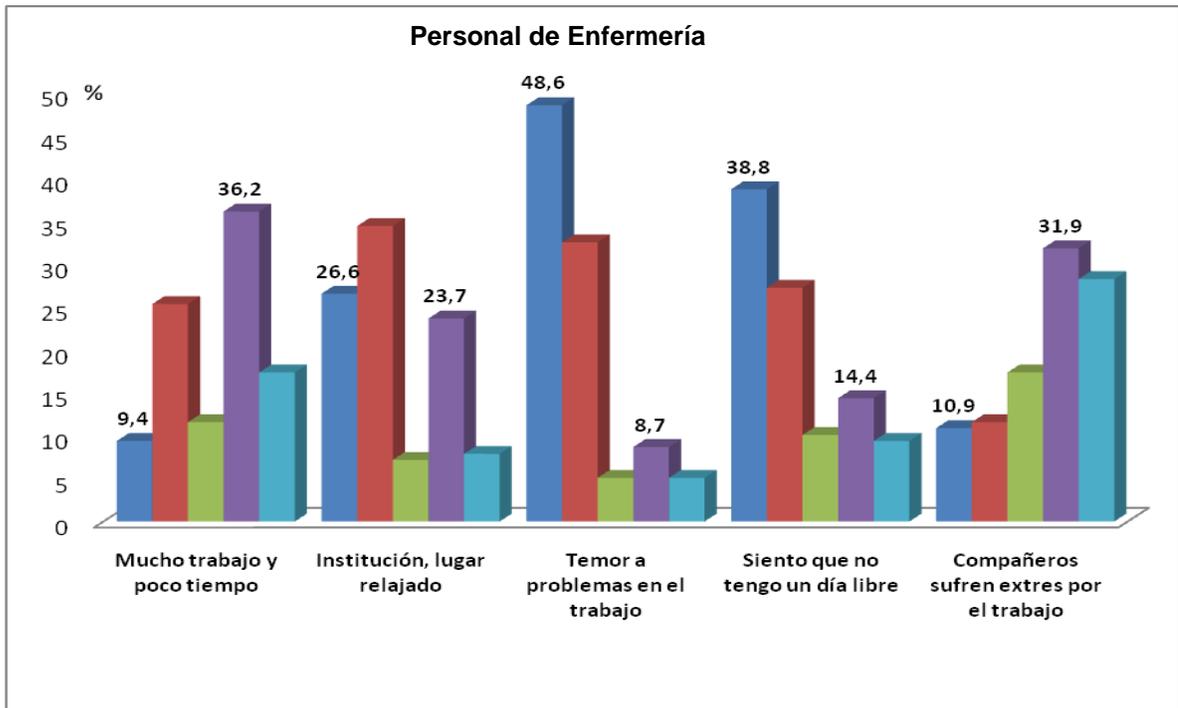


**Figura 4.7 Comparativo porcentual entre personal de enfermería y médico en el Hospital General Regional 1 del IMSS Querétaro, según Dimensión Confianza.**

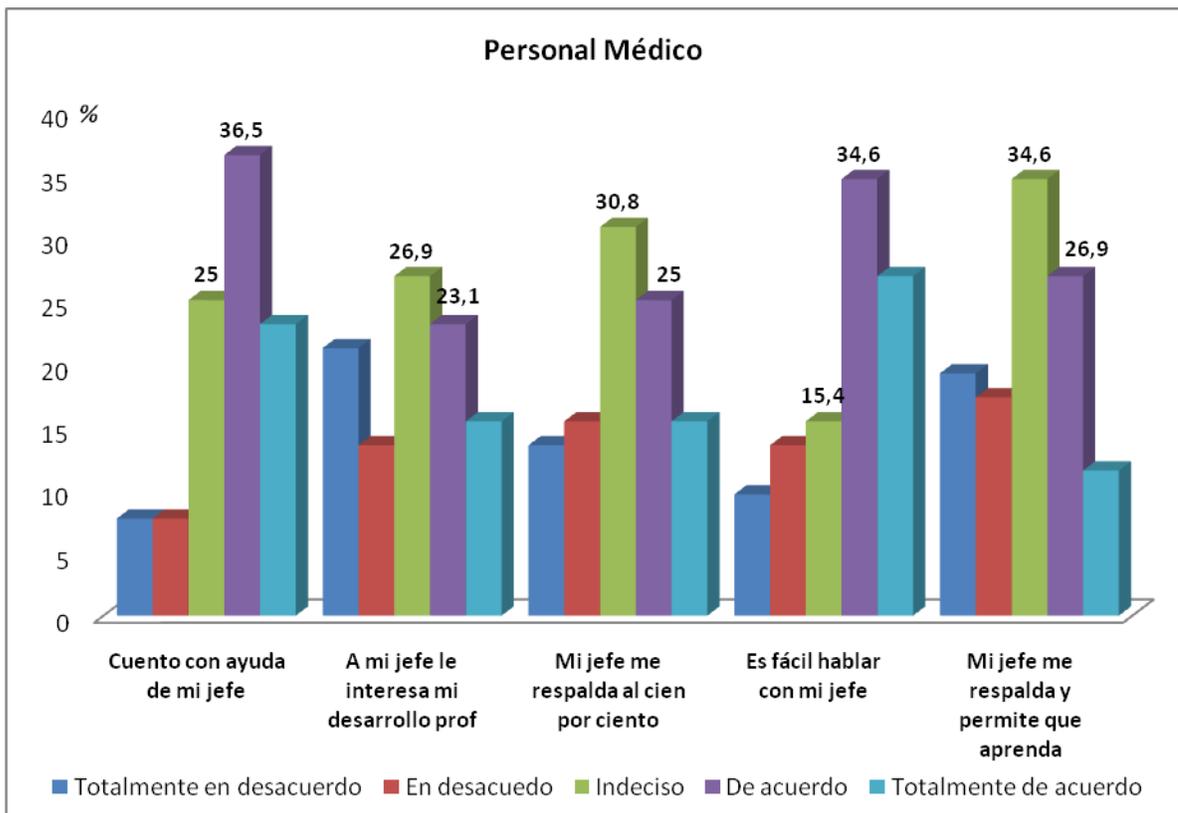
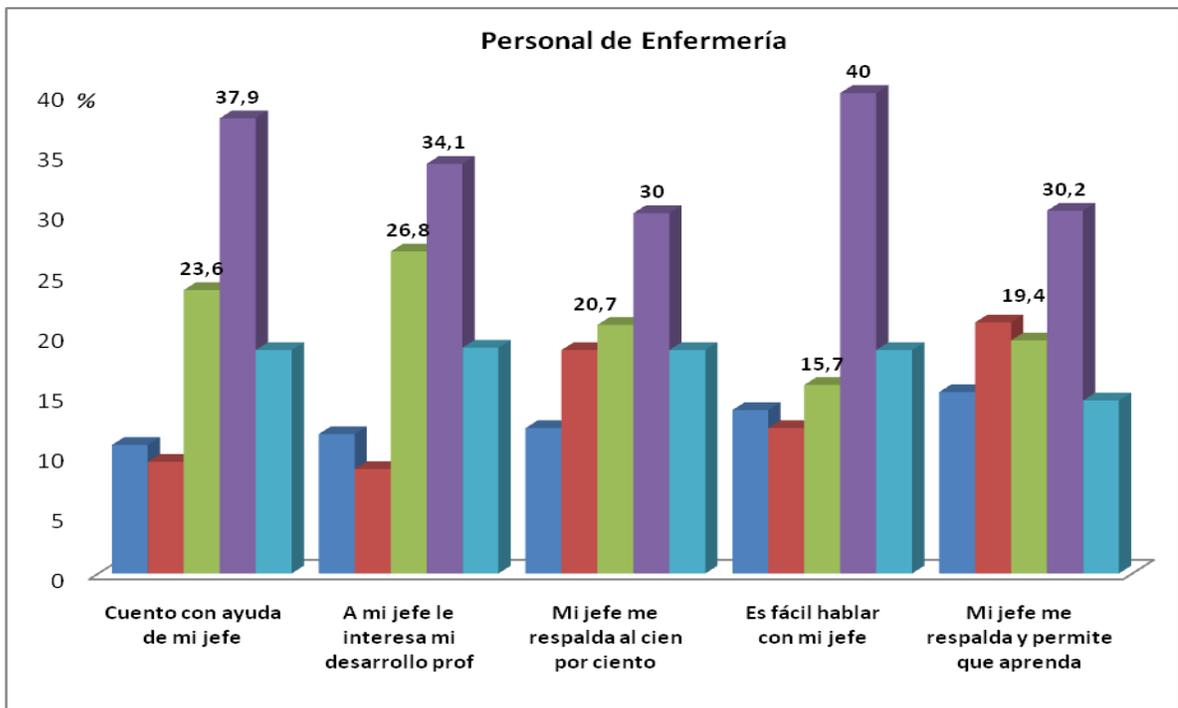
En relación con las cuestiones relativas a la percepción de las demandas de tiempo para la finalización de las tareas y mantener los patrones de desempeño (presión), en ambas categorías se perciben algún nivel de temor a problemas en el trabajo (51.4% en enfermería y 41.9% en médicos), en tanto que el 48.6% del personal de enfermería y 58.5% del médico, mencionaron sentir que les faltan días libres **(Figura 4.8)**.

