

**RELACIÓN DEL BURNOUT CON LOS OBSTÁCULOS Y FACILITADORES
EN UN GRUPO DE TRABAJADORES DE LA CLÍNICA DE LA COSTA DE LA
CIUDAD DE BARRANQUILLA**

MUÑOZ; P. A.

Tutora: PS. CARMEN CABALLERO

**UNIVERSIDAD SIMON BOLÍVAR
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
BARRANQUILLA**

2008

Nota de Aceptación

Jurado

Jurado

Tutora

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	8
2. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	11
3. JUSTIFICACIÓN	15
4. OBJETIVOS	18
4.1 Objetivo General	18
4.2 Objetivos Específicos	18
5. HIPOTESIS	19
6. MARCO TEORICO	20
6.1 Antecedentes Históricos	20
6.2 Delimitación Del Concepto Del Síndrome De Burnout	22
6.3 Dimensiones Del Burnout	25
6.3.1 Agotamiento Emocional	25
6.3.2 Despersonalización	25
6.3.3 Baja Realización Personal	25
6.4 Consecuencias Del Burnout	26
6.4.1 Consecuencias Físicas	27
6.4.2 Consecuencias Conductuales	27
6.4.3 Consecuencias Emocionales	27
6.5 Modelos Explicativos	27
6.6 Teoría Sociocognitiva Del Yo = Autoeficacia (Albert Bandura)	30
6.6.1 Burnout como "Crisis de autoeficacia"	35
6.7 El Origen Organizacional Del Burnout	35
6.8 Obstáculos Y Facilitadores Organizacionales	37
6.8.1 Variables Intrapersonales	37
6.8.2 Variables del contexto organizacional	40
6.8.3 Variables interpersonales o ambientales	42
7. DEFINICIÓN DE VARIABLES	45
7.1 Definición Conceptual	45
7.2. Definición Operacional	46

7.3 Control De Variables	50
7.3.1 En los sujetos	50
8. METODOLOGÍA	50
8.1. Paradigma	50
8.2. Tipo De Investigación	50
8.3. Diseño	51
8.4. Población	51
8.5. Procedimiento	51
8.6. Instrumento De Recolección De Información	52
9. DESCRIPCION DE RESULTADOS	57
9.1 Análisis Descriptivo De Los Datos Socioeducativos Y Laborales	57
9.2 Análisis Descriptivo De Las Variables De Estudio	60
9.2.1 Análisis De Frecuencia De Las Dimensiones Del Burnout	61
9.2.2 Análisis Descriptivos De Los Antecedentes Organizacionales	63
9.2.3 Análisis Descriptivo De Las Consecuencias Del Burnout.	64
9.3 Análisis De Frecuencia De Los Obstáculos Y Facilitadotes	66
9.4 Correlación De Las Variables De Estudio Y Confirmación De Las Hipótesis	74
9.4.1 Descripción de la relación entre las dimensiones del síndrome con las Variables Sociodemográficas y laborales.	74
9.4.2 Descripción de la relación de las dimensiones del Burnout con los antecedentes del síndrome	75
9.4.3 Descripción de la correlación entre las dimensiones del síndrome con antecedentes y consecuentes	76
9.4.4 Descripción de las dimensiones del síndrome con los obstáculos y facilitadores	77
10. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	79
11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	84
BIBLIOGRAFÍA	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Frecuencia Datos Socio-Educativos

Tabla 2. Frecuencia De Condición Laboral

Tabla 3. Frecuencia Condición Laboral

Tabla 4. Frecuencia De Los Niveles De Agotamiento

Tabla 5. Frecuencia De Los Niveles De Despersonalización

Tabla 6. Frecuencia De Los Niveles De Realización Personal

Tabla 7. Frecuencia De Los Niveles De Organización

Tabla 8. Frecuencia De Los Niveles De Tedio

Tabla 9. Frecuencia De Consecuencias Físicas

Tabla 10. Frecuencias Consecuencias Sociales

Tabla 11. Análisis De Frecuencia De Las Consecuencias Psicológicas

Tabla 12. Frecuencia Del Nivel De Comunicación: Inadecuada Comunicación con El Personal Administrativo Y De Servicios