Por otra parte, la percepción que los trabajadores tienen respecto a la tolerancia de los supervisores y jefes respecto a su comportamiento laboral, el 56.5% de las enfermeras y el 61.5% de los médicos están de acuerdo y totalmente de acuerdo con la premisa “cuento con ayuda de mi jefe”; en tanto que el 58.6% de las enfermeras y el 61.5% de los médicos refirieron que es fácil hablar con el jefe, sin embargo, la información correspondiente a los otros indicadores que conforma la dimensión apoyo fue superior al 20% para la respuesta de indecisos **(Figura 4.9)**.

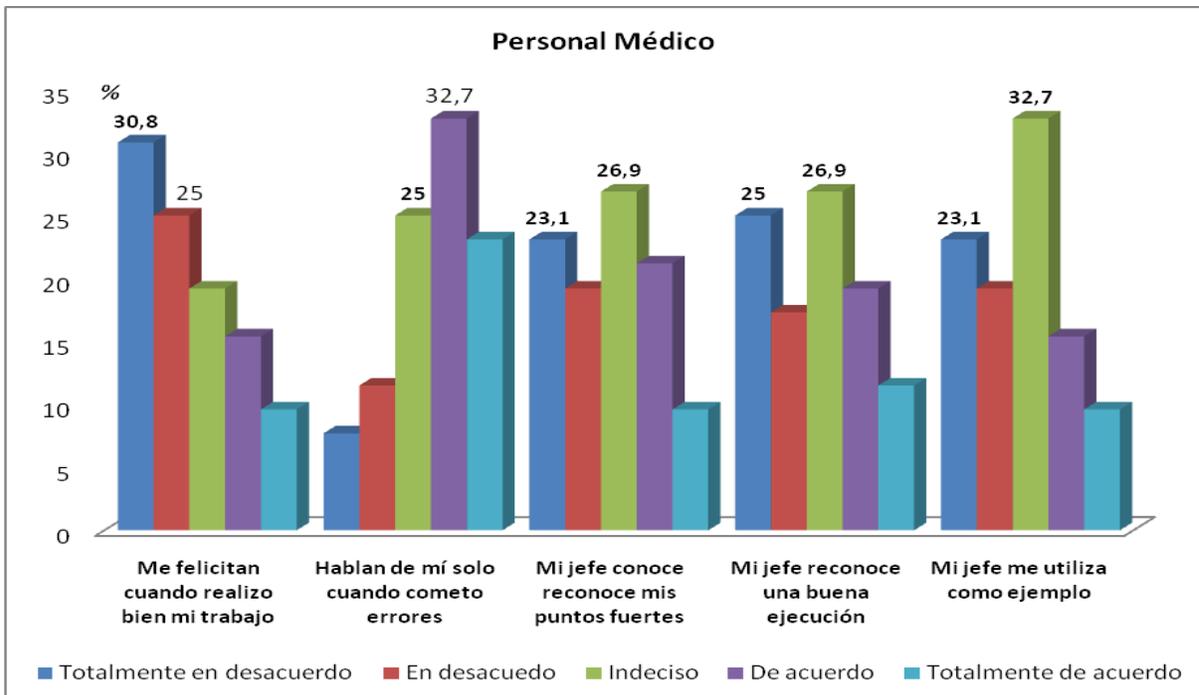
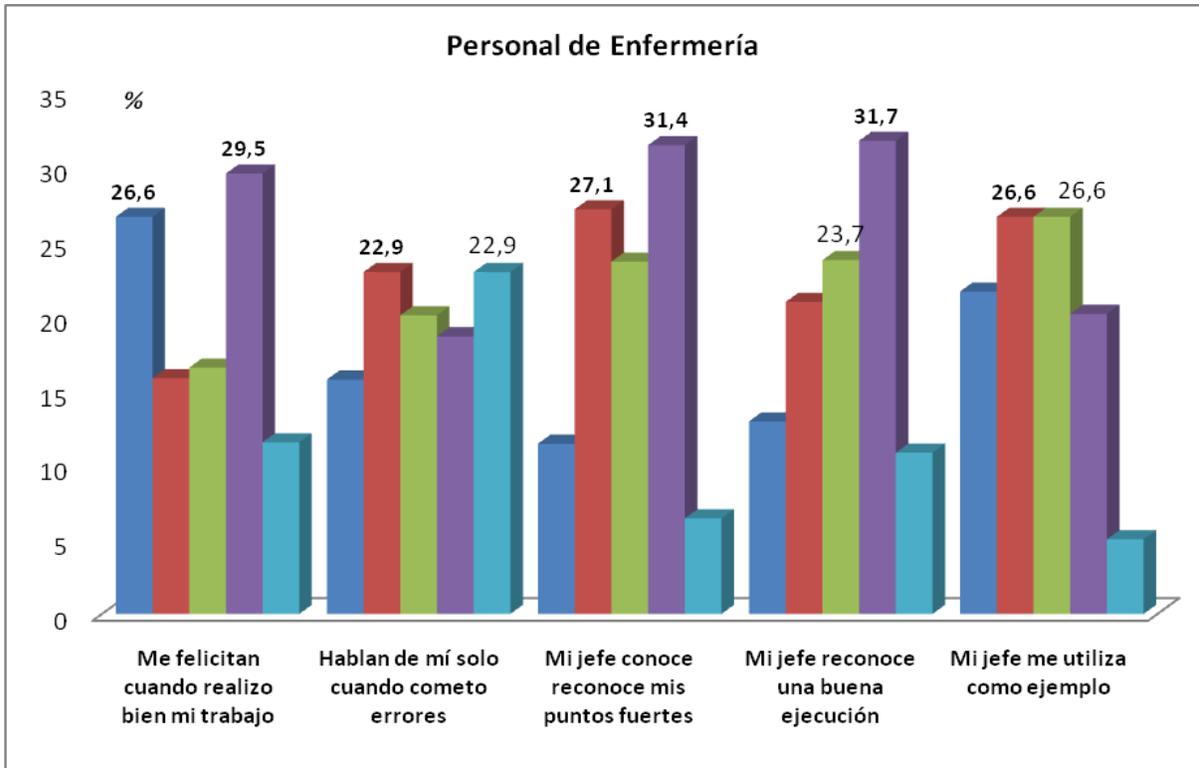
Las interrogantes que hacen referencia a la percepción que los trabajadores tienen sobre la valoración de su contribución en el trabajo, en este caso específico, los rubros totalmente en desacuerdo a indeciso concentran los mayores porcentajes para los distintos indicadores, de tal suerte que entre el personal de enfermería el 74.8% no perciben que su jefe los utilicen como ejemplo, 62.1% no reconocen sus puntos fuertes y 58.6% no reconocen una buena ejecución del trabajo, en tanto que para el área médica los resultados sumatorios para las opciones de respuesta totalmente en desacuerdo hasta indeciso, es decir, una percepción negativa de los rubros mi jefe me felicitan cuando realizo bien mi trabajo (75%), mi jefe me utiliza como ejemplo (75%) **(Figura 4.10)**.



**Figura 4.8 Comparativo porcentual entre personal de enfermería y médico en el Hospital General Regional 1 del IMSS Querétaro, según Dimensión Presión.**



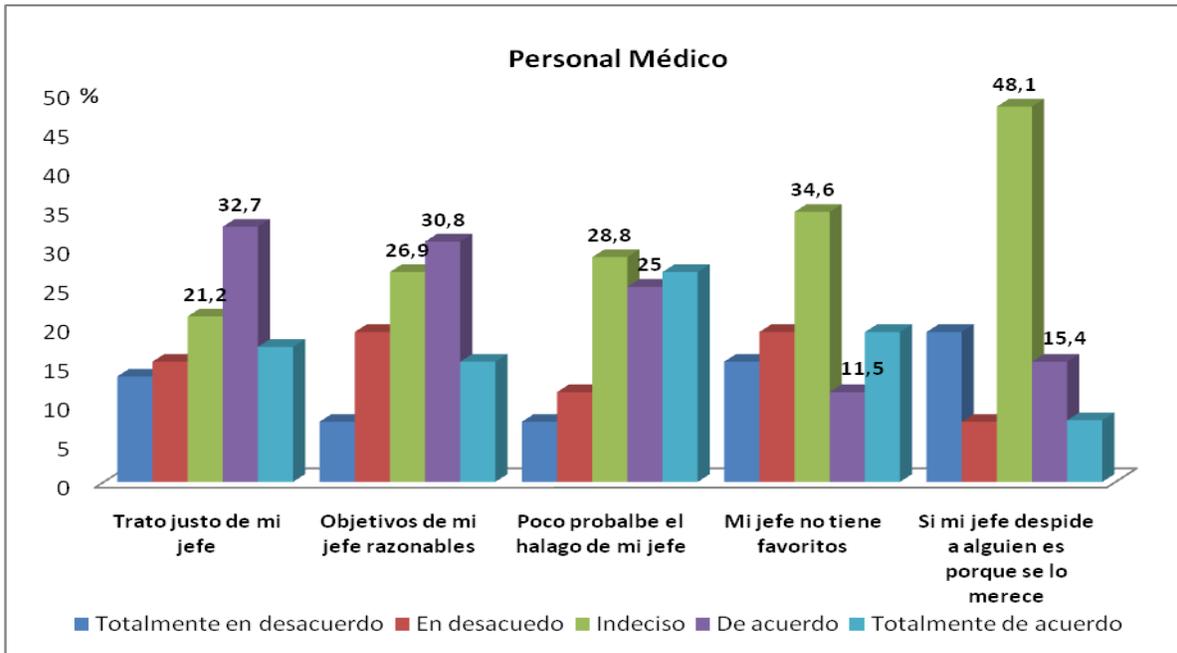
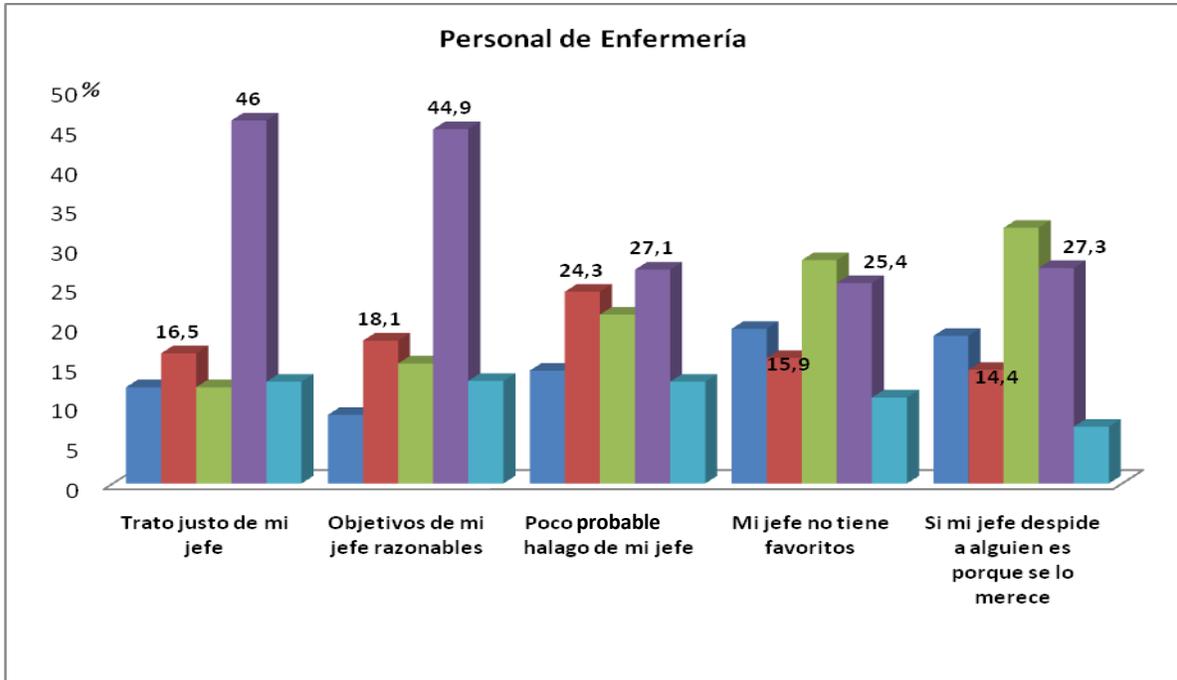
**Figura 4.9 Comparativo porcentual entre personal de enfermería y médico en el Hospital General Regional 1 del IMSS Querétaro, según Dimensión Apoyo.**



**Figura 4.10** Comparativo porcentual entre personal de enfermería y médico en el Hospital General Regional 1 del IMSS Querétaro, según Dimensión Reconocimiento.

La equidad con que la organización trata a sus trabajadores es percibida por enfermería como justa en el trato por parte de sus jefes (46%) y con trabajo razonables (44.9%), en tanto que entre el personal médico el 48.1% se encuentran indecisos en relación a los despidos merecidos por parte del jefe y en, el resto de los indicadores se ubican por debajo del 30%. Esta dimensión fue evaluada desfavorablemente por más de la mitad de la población en estudio (**Figura 4.11**).

En relación con la implementación de prácticas y comportamientos creativos e innovadores, el personal de enfermería respondió a la opción de acuerdo en menos del 40% para todos los indicadores, en tanto que entre los médicos, los mayores resultados se presentan para la opción de respuesta indeciso con porcentajes menores a 40%, con estos resultados se muestra que tanto enfermeras como médicos tiene bajas expectativas para desarrollar actividades innovadoras en sus actividades diarias.(**Figura 4.12**).



**Figura 4.11 Comparativo porcentual entre personal de enfermería y médico en el Hospital General Regional 1 del IMSS Querétaro, según Dimensión Justicia**

Al recategorizar las dimensiones que conforma el cuestionario Koy & Decottis en percepción positiva y negativa de acuerdo con la propuesta de Ferrari (2010), se obtienen los siguientes resultados: la dimensión con mayor percepción positiva fue autonomía (83.8%); sin embargo, las dimensiones presión (71.21%), reconocimiento (58.01%) e innovación (55.0%) tuvieron mayor percepción negativa (Cuadro 4.3), tendencias similares a las encontradas en el estudio de Ferrari.

**Cuadro 4.3 Percepción del clima organizacional según dimensión**

DIMENSIÓN	PERCEPCIÓN				TOTAL
	POSITIVA		NEGATIVA		
	FA	%	FA	%	
Autonomía	160	83.8	31	16.2	191
Cohesión	117	60.9	75	39.1	192
Confianza	123	65.4	65	34.6	188
Presión	49	26.3	137	73.7	186
Apoyo	119	62.3	71	37.4	190
Reconocimiento	80	41.9	111	58.1	191
Justicia	99	52.7	89	47.3	188
Innovación	86	45.0	105	55.0	191

**Fuente:** Koy & Decottis (1991)

Al sistematizar esta información se obtiene un 64.3% de percepción positiva del Clima Organizacional entre los trabajadores entrevistados (**Cuadro 4.4**)

**Cuadro 4.4 Percepción del Clima Organizacional en la población en estudio.**

<b>Variable</b>	<b>FA</b>	<b>%</b>
Percepción Negativa	61	35.7
Percepción Positiva	110	64.3
Total	171	100.0

**Fuente:** Koy & Decottis (1991)

## **4.2. Análisis inferencial**

### **4.2.1 Correlación**

Para verificar la existencia o no de la relación entre las variables Burnout y Clima Organizacional con variables socio-demográficas y laborales, se utilizó la matriz de correlación de Pearson. En la **Tabla 4.12** se muestran las relaciones con significancia estadística ( $p < .05$ )

Mediante la prueba de Correlación de Pearson, se mostró que existe correlación positiva estadísticamente significativa entre la variable: tener más de un empleo, con la profesión y especialidad.

Se estableció la correlación significativa entre las dimensiones agotamiento físico, despersonalización y baja realización, componentes del Burnout.

Para clima organizacional, la dimensión autonomía se relaciona con la profesión (médica) y la edad; en tanto que autonomía, cohesión, apoyo, reconocimiento, justicia e innovación, se correlacionan positivamente entre sí, es decir, cuando se tiene percepción negativa en una de estas dimensiones, lo es también en la otra.

Otra relación observada fue a mayor Agotamiento Emocional – mayor despersonalización, así como menor percepción de cohesión, confianza, apoyo, reconocimiento y justicia en la institución donde se labora, en tanto que a mayor realización profesional menor percepción negativa de presión.