Tabla 13. Frecuencia Del Nivel De Recompensa: Pocos Incentivos Laborales, Ascensos, Reconocimiento Por Buen Desempeño

Tabla 14. Frecuencia Del Nivel De Condiciones De Acceso: Transporte Inadecuado

Tabla 15. Frecuencia Del Nivel De Condiciones De Accesos: Vivir Distante A La Institución Municipios, Barrios Distantes, Etc

Tabla 16. Frecuencia Del Nivel De Sobrecarga Laboral: Problemas Con Los Horarios

Tabla 17. Frecuencia Del Nivel De Capacitación: Poca Oportunidad Para Capacitarse

Tabla 18. Frecuencia Del Nivel De Capacitación: Poca Comprensión De Las Enfermedades Que Padecen Los Pacientes

Tabla 19. Frecuencia Del Nivel De Capacitación: Inadecuado Manejo De Los Recursos Tecnológicos, Bases De Datos, Internet, Etc

Tabla 20. Frecuencia Del Nivel De Condiciones Locativas: Aglomeración Por Espacio En Las Dependencias

Tabla 21. Frecuencia De Los Niveles De Estresores Económicos: Falta De Recursos Económicos Propios

Tabla 22. Frecuencia Del Nivel De Exigencias Del Trabajo: Demasiadas Tareas para poder hacerlas todas bien

Tabla 23. Frecuencia Del Nivel De Exigencias Del Trabajo: Funciones Que Requieren Mucha Concentración, Atención Y Memoria

Tabla 24. Frecuencia Del Nivel De Comunicación Con El Jefe: Falta De Información Acerca De Qué Tareas Hacer, Cómo. Para Qué Hacerlas

Tabla 25. Frecuencia Del Nivel De Comunicación Con El Jefe: Relación Distante Y De Poca Comunicación Con Los Jefes

Tabla 26. Frecuencia Del Nivel De Apoyo Familia: Poco Apoyo De La Familia

Tabla 27. Correlaciones De Las Variables Del Síndrome De Burnout Con Datos Sociodemográficos

Tabla 28. Correlaciones De Las Dimensiones Del Burnout Con Los Antecedentes Y Los Consecuentes

Tabla 29. Correlación De Las Dimensiones Del Síndrome Del Burnout Con Obstáculos Y Facilitadores

Tabla 30. Correlación De Las Dimensiones Del Síndrome Con Los Obstáculos Y Facilitadores

INTRODUCCIÓN

El individuo, en distintos ámbitos de su vida, se ve sometido a múltiples presiones que le generan estrés, llegando a formar parte de su vida cotidiana, afectando tanto a la salud y el bienestar personal, como a la satisfacción laboral y colectiva, presentándose como respuesta básica del organismo ante todas las situaciones que son percibidas como peligrosas y que provocan así una reacción de huida y un estado de desequilibrio corporal ante éstas.

Una de las fuentes más importante de las presiones generadas por el estrés, está relacionada con el desarrollo del trabajo. Así, en el contexto de la salud laboral surge un nuevo proceso: el síndrome de Burnout. Éste síntoma afecta más a aquellas profesiones que requieren un contacto directo con las personas, es decir, aquellos que necesitan altas dosis de entrega, por lo que son muchos los profesionales potencialmente afectados por el síndrome (enfermeros, médicos, trabajadores sociales, profesores, policías...) y además está muy extendido dentro de cada uno de ellos.

Estudios realizados por Román, J. (2003), relacionados con el estrés en los profesionales de la salud han revelado como sus consecuencias se revierten en un desempeño profesional inadecuado en relación con las personas que reciben sus cuidados.