#### 4.4 Correlación de Burnout, Clima Organizacional y variables socio-demográficas y laborales en el personal de enfermería y personal médico en el Hospital General Regional 1 del IMSS Querétaro.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
1. Sexo	1																		
2. Profesión	<b>.470<sup>***</sup></b>	1																	
3. Especialidad	<b>.213<sup>**</sup></b>	<b>.604<sup>***</sup></b>	1																
4. Antigüedad	.041	.053	.020	1															
5. Más de un empleo	<b>.307<sup>***</sup></b>	<b>.532<sup>***</sup></b>	<b>.441<sup>***</sup></b>	-.065	1														
6. Núm. empleos	-.050	.022	.225	-.039	.125	1													
7. Edad	<b>.165<sup>*</sup></b>	<b>.289<sup>***</sup></b>	<b>.301<sup>***</sup></b>	<b>.737<sup>***</sup></b>	<b>.188<sup>*</sup></b>	-.086	1												
8. Agotamiento Emocional	-.073	-.123	-.068	.077	-.038	-.133	.007	1											
9. Despersonalización	-.010	-.055	-.057	-.011	-.027	-.040	.029	<b>.361<sup>***</sup></b>	1										
10. Realización personal	<b>-.181<sup>*</sup></b>	<b>-.252<sup>***</sup></b>	.010	-.025	-.052	<b>.313<sup>*</sup></b>	-.047	-.023	.140	1									
11. Autonomía	.093	<b>.203<sup>***</sup></b>	.055	.069	.084	.116	<b>.153<sup>*</sup></b>	-.143	-.121	-.101	1								
12. Cohesión	.039	.124	.015	.069	.074	.008	.097	<b>-.174<sup>*</sup></b>	-.013	-.090	<b>.173<sup>*</sup></b>	1							
13. Confianza	.014	.002	.021	.067	-.081	-.107	.066	<b>-.278<sup>***</sup></b>	-.035	-.086	.099	<b>.315<sup>***</sup></b>	1						
14. Presión	-.084	.021	.028	.095	-.102	-.034	.068	.108	.073	<b>.225<sup>***</sup></b>	.097	.027	-.072	1					
15. Apoyo	.018	.013	.022	.022	-.007	-.168	.099	<b>-.274<sup>***</sup></b>	-.136	-.116	<b>.145<sup>*</sup></b>	<b>.398<sup>***</sup></b>	<b>.675<sup>***</sup></b>	-.074	1				
16. Reconocimiento	.034	-.117	-.093	-.041	-.096	.157	-.018	<b>-.275<sup>***</sup></b>	-.123	.048	<b>.144<sup>*</sup></b>	<b>.288<sup>***</sup></b>	<b>.359<sup>***</sup></b>	.008	<b>.456<sup>***</sup></b>	1			
17. Justicia	.045	-.084	-.136	-.124	-.119	.133	-.086	<b>-.147<sup>*</sup></b>	-.048	.007	<b>.159<sup>*</sup></b>	<b>.223<sup>***</sup></b>	<b>.428<sup>***</sup></b>	-.053	<b>.440<sup>***</sup></b>	<b>.493<sup>***</sup></b>	1		
18. Innovación	.025	-.097	-.142	-.028	<b>-.159<sup>*</sup></b>	.070	-.056	-.099	<b>-.180<sup>*</sup></b>	-.005	.118	<b>.337<sup>**</sup></b>	<b>.431<sup>**</sup></b>	.015	<b>.531<sup>**</sup></b>	<b>.562<sup>**</sup></b>	<b>.504<sup>**</sup></b>	1	

\*Significancia estadística al 95%

\*\*Significancia estadística al 99%

#### 4.2.2 Asociación

Con la información anterior, se realizó Razón de Momios entre Síndrome de Burnout y Percepción del Clima Organizacional. Posteriormente se efectuó regresión logística entre Burnout, Clima Organizacional y variables socio-demográficas y laborales.

Al realizar la prueba de Razón de Momios, se observó 3.79 veces más agotamiento entre quienes tienen una percepción negativa del Clima organizacional, para las dimensiones Despersonalización y Realización Personal, la percepción del clima no fue significativa. Finalmente, se encontró 0.79 veces más el Síndrome de Burnout entre quienes tienen una percepción positiva del clima organizacional (Cuadro 4.5).

**Cuadro 4.5 Razón de momios para las diferentes dimensiones del Burnout y Burnout General, según percepción negativa del Clima Organizacional**

Dimensión	OR	Intervalo de Confianza al 95%		Valor p
		Inferior	Superior	
Agotamiento Emocional	4.79	2.16	10.87	.000
Despersonalización	0.92	.16	5.17	.646
Baja Realización Profesional	1.53	.649	3.64	.223
Con Síndrome de Burnout	2.21	1.06	4.58	.026

Al realizar el modelo de regresión logística, se observó que cuando la cohesión disminuye, se incrementa el Síndrome de Burnout (Cuadro 4.6).

**Cuadro 4.6**  
**Modelo de Regresión Logística para Síndrome de Burnout,**  
**dimensiones del Clima Organizacional y variables**  
**socio-demográficas y laborales**

Variabilidad	B	E.S.	W	gl	Sig.
Cohesión	-1.695	.803	4,455	1	,035
Número de empleos	-1,647	1,146	2,068	1	,150
Antigüedad	.069	.055	1,555	1	,212
Constante	2,569	2,471	1,080	1	,299

**R<sup>2</sup> = 28.1. %**

### **4.2.3 Discusión**

La salud laboral entre los profesionales de la salud, es un indicador base para establecer la calidad de vida del trabajador, por lo que situaciones estresantes pueden originar en el trabajador de los servicios de salud, inadaptación y afectarlo física y emocionalmente (Palmeiro, 2012), pero también puede ser un indicador indirecto de la calidad de la atención que se brinda al usuario, desde que el SB en el personal de enfermería y médico, afecta el estado físico, la dimensión interpersonal y realización personal.

En algunos estudios y desde la teoría del clima organizacional se considera que el SB se relaciona con otras variables de tipos socio-demográfico y laborales, por lo que se tiene que asumir un modelo holístico para la atención integral de los trabajadores que han desarrollado algún grado del SB, de ahí que se presentan la discusión de los datos obtenidos en nuestro estudio y se comparan con otros desarrollados a nivel nacional e internacional.

El este contexto, tener una edad promedio de 39 años y de cinco años fijo en el servicio, pueden ser elementos que influyan en los niveles bajos de SB presentados entre los trabajadores del hospital estudiado, pues de acuerdo con Esquivel-Molina (2007), a mayor edad y rotación laboral baja, mayor seguridad en el trabajo.

Por otra parte, cabe resaltar el comportamiento presentado por la profesión de enfermería que está constituida básicamente por mujeres; cabe destacar, que entre el personal médico de este hospital un 46.2% de los entrevistados fueron mujeres. Otra diferencia observada fue el hecho que menos de un trece por ciento de enfermeras refirió tener otro empleo, en tanto que en el personal médico, cerca del sesenta y siete por ciento lo tienen; este porcentaje se invierte cuando de labor doméstica se habla.

Al realizar el análisis de severidad de acuerdo con las dimensiones que constituyen el Síndrome de Burnout, se encontró que prácticamente el doble de las enfermeras padecen Agotamiento Emocional en relación con los médicos; asimismo, un mayor porcentaje de Despersonalización (53.3%). Finalmente y aunque el personal médico mostró mayor Realización Profesional que enfermería, en ambos casos, esta realización se presenta en sólo la mitad del personal (51.3% vs. 46% respectivamente).

Al igual que en el estudio de Tuesca-Molina y cols. (2006) realizado en Colombia, fueron los profesionales de enfermería quienes refirieron mayor agotamiento físico y despersonalización, pero sobre todo menor realización profesional en comparación con la categoría médica. Estos datos son similares también a los obtenidos por Marrero y Grau (2005), sobresaliendo las manifestaciones de despersonalización.

En este sentido, la percepción global de despersonalización se presenta prácticamente en la mitad del personal del hospital participante, dato menor al 60.5% al obtenido por Ávila-Toscano JH, Gómez-Hernández LT y Montiel-Salgado MM (2010), de igual forma el agotamiento emocional fue

menor en nuestro estudio (27.9% vs. 45.5%), sin embargo, realización profesional fue mayor (48.1% vs. 31.3%).

Por su parte, Jofre (2009) en su estudio sobre el SB en profesionales de la salud del Hospital General "Dr. Carlos Canseco" Tamaulipas, México, presenta información relacionada con las tres dimensiones que componen el SB, que al compararlas se encontró porcentualmente mayor agotamiento emocional entre el personal de nuestro estudio (10.5% medio y 17.4% alto) en comparación con el estudio de Jofre (2.4 medio y 2.4% alto). Para la dimensión de despersonalización la categoría moderada fue mayor en nuestro estudio (44.9% vs. 38.1%), en tanto que para la categoría alto fue menor para Querétaro (3.2%) en comparación con Tamaulipas (22.6%). Finalmente, en realización profesional en nuestro estudio se tuvo un 15.3% baja y 33.3% moderada, en tanto que para Tamaulipas la realización alta fue del 97.6%. Lo anterior, nos indica mayor tendencia a desarrollar Burnout en nuestro ámbito, al compararse con otra unidad hospitalaria de nuestro país.

En relación con el Síndrome Burnout, Gil-Monte y Marucco (2008), mencionan que su prevalencia es difícil de determinar, pues ésta depende de la variabilidad de criterios para seleccionar los puntos de corte, de ahí que refieran la prevalencia del SB en algunos países: 10,6% Estados Unidos, 24,4% en España, 37,4% en Argentina o 3.2% en Holanda; en este comparativo, los datos para el hospital de estudio De esta forma, la prevalencia en nuestro estudio fue similar la referida por Gil-Monte para España, así como en el estudio de Cruz, Austria, Herrera y Salas (2011) quienes encontraron una prevalencia global similar (24%).

En clima organizacional, se puede ubicar la fortaleza existente, desde el momento que el personal tiene una percepción positiva en autonomía, sustentada por la categoría médica, quienes consideran tener mayor libertad en sus actividades independientes, sin embargo, los trabajadores del hospital en general perciben que en su trabajo existe presión y falta de reconocimiento de las labores que realizan, de igual forma, no consideran la posibilidad de que

en sus actividades diarias se pueda innovar por lo tanto, el trabajo se torna rutinario. De esta forma, las dimensiones percibidas como negativas en el hospital son básicamente consecuencia del tipo de relaciones jerárquicas que se establece en el ámbito laboral, esta situación que se presentó en nuestro estudio, es similar a lo encontrado por Ferrari (2010), así como en la propuesta de Ortega y López (2004), quienes mencionan que la disfunción del rol, la falta de salud organizacional, la estructura, clima y cultura organizacional, son antecedentes para que se presente el SB.

Al realizar la prueba de correlación, el género (ser hombre) mostró relación con ser médico, especialista, tener más de un empleo y mayor edad pero con menor realización profesional. El género fue la única variable sociocultural que guardo relación con una de las dimensiones del Burnout, por lo que se tienen resultados prácticamente similares a los encontrados por Aldrete et al, (2003) y García y Herrero (2008) quienes no encontraron relación con variables socio-demográficas.

Por otra parte, se observó relación entre agotamiento físico y despersonalización, misma tendencia que al encontrada en el estudio de Cruz, Austria, Herrera y Salas (2011), lo cual es indicativo de que estos indicadores de Burnout pueden presentarse juntos y explicar en parte los niveles del SB dentro la institución.

Es importante destacar que en nuestro estudio también se encontró relación entre la dimensión agotamiento emocional y dimensiones del clima organizacional, así se tiene que a mayor agotamiento emocional se percibe menor cohesión, confianza, apoyo reconocimiento y justicia, por lo que estos resultados concuerdan con Lasio (2003), quien menciona que el clima psicológico o individual al que define como la percepción de lo valorado y recompensado en el trabajo, actúa como un marco de referencia para el comportamiento según se perciba el entorno laboral como favorecedor o contraproducente para el bienestar individual. De esta forma, elementos del clima organizacional como innovación, apoyo y seguridad en el trabajo, si son

percibidos como negativos, pueden constituirse en debilidades para la organización.

Por otra parte, debe considerarse que en términos generales entre las diferentes dimensiones del clima organizacional se encontraron percepciones negativas entre cohesión, confianza, apoyo y reconocimiento por parte de la institución. Artazcoz (2007) señala que aunque en los diferentes contextos de trabajo todavía persisten los riesgos laborales clásicos, los cambios en la producción, la organización del trabajo y el mercado laboral, han favorecido el interés de la investigación hacia los riesgos ergonómicos, por lo que Latorre (2007), menciona que es importante la adquisición de habilidades para el manejo de tiempo, asertividad, comunicación y relaciones sociales para cambiar las demandas del entorno, así como en el manejo de emociones, modificando pautas comportamentales tales como las actitudes negativas, sarcásticas y poco colaboradoras, ya que éstas dificultan la dinámica social en la que se desenvuelven las personas.

Finalmente, la Razón de momios indica que quienes perciben un Clima Organizacional negativo, tienen más de tres veces la probabilidad de presentar agotamiento emocional, en comparación con quienes tienen una percepción positiva, de ahí que la probabilidad de desarrollar el Síndrome de Burnout es mayor por esta condición, situación que se presentó en nuestro estudio.

Sin embargo, estudios como el realizado por Gil-Monte (2003), menciona que rasgos de personalidad como optimismo, ser idealista, honradez, iniciativa e independencia, pueden ser factores de riesgo para presentar Síndrome de Burnout, especialmente en personas del género femenino, de ahí que debe de ser considerada esta situación, puesto que tanto en la rama de enfermería como médica, la mayoría de los entrevistados fueron mujeres.

El análisis de regresión logística binaria mostró como única variable con peso predictivo fue la cohesión (una de las dimensiones del clima organizacional), de ahí que quienes la perciben como negativa, son más proclives para desarrollar el Síndrome de Burnout, situación similar a la referida por Mena (2010), quien encontró que la única variable asociada al Burnout fue el clima organizacional.

Con base a los resultados obtenidos, la hipótesis en que relacionan al Síndrome de Burnout con variables de tipo socio-demográficas no fue comprobado en nuestro estudio, motivo por el cual esta hipótesis se rechaza.

En tanto para la hipótesis en la cual las variables organizacionales condicionan un alto nivel de Burnout, se comprobó que una percepción negativa del clima organizacional incrementa en un 3.79 veces el agotamiento emocional y .53 veces la percepción de baja realización, motivo por el cual se acepta la hipótesis.

## **V. CONCLUSIÓN Y SUGERENCIAS**

### **5.1 Conclusión.**

Diferentes modelos muestran que el peso predictivo del Síndrome de Burnout se ubica en el clima organizacional y sus diferentes dimensiones y no en las variables socio-demográficas, lo que hace visibles las áreas de oportunidad a ser trabajada por la institución, por lo que es necesario considerar una intervención efectiva a partir de los resultados.

Las acciones deben enfocarse principalmente al cambio de cultura organizacional, adecuando las funciones dentro del trabajo, de tal suerte que se distribuya y perciba la distribución del trabajo de forma equitativa, además de favorecer mejoras organizacionales y ergonómicas que brinden satisfacción al trabajador y por lo tanto, disminuyan los niveles de estrés laboral.

En tanto que Castro (2005), propone intervenciones a nivel organizacional, planteando como factores importantes las relaciones sociales

entre compañeros, lo que en nuestro contexto se traduce en cohesión, situación que necesariamente repercutirá en la valoración del trabajo desempeñado, reconocimiento y confianza en la institución, a partir del desarrollo de estrategias de afrontamiento que favorezcan una calidad de vida laboral.

Si se considera la Calidad de Vida Laboral (CVL) como el conjunto de estrategias que tienen la finalidad de optimizar a las organizaciones, los métodos de gerencia y/o los puestos de trabajo mejorando habilidades y aptitudes de los trabajadores, pero también, fomentando la responsabilidad y autonomía entre los trabajadores (Rodríguez citado por Durán, 2010), es claro que las principales actividades que los directivos deben considerar, son aquellas destinadas a favorecer la identificación con la institución, fomentar la autonomía y mejorar las relaciones interpersonales tanto con los compañeros de trabajo, así como con los usuarios de los servicios. En este sentido, Houtman y Jettinghoff (2008), señalan un ambiente saludable de trabajo, coadyuvará en el bienestar físico, mental y social de los trabajadores.

Por otra parte, estas mejoras deben tener un enfoque preventivo dirigido a los trabajadores, por lo que, contar con un programa de atención que incluya aspectos relacionados con la salud mental y prevención del síndrome, es de suma importancia tanto para la atención grupal y/o individual, con la finalidad de realizar detección y tratamiento oportuno de las personas afectadas con el síndrome, si consideramos que dos de cada diez trabajadores del hospital en estudio puntuaron con niveles altos del Síndrome de Burnout.

De igual forma, favorecer el trabajo en equipo y cohesión entre los trabajadores, ya que ésta última fue la variable organizacional que mayor relación mostró respecto al Síndrome de Burnout.

Si bien es cierto, las variables socio-demográficas como es el caso de género, no fueron significativas en nuestro estudio; el hecho de que el personal de enfermería y médico este conformados en su mayoría por mujeres, es un

elemento a considerar a futuro, pues si en este momento los mayores porcentajes de Burnout se ubicaron en nivel medio, también es cierto que las mujeres son más vulnerables al estrés ocupacional, tanto en el hogar como en el trabajo, pues tienden a sobrecargarse más de responsabilidades en cualquier actividad que realicen, por lo que es de suma importancia retomar la perspectiva de género para implementar acciones de salud mental en trabajadores de la salud.