El estrés laboral según definición de Karasek, (1981) es: “una variable dependiente del efecto conjunto de las demandas del trabajo y los factores moderadores de las mismas, particularmente la percepción de control o grado de libertad de decisión del trabajador”. (Citado por Guil, R; Guillén, C. y Mestre, J.2000)

Los diversos estresores que padecen los trabajadores incluyen ejecución de tareas de forma repetitiva, ambiguas y conflictivas, malas relaciones con los jefes, supervisores y compañeros, expectativas no satisfechas, sentimientos experimentados en cuanto a la competencia personal, autonomía, identidad profesional, entre otros, ya sean estresores

de fuentes externas o internas. Sin embargo, es difícil determinar si es la ocupación la que causa los problemas o si quienes eligen una determinada profesión son de antemano más vulnerables a padecerlos, en cualquier caso, no cabe duda de que existen factores estresantes en relación con el trabajo, factores específicos tales como peligrosidad, sobrecarga laboral, u, otros relacionados con aspectos organizativos como roles ambiguos, promoción en el trabajo, seguridad, flexibilidad y participación en las decisiones y por último, factores que dependen de las relaciones con el resto del personal.

En consecuencia a lo anteriormente planteado, se propone como objetivo principal de ésta investigación analizar la relación del Burnout con los obstáculos y facilitadores en un grupo de trabajadores de la Clínica De La Costa de la ciudad de Barranquilla, teniendo en cuenta la Teoría Social Cognitiva desarrollada por Albert Bandura (1983) la cual hace referencia a que el comportamiento de cualquier individuo depende del ambiente así como de los factores personales (motivación, atención, retención y producción motora).

Además tiene en cuenta los conceptos de obstáculos y facilitadores organizacionales de acuerdo con Tesluk y Matthieu (1999), los primeros son “los factores del ambiente de trabajo que tienen la capacidad para restringir el desempeño, haciendo que las personas ejerzan un esfuerzo adicional (físico o psicológico) para superarlos asociándose a ciertos costes físicos o psicológicos” y los segundos, “son aspectos que han contribuido a la resolución de los obstáculos. Son las acciones y las estrategias dirigidas a mitigar los problemas ocasionados por los obstáculos que pueden interferir en la actuación”.

Así mismo, se utilizó como estrategia metodológica el paradigma empírico-analítico planteado por Reales, A. (2002) como una herramienta que toma en cuenta la observación para encontrar en cada caso, elementos sustantivos que puedan servir como indicadores de los componentes de una problemática y que a la vez abre camino en la experiencia para poder analizar; tomando como referencia a la población conformada

por un grupo de trabajadores de la Clínica De La Costa de la ciudad de Barranquilla, a la cual se le aplicó el instrumento “El Cuestionario Breve de Burnout (C.B.B.)” diseñado por el profesor Bernardo Moreno, el cual según Bustos, Matallana y Miralles (1997), permite evaluar el síndrome de desgaste profesional o Burnout, a través de las diferentes fases del proceso, sin centrarse exclusivamente en la posible estructura del síndrome, sino incluyendo elementos, antecedentes y consecuentes de éste y que finalmente nos permitió lograr con los objetivos propuestos en ésta investigación.(citado por Gálvez, M; Garrosa, E; González, J. y Moreno, B. 2005)

2. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Una de las preocupaciones actuales en el campo del bienestar y la salud en el trabajo es la referida al estrés en los ambientes laborales. Alameda(2006) nos dice que la enfermería, medicina, radiología y áreas afines, son profesiones que presentan altos niveles de estrés laboral, siendo varios los factores que contribuyen a éste padecimiento y en la génesis del síndrome de quemarse por el trabajo: “Burnout”, Estos factores, según Pedreño, (2005), son: el contacto directo con el sufrimiento, el dolor y la muerte, ser proveedora de cuidados a personas enfermas, conflictos, cambios frecuentes en la profesión, escasa autonomía en la toma de decisiones, indefinición de tareas, alta motivación y esfuerzo a la hora de elegir la profesión de enfermería con el posterior bajo nivel de satisfacción laboral, o por el contrario, falta de vocación, turno rotatorio, el trato con personas en situación crítica, que es emocionalmente exigente, presencia de patologías cada vez menos reversibles, carencia de recursos suficientes y soporte social adecuado, escasez de personal que con lleva sobrecarga, posible actitud disfuncional de excesiva necesidad de aprobación, valoración social de la profesión percibida como insuficiente, merma en las retribuciones y estímulos de distintos tipos, la amenaza de sufrir juicios por mala praxis, necesidad de resolver dilemas éticos u otros. Así, se puede considerar la profesión en el área de la salud como una de las ocupaciones más estresantes, debido a que constantemente está expuesta al dolor, desfiguración, tristeza, desesperanza y pérdida de control, cuando se enfrenta con las experiencias habituales de su trabajo.