## **5.2 Sugerencias**

De acuerdo con los resultados del estudio y retomando algunas de las propuestas de Jenaro-Rio (2007), Houtman I, Jettinghoff K. (2008), Gil-Monte P. (2010), Ávila JH, Gómez LT, Montil MM (2010), las sugerencias que se establecen son:

- Revisar y actualizar normas institucionales, que permitan al trabajador poner en práctica nuevos conocimientos dentro del marco legal institucional.
- Establecer programas preventivos para la detección oportuna de trabajadores que presenten algún nivel de Burnout.
- Promover la realización de talleres dirigidos a trabajadores, con la finalidad de desarrollar y/o fortalecer habilidades de comunicación, asertividad y trabajo colaborativo.
- Involucrar al personal directivo y trabajadores en la mejora de la seguridad y salud en el trabajo.
- Introducir rotación en el trabajo, que favorezca la diversificación e innovación de las tareas.
- Revisión ergonómica de los ambientes laborales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso-Fernández, M. 2002. Propuestas para mejorar la calidad de vida de los profesionales. Cuadernos de Gestión para el Profesional de Atención Primaria;8(3): 150-152
- Aranda C. 2006. Diferencias por sexo, síndrome de burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud, Guadalajara, México. Revista Costarricense de Salud Pública. [Acceso 2009 Jul 16]; 15(29): [1-7]. Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/291/29116102.pdf>
- Arango-Fernández WI. 2007. La ecopoiesis como fundamento de una perspectiva ambiental para la administración. La organización compleja. Reflexión mayo (Acceso 2009 jul 22); 10(1):67-82. Disponible en <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/gestion/article/view/1378/1982>
- Ávila-Toscano JH, Gómez-Hernández LT, Montiel-Salgado MM. Características demográficas y laborales asociadas al Síndrome de Burnout en profesionales de la salud1. *Pensamiento Psicológico, Volumen 8, No. 15, 2010, pp. 39-52 (Consulta 2012/03/01) Disponible en*
- Ávila JH, Gómez LT, Montil MM, (2010). Características demográficas y laborales asociadas al Síndrome de Burnout en profesionales de la Salud. *Pensamiento Psicológico*, 8(15):39-52. Consulta (2012 06 09). Disponible en: <http://www.redalyc.uaemex.mx/src/inicio/artPdfRed.jsp?iCve=80115648004>
- Brill, PL. 1984. The need for an operational definition of burnout. *Family and Community Health*.
- Buendía, J. 1998. *Estrés laboral y Salud*. Madrid, Biblioteca Nueva.
- Carrada-Bravo T. 2002. La cultura organizacional en los sistemas de salud. ¿Por qué estudiar la cultura? *Rev. Med. IMSS*; 40 (3):203-211
- Casas J. 2002. Estrés laboral en el medio sanitario y estrategias adaptativas de afrontamiento *Calidad Asistencial*; 17: 237-246.
- Castro A. 2006. Teorías implícitas del liderazgo, contexto y capacidad de conducción. *Anales de Psicología jun.* [Acceso 2009 Jul 22]; 22 (1). [89-97]. Disponible en: <http://revistas.um.es/index.php/analesps/article/viewPDFInterstitial/26611/25841>
- Castro, R. (2005). Síndrome de Burnout o desgaste profesional. Breve referencia a sus manifestaciones en profesores universitarios. *Anuario 28*. Universidad de Carabobo, Venezuela.
- Calero, MR. 2012. Riesgos psicosociales en el personal de enfermería: Burn-out. XIII Congreso Virtual de Psiquiatría. *Com Interpsiquis*. 1-11.
- Chiang-Vega MM, Salazar-Botello M, Huerta-Rivera PC, Núñez-Partido A. 2008. Clima Organizacional satisfacción laboral en organizaciones del sector estatal (Instituciones públicas) Adaptación de un instrumentos. *Revista Universum*. [Acceso 2009 Jul 22]; 23 (2): 66-85. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pidS0718-23762008000200004&script=sci\\_arttext&tlng=e](http://www.scielo.cl/scielo.php?pidS0718-23762008000200004&script=sci_arttext&tlng=e)
- Chiavenato I. 2001. Administración de recursos humanos. Edic. Popular
- Chiavenato I. 1992. Introducción a la Teoría General de la Administración. 3ra. Edición. Edit. Mc.Graw-Hill

- Cruz-Castillo R. Identificación de la Cultura Organizacional como elemento influyente en el nivel de calidad de los servicios de salud pública. El caso del IMSS Tapachula. En VI Congreso Internacional de Análisis Organizacional. Perspectivas multidisciplinares en análisis organizacional: Complejidad, ambigüedad y subjetividad; 1-29. Disponible en: [http://www.uacya.uan.edu.mx/VI\\_CIAO/ponencias/1\\_cultura/1\\_19.pdf](http://www.uacya.uan.edu.mx/VI_CIAO/ponencias/1_cultura/1_19.pdf)
- Cruz B, Austria F, Herrera L, Salas J, Vega CZ, (2011). Prevalencia del síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento durante una epidemia de influenza AH1N1. Bogotá, Colombia, *Suma Psicológica*; 18(2):17-28.
- Durán, MM. 2010. Bienestar Psicológico: el estrés y la calidad de vida en el contexto laboral. *Revista Nacional de Administración* vol. 1(1):71-84.
- Esquivel-Molina CG, Buendía-Cano F, Martínez-García O, Martínez-Mendoza JA, Martínez-Ordaz VA, Velasco-Rodríguez VM. 2007. Síndrome de agotamiento profesional en personal médico de un hospital de tercer nivel. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*;45(5):427-436
- Estrada-Gallego F. 2007. Herbert A. Simon y la economía organizacional. *Cuadernos de Economía*, v. XXVI, n. 46, Bogotá; 169-199.
- Fernández-López J, Siegrist J, Rödel A, Hernández Mejía, R. 2003. El estrés laboral: un nuevo factor de riesgo. ¿Qué sabemos y qué podemos hacer? : *Atención Primaria*; 31(8): 524-526
- Ferrari T. 2010. Relação entre as variáveis relacionamento Interpessoal e clima psicológico: um estudo no Setor industrial da empresa alfa. *Disertação mestrado em Ciências Contábeis. Fundação Instituto Capixaba de Pesquisas em Contabilidade, Economia e Finanças – FUCAPE.*
- Freudenberger, H. 1974. Staff burnout. *Journal of Social Issues*. 30:159-165
- Freudenberger, H. 1975. Staff burnout syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy Theory Research and Practice*. 12 (1): 73-82
- García-Álvarez C. 2006. Una aproximación al concepto de cultura organizacional. *Univ. Psychol.* Bogotá, Colombia. Ene-abr. [Acceso 2007 Jul 22]; 5(1). [163-174]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n1/v5n1a12.pdf>
- Gil Monte PR. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (Síndrome de Burnout) en profesionales de enfermería. *Rev. Eletr. Inter. Ação Psy*; 1(1):19-33 [En línea] <http://bvsde.per.paho.org/bvsacd/cd49/artigo3.pdf>
- Gil-Monte, P. y Marucco, M. A. (2006). Depresión y su relación con el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en pediatras del conurbano bonaerense. *Diagnosis*, 3, 27-38. Disponible en: [http://www.uv.e/unispico/pdf/Publicaciones/Articulos/01\\_SQT/2006\\_Diagnosisi.pdf](http://www.uv.e/unispico/pdf/Publicaciones/Articulos/01_SQT/2006_Diagnosisi.pdf)
- Gil-Monte P. (2010). Situación actual y perspectiva de futuro en el estudio de estrés laboral: la psicología de la salud ocupacional. *Información psicológica*, No.100:68-83.
- Hernández TJ, Campos C, González M. 2011. Prevalencia del síndrome de Burnout en personal de una Institución del Sector Salud. *Revista Internacional La Nueva Gestión Organizacional*. 6(12): 139-163.
- Houtman I, Jettinghoff K. (2008). Sensibilizando sobre el estrés laboral en los países en desarrollo. Un riesgo moderno en un ambiente de trabajo tradicional. *Conejos para empleadores y representantes de los trabajadores*. Organización Mundial de la Salud. *Protección de la Salud de los trabajadores*. Serie 6: 1-50.
- IMSS. 2004. Manual de Bienvenida. Jefatura de Enfermería. Hospital General Regional No. 1. Jefatura Delegacional de Prestaciones Médicas. Dirección Regional Centro. Instituto Mexicano del Seguro Social: 14-15.

- IMSS. 2007. Capítulo X. Capacitación y Desarrollo Gerencial. IMSS-SNTSS. [Acceso 2009 ago 10]; 1-10. Disponible en: <http://imss.gob.mx/NR/rdonlyres/957F9C19-5C80-4263-B912-F279DC68139B>
- IMSS. 2009 Capitulo X.2 Capacitación y Desarrollo Gerencial. IMSS-SNTSS. [Acceso 2009 ago 10]; 1-10. Disponible en: <http://imss.gob.mx/NR/rdonlyres/.../0/Capitulo092009.pdf>
- Jenaro-Río C, Flores-Robaina N, González-Gil F. 2007. Síndrome de Burnout y afrontamiento en trabajadores de acogimiento residencial de menores. *Int J Clin Health Psychol*, [Acceso 2009 Jul 16]. Vol 7 (1): 107-121. Disponible en [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-211.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-211.pdf)
- Jofre, VM. 2009. Síndrome de Burnout en profesionales de la salud en el Hospital General "Dr. Carlos Canseco". (Tampico, Tamaulipas, México). Tesis doctoral. Universidad de Granada 2009. Consulta (2012 ene 03); Disponible en: <http://hera.ugr.es/tesisugr/18487245.pdf>
- Juárez-García A. 2008. Efectos psicológicos del trabajo: su concepción y hallazgos en algunos centros ocupacionales en México. *Revista Salud Pública y Nutrición*. jul-sep. [Acceso 2009 Jul 16]; 9(3). [12p]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2008/spn083f.pdf>
- Juárez-García A. 2008. Efectos psicológicos del trabajo: su concepción y hallazgos en algunos centros ocupacionales en México. *Revista Salud Pública y Nutrición* jul-sep. [Acceso 2009 Jul 16]; 9(3). [12p]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2008/spn083f.pdf>
- Lasio MV, 2003. Clima y su evolución hacia un concepto estratégico. *Academia, Revista Latinoamericana de Administración*, 30, Cladea, Bogotá:87-95.
- Latorre I, 2007. Burnout en la enseñanza: estudio comparativo de un grupo de profesores de la enseñanza pública y privada de la Región de Murcia. *Revista de Ciencias de l'Educación*. XXXI, III Época. *Universitas Tarraconensis*: 33-52.
- Lee, R.T; Ashfort, B.E.1996. A meta analytic examination of the correlates of three dimensions of job burnout. *J. Appl Psychol*, 81: 123-133
- Leiter M, Robichaud L. 1997. Relationship of occupational hazards with burnout: an assement of measures and models. *J. Occup. Health Psychol*.2 (1): 35-44
- Mansilla-Izquierdo F. Maslach Burnout Inventory (MBI), (Maslach C.y Jackson, S.E. 1981;1986) (Sisdesos,1997). Anexo 13. Manual de riesgos psicosociales en el trabajo: teoría y práctica: *Psicología Online*. Formación, Autoayuda y Consejo Online. Consulta (17/04/12); Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/anexo13.shtml>
- Martínez-García M, Centeno Cortés C, Sanz-Rubiales A, Del Valle ML. 2009. Estudio sobre el Síndrome de Burnout en profesionales de Enfermería de Cuidados Paliativos del País Vasco. *Rev Med Univ Navarra*. [Acceso 2009 jul 16];53 (1): [3-8]. Disponible en: [http://www.unav.es/revistamedicina/53\\_1/pdf/estudio-sobre-el-sindrome-de-burnout.pdf](http://www.unav.es/revistamedicina/53_1/pdf/estudio-sobre-el-sindrome-de-burnout.pdf)
- Martínez-López C, López-Solache G. 2005. Características del Síndrome de Burnout en un grupo de Enfermeras Mexicanas. *Archivo de Medicina Familiar* ene-abr. [Acceso 2009 Jul 16] 7(1); [6-9]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amf051c.pdf>
- Maslach C, Jackson S. 1981 The measurement of experienced burnout. *J Occup Psycho L*. 2:99-113.

- Molina A, García MA, Alonso M, Cermeño C. 2003. Prevalencia de desgaste profesional y psicor morbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Atención Primaria*, 31(9): 562–574.
- Moreno F, Godoy, E. 2009. Los nuevos desafíos en la gerencia de los recursos humanos: calidad de la vida laboral. *Daena: International Journal of Good Conscience*. [Acceso 2009 ago 03]. 3 (2).1-11.
- Moreno, P. 1990. El Burnout, una forma específica de estrés laboral. En: Carballo, V. E. y Buela, G. (comp.), *Manual de Psicología Clínica*, Madrid, Siglo XXI. 1990.
- Moreno-Jiménez B, Garrosa E. Riesgos Psicosociales en el Trabajo. Prefacio. *Ciencia & Trabajo*. 2009:11(32)
- Ortega C, López F. 2004. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. España: 137-160 (Consultado 2012 05 06). Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=33740108> Consultado el 6 de mayo de 2012.
- Palmeiro, FM. As percepções da cultura organizacional e a Síndrome de Burnout. Tesis de maestrado. Instituto Superior de economía y gestão. Universidad Técnica de Lisboa. Abril 2011. Consulta (2012 ene 03) Disponible en: <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/3376/1/Tese%20final%20de%20Mestrado%20>
- Pérez-Jáuregui, M. I. Tesis Doctoral 1998. *La construcción auténtica e inauténtica del proyecto de vida laboral*. Biblioteca de la Universidad del Salvador.
- Pines, A.M; Aronson, E. 1988. *Carreer burnout: causes and cures*. Nueva York Free Press.
- Rodríguez-López AM, Fernández-Barral R, Benítez-Canosa MC, Camino-Catineira MJ, Crea-Fernández AJ. 2008. Correlación entre carga de trabajo, síndrome de burnout y calidad de vida en una unidad de críticos. *Enfermería Global*, oct; [Acceso 2009 jul 16] (14). [1-11]. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/36111/34621>
- Saura J. 2000. ¿Debemos desarrollar los médicos de familia un programa de prevención del desgaste profesional? *JANO*, 59; 1354.
- Schaufeli, W.B. y Buunk, B.P. (2002). Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing. En M. J. Schabracq, J.A. M. Winnubst y C. L. Cooper (Eds.), *The Handbook of Work and Health Psychology*, 2nd Edition. Chichester: John Wiley & Sons; 383-425
- Schelling, Thomas C. 1989. *Micromotivos y macroconducta*. [Acceso 2009 ago 06]. Disponible en: <http://isis.faces.ula.ve/COMPUTACION/EMVI/textos/2005/schelling-mm.htm>
- Sobrequés J, Cebrián J, Segura J, Rodríguez C, García M, Juncosa S. 2003. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Atención Primaria*;31(4): 227-233.
- Tapia-Hernández TA, Ávalos-García MR César-Vargas R, Franco-Alcántar RA, Gómez-Alonso AC, Rodríguez-Orozco A. Síndrome de burnout en enfermeras de un hospital regional. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2009; 17 (1): 31-38. Disponible: [www.medigaphic.org.mx](http://www.medigaphic.org.mx)
- Thompson-Gutiérrez P. 2006. La organización actual. *Synthesis*, oct-dic. Universidad de Autónoma de Chihuahua. 1-4
- Topa G, Palací F. 2007. Múltiples focos de identificación en las organizaciones: comparación de su poder predictivo sobre los resultados grupales, profesionales y organizacionales. *Rev.*

Psicología Social. [Acceso 2009 Jul 22]; 22(1): 17-29. Disponible en:  
<http://docserver.ingentaconnect.com/deliver/connect/fias/02134748/v22n1/s2.pdf?expires>

Tuesca-Molina R. Iguarán-Urdaneta M, Suárez-Lafaurie M, Vargas-Torres G, Vergara-Serpa D. 2006. Síndrome de desgaste profesional en enfermera/os del área metropolitana de Barranquilla. Salud Uninorte. Barranquilla Col., [Acceso 2009 Jul 16];22(2); [84-91]. Disponible en :  
[http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud\\_uninorte/22-2/sindrome\\_de\\_desgaste\\_profesional.pdf](http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud_uninorte/22-2/sindrome_de_desgaste_profesional.pdf)

Von Bertalanffy, Ludwig. 1976. Teoría General de Sistemas. Petrópolis, Vozes.

# APÉNDICES

**Apéndice 1.**  
**Definición de variables y unidades de medida**

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Escala</b>	<b>Indicador</b>
Presencia de Bournout	Estado de agotamiento mental, físico y emocional, debido al trabajo.	El síndrome de Burnout está presente si en las 2 primeras escalas (I y II), el puntaje es alto, mientras que en la tercera escala (III), es bajo.	Ordinal	De 33 a 66 es leve De 67 a 99 moderado De 100 a 132 elevado (grave)
Severidad del Síndrome de Bournout	La suma de los ítems para cada dimensión, indica la severidad del SB	Análisis de severidad Bournout por dimensión:  Agotamiento emocional	Ordinal	Mayor o igual a 27= alto 17-26 = medio 0-16 = bajo
		Despersonalización	Ordinal	Mayor o igual a 14 = alto 9-13 = medio 0-8 = bajo
		Realización en el trabajo	Ordinal	Menor o igual 30 = alto 31-36 = medio 37-48 = bajo
Clima Organizacional	Descripciones individuales del marco social o contextual del cual forma parte la persona. Son percepciones compartidas de políticas, prácticas y procedimientos organizacionales tanto formales como informales.	Adaptación del cuestionario Koys & Decottis de 1991. Consta de 8 dimensiones  1. Autonomía                      2. Cohesión 3. Confianza                      4. Presión 5. Apoyo                            6. Equidad 7. Reconocimiento            8. Innovación	Continua	Sumatoria de los valores de los cinco elementos para cada escala  Rango de 200 a 40 Puntos para clima organizacional