Por otra parte, las características de la profesión, tales como tener que desempeñar roles conflictivos y ambiguos, tener que tratar con pacientes sin solución, con familiares que se niegan a aceptar la enfermedad del paciente (de manera especial en el caso de enfermedades crónicas o terminales) o establecer lazos afectivo-emocionales con los pacientes y la tensión que de todo ello se deriva, hacen de estos profesionales un colectivo propenso al desarrollo del Síndrome de Burnout. Además de estos factores podemos añadir los cambios debido a las nuevas tecnologías y el uso de programas informáticos aplicados a los cuidados, que sin duda han contribuido al avance de la

práctica profesional, pero también han supuesto estrés en los profesionales enfermeros. (Gil-Monte, s.f.).

Brown y Mitchell (1993), nos dicen que el estudio de los procesos organizacionales ha evolucionado en los últimos años debido fundamentalmente al impacto de las nuevas tecnologías, el aumento de la competitividad o el auge del sector servicios. En este marco ha surgido un interés creciente en el estudio de los obstáculos y facilitadores en el contexto del trabajo, entendiéndose como factores de naturaleza tangible que pueden tener influencia directa en el desempeño y la salud laboral del empleado.

Tesluk y Matthieu (1999) definen los obstáculos organizacionales como “los factores del ambiente de trabajo que tienen la capacidad para restringir el desempeño, haciendo que las personas ejerzan un esfuerzo adicional (físico o psicológico) para superarlos asociándose a ciertos costes físicos o psicológicos”. De hecho, también llaman a estos factores “barreras de actuación”. Estos pueden ser de naturaleza más técnica y otros de naturaleza más social. Los primeros se refieren al sistema y organización del trabajo, tecnología y condiciones físicas, los segundos se refieren a compañeros grupos de trabajo y formación.

Por el contrario, los facilitadores “son aspectos organizacionales que han contribuido a la resolución de los obstáculos. Son las acciones y las estrategias dirigidas a mitigar los problemas ocasionados por los obstáculos que pueden interferir en la actuación”. Puede considerarse facilitadores tanto el esfuerzo para la eliminación de estos obstáculos, como las conductas de supervisión y las políticas de recursos humanos. Además, al igual que los obstáculos pueden ser de naturaleza técnica o bien de naturaleza más social. Así mismo, han puesto de manifiesto que “los obstáculos organizacionales inciden negativamente sobre el bienestar psicológico, mientras que los facilitadores organizacionales ejercen el efecto contrario, es decir, mejoran el bienestar psicológico.” (Citado por Agut, S; Burriel, R; Grau, R. y Salanova, M.2001)

Se han realizado investigaciones para evaluar las condiciones que influían en el estado de salud física y emocional de los trabajadores en el área de la salud y el estudio demostró que con el tiempo las mujeres con actividades que demandan una alta carga laboral, presentan una disminución importante de sus niveles de salud emocional y física y un deterioro de sus habilidades (Torres, C.2001).

Por consiguiente, el estudio del Burnout ha ido creciendo en complejidad a medida que ha profundizado en la identificación y evaluación de sus posibles causas, determinantes y procesos adyacentes. Es así como las recientes investigaciones parten de una perspectiva integradora donde no solo se considera las variables relacionadas con la organización, sino que también los investigadores se preguntan por qué responden las personas de manera diferente al estrés y cuál es el tipo de interacción que se establece entre las variables organizacionales y personales. Sin embargo, éstas investigaciones no han sido suficientes y desde hace poco tiempo se han estudiado verdaderamente las graves consecuencias, tanto en lo que afecta la salud mental de los enfermeros como a los pacientes por el trato recibido por éstos y la problemática social que acarrea para la institución.