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Escala</b>	<b>Indicador</b>
Edad	Tiempo que ha vivido una persona.	Número de años cumplidos	Continua	Años
Sexo	Condición orgánica de género	Característica fenotípica del trabajador	Nominal	1. Femenino 2. Masculino
Estado civil	Situación conyugal del trabajador	El expresado por el entrevistado	Nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Otro
Número de hijos	Hijos vivos	Cantidad de hijos vivos expresada por el entrevistado	Discreta	Número de hijos
Ingreso promedio	Percepción económica del entrevistado	Expresada en ingreso promedio mensual	Continua	Ingreso mensual promedio expresado en pesos
Profesión	Especialidad o actividad a la que se dedica el trabajador	Especialidad o actividad profesional a la que se dedica el trabajador	Nominal	1. Médico 2. Enfermera
Categoría	Puesto base que ocupa en la organización	La expresada por el entrevistado	Nominal	Nombre de la categoría
Antigüedad Labora	Tiempo transcurrido desde su ingreso a la institución a la fecha	Tiempo expresado por el entrevistado, solicitando años y meses	Continua	Años y meses
Área de Adscripción	Servicio o departamento en el cual realiza sus actividades laborales	Servicio o departamento en el que se encuentra laborando	Nominal	Nombre del servicio
Turno	Jornada laboral completa en la cual el trabajador realiza su actividad contratada	Turno en la que labora dentro del instituto	Nominal	1. Matutino 2. Vespertino 3. Nocturno 4. Jornada acum.
Doble Jornada	Doble turno del tiempo de duración de una jornada de trabajo	Actividad remunerada en dos o más instituciones	Dicotómica	1. Si      2. No

## Apéndice 2

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO  
FACULTAD DE MEDICINA  
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

Folio:

### Ficha de identificación

El presente cuestionario tiene la finalidad de recabar información relevante de los participantes en el estudio, Le solicitamos su colaboración para contestar este cuestionario, marcando con una X la opción que considere adecuada, o escribiendo en su caso la respuesta que considere pertinente.

<b>VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS</b>		
1. Edad	----- años	
2. Sexo	1. Masc <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> 2. Fem <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	
3. Estado civil	1. Soltero(a) <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> 2. Casado(a) <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> 3. Unión libre <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> 4. Divorciado(a) <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> 5. Viudo/a <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	
4. ¿Cuántos hijos tiene?	----- hijos	
5. ¿Cuál es su ingreso mensual?	----- pesos	
<b>VARIABLES DE TIPO LABORAL</b>		
6. ¿Cuál es su profesión?	1. Enfermera <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> 2. Médico <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	
7. ¿Cuál es la categoría que tiene dentro de la institución?	_____	
8. ¿Cuánto tiempo tiene trabajando en la institución?	----- años ----- meses	
9. ¿Tiene alguna especialidad?	1. Si <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> 2. No <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> pase siguiente pregunta.	
10. ¿Cuál es su especialidad?	-----	

11. ¿Cuál es su área de trabajo o servicio asignado?	-----	
12. ¿Cuánto tiempo tiene asignado a este servicio	----- años ----- meses	
13. ¿Cuál es su turno laboral dentro de la institución?	1. Matutino <input type="checkbox"/> 2. Vespertino <input type="checkbox"/> 3. Nocturno <input type="checkbox"/> 4. Jornada acumulada <input type="checkbox"/>	
14. ¿Tiene más de un empleo?	1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	Termina cuestionario
15. ¿Podría mencionar el número de trabajos que desempeña?	----- trabajos	
16. ¿Realiza labores domésticas en su hogar?	1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>	

### Apéndice 3

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO  
FACULTAD DE MEDICINA  
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

Folio:

#### Maslach Burnout Inventory (MBI)

El presente cuestionario se realiza para evaluar la presencia del síndrome de Burnout en trabajadores de los Servicios de Salud de este hospital. Los resultados de ésta serán utilizados únicamente para efectos de investigación y se garantiza la confidencialidad de la información que nos proporcione. Le suplicamos un poco de su tiempo y colaboración para contestar este cuestionario.

Para cada pregunta anote el número que considere más adecuado, de acuerdo a la escala que se muestra a continuación:

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

- |   |                      |
|---|----------------------|
| 1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo                                  | <input type="text"/> |
| 2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo                              | <input type="text"/> |
| 3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar     | <input type="text"/> |
| 4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes                               | <input type="text"/> |
| 5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales           | <input type="text"/> |
| 6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo                              | <input type="text"/> |
| 7. Trato muy eficazmente los problemas de mis pacientes                             | <input type="text"/> |
| 8. Me siento agobiado por mi trabajo  | <input type="text"/> |
| 9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas         | <input type="text"/> |
| 10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión        | <input type="text"/> |
| 11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente            | <input type="text"/> |
| 12. Me siento muy activo  | <input type="text"/> |
| 13. Me siento frustrado en mi trabajo   | <input type="text"/> |
| 14. Creo que estoy trabajando demasiado   | <input type="text"/> |
| 15. Realmente no me preocupa lo que les suceda a mis pacientes                      | <input type="text"/> |
| 16. Trabajar directamente con personas me produce estrés                            | <input type="text"/> |
| 17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes                 | <input type="text"/> |
| 18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes                      | <input type="text"/> |
| 19. He conseguido muchas cosas útiles con mi profesión                              | <input type="text"/> |
| 20. Me siento acabado   | <input type="text"/> |
| 21. Siento que sé tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo. | <input type="text"/> |
| 22. Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas                  | <input type="text"/> |

## Apéndice 4

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO  
FACULTAD DE MEDICINA  
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

Folio :

### **Traducción y Adaptación del Instrumento de Medida Koys & Decottis (1991)**

Para cada pregunta anote el número que considere más adecuado, de acuerdo a la escala que se muestra a continuación:

- 5 Totalmente de acuerdo
- 4 De acuerdo
- 3 No estoy seguro
- 2 En desacuerdo
- 1 Totalmente en desacuerdo

		Respuesta
<b>AUTONOMIA</b>		
1.	Tomo la mayor parte de las decisiones para que influyan en la forma en que desempeño mi trabajo	
2.	Yo decido el modo en que ejecutaré mi trabajo	
3.	Yo propongo mis propias actividades de trabajo.	
4.	Determino los estándares de ejecución de mi trabajo.	
5.	Organizo mi trabajo como mejor me parece.	
<b>COHESIÓN</b>		
6	Las personas que trabajan en mi empresa se ayudan los unos a los otros.	
7.	Las personas que trabajan en mi empresa se llevan bien entre si.	
8.	Las personas que trabajan en mi empresa tienen un interés personal el uno por el otro.	
9.	Existe espíritu de "trabajo en equipo" entre las personas que trabajan en mi empresa.	
10.	Siento que tengo muchas cosas en común con la gente que trabaja en mi unidad.	
<b>CONFIANZA</b>		
11.	Puedo confiar en que mi jefe no divulgue las cosas que le cuento en forma confidencial.	
12.	Mi jefe es una persona de principios definidos	
13.	Mi jefe es una persona con quien se puede hablar abiertamente.	
14.	Mi jefe cumple con los compromisos que adquiere conmigo.	
15.	No es probable que mi jefe me dé un mal consejo.	
<b>PRESIÓN</b>		
16.	Tengo mucho trabajo y poco tiempo para realizarlo.	
17.	Mi institución es un lugar relajado para trabajar.	
18.	En casa, a veces temo oír sonar el teléfono porque pudiera tratarse de alguien que llama sobre un problema en el trabajo.	
19.	Me siento como si nunca tuviese un día libre.	
20.	Muchas de los trabajadores de mi empresa en mi nivel, sufren de un alto estrés, debido a la exigencia de trabajo.	
<b>APOYO</b>		
21.	Puedo contar con la ayuda de mi jefe cuando la necesito	
22.	A mi jefe la interesa que me desarrolle profesionalmente.	
23.	Mi jefe me respalda 100%	
24.	Es fácil hablar con mi jefe sobre problemas relacionados con el trabajo.	
25.	Mi jefe me respalda y deja que yo aprenda de mis propios errores.	

<b>RECONOCIMIENTO</b>		
26.	Puedo contar con una felicitación cuando realizo bien mi trabajo.	
27.	La única vez que se habla sobre mi rendimiento es cuando he cometido un error.	
28.	Mi jefe conoce mis puntos fuertes y me los hace notar.	
29.	Mi jefe es rápido para reconocer una buena ejecución.	
30.	Mi jefe me utiliza como ejemplo de lo que se debe hacer.	
<b>JUSTICIA</b>		
31.	Puedo contar con un trato justo por parte de mi jefe.	
32.	Los objetivos que fija mi jefe para mi trabajo son razonables.	
33.	Es poco probable que mi jefe me halague sin motivos.	
34.	Mi jefe no tiene favoritos	
35.	Si mi jefe despide a alguien es porque probablemente esa persona se lo merece.	
<b>INNOVACIÓN</b>		
36.	Mi jefe me anima a desarrollar mis propias ideas.	
37.	A mi jefe le agrada que yo intente hacer mi trabajo de distinta formas	
38.	Mi jefe me anima a mejorar sus formas de hacer las cosas.	
39.	Mi jefe me anima a encontrar nuevas formas de enfrentar antiguos problemas.	
40.	Mi jefe "valora" nuevas formas de hacer las cosas.	

Fuente:Chiang-Vega MM y cols. Clima Organizacional y satisfacción laboral en organizaciones del sector estatal (Instituciones públicas) Desarrollo, adaptación y validación de instrumentos. Revista Universum, 2008.