Pese al número creciente de estudios sobre Burnout, obstáculos y facilitadores organizacionales, apenas existen trabajos que estudien si los obstáculos y facilitadores organizacionales inciden en el nivel de Burnout que experimentan los trabajadores que se encuentran en contacto directo con los clientes. De ahí, que Agut y otros (2001), realizaron una investigación de obstáculos y facilitadores relacionándolos con la incidencia del Burnout en trabajadores de contacto con clientes, donde su objetivo era validar una escala de obstáculos y facilitadores realizada previamente mediante la utilización de incidentes críticos y averiguar como repercuten dichos obstáculos y facilitadores en las tres dimensiones del Síndrome de Burnout. Datos que fueron recogidos de una muestra formada por 85 trabajadores de contacto directo con clientes. En cuanto a la primera parte del objetivo, los resultados muestran tres tipos de obstáculos sociales y se relaciona con problemas con los compañeros y deficiencias en la formación que proporciona el establecimiento. El segundo factor hace referencia a

problemas puntuales por averías de los equipos y a una organización inadecuada del sistema de trabajo, lo que produce sobrecarga, por lo que ha sido denominado obstáculos técnicos. El último factor ha sido denominado obstáculos físicos, porque se relaciona con las condiciones físicas del trabajo, como pueden ser la temperatura, el ruido, una postura inadecuada o la falta de espacio.

Por otro lado, aparecieron dos tipos de facilitadores organizacionales. El primero son los técnicos, que hacen referencia a la autonomía en el trabajo y un diseño tecnológico sencillo y útil. El segundo son los facilitadores de formación y se refieren a los aspectos de calidad de formación continua.

De esta forma, se puede determinar que el estrés laboral crónico o Burnout es un tema controvertido y muy estudiado en los profesionales de enfermería, dada su vulnerabilidad al padecimiento del problema. De hecho, los enormes costos personales y económicos que supone tanto para los individuos como para las organizaciones sanitarias, ha contribuido a que el tema sea de mucho interés y esté continuamente en auge su investigación.

Es por ello que la pregunta problema de esta investigación es: ¿Cuál Es La Relación Del Burnout Con Los Obstáculos Y Facilitadores En Un Grupo De Trabajadores de La Clínica de la Costa de la Ciudad de Barranquilla?

3. JUSTIFICACIÓN

Son cada vez más las profesiones que se desarrollan en el contacto humano, con un público que impone demandas, tareas y habilidades específicas, aunque también malestares. Tal es el caso de las profesiones que se hayan vinculadas a los servicios médicos, los cuales están expuestos (as) a estrés de origen asistencial, pues trabajar con personas a las que hay que atender, cuidar, orientar, ayudar o sencillamente acompañar requiere de mucho esfuerzo y dedicación. Es aquí, como la falta de confianza en el personal se guía por un proceso de influencias negativas generando tanto malestar psicológico como conductas poco exitosas; que conllevan a mayores creencias de incompetencia y desconfianza en uno mismo, generando así una especie de círculo de espiral negativo.

Estos procesos de agencia humana se enmarcan en la teoría social cognitiva desarrollada por Albert Bandura (1997), la cual nos servirá de base en nuestra investigación, teniendo en cuenta el concepto de la autoeficacia, definido como la convicción de que uno puede actuar adecuadamente en una situación.(citado por Bresó, E; Salanova, M y Schaufeli, 2003),

Por esto, el Burnout según Maslach y Jackson (1981) se define como “un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas”. El agotamiento se refiere a la disminución y pérdida de recursos emocionales; la despersonalización consiste en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y de cinismo hacia los receptores de servicio prestado y por último la falta de realización personal, se refiere a la persona que tiene la tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa, convivencia de insatisfacción profesional y baja autoestima personal. (Citado por Mingote, J. 2002. pp.331, 332)

Burke y Richardsen (s.f.) han realizado estudios sobre el estrés en los profesionales de la salud los cuales han revelado que sus consecuencias se revierten en

un desempeño profesional inadecuado en relación con las personas que se benefician de sus servicios y para la organización donde se desempeña. (Citado por Román, J.2003). Por otra parte, existen ciertos obstáculos que restringen el desempeño adecuado de los profesionales. Tal es el caso de las características negativas del ambiente que según Gil Monte (2002) son: la sobrecarga laboral por la escasez de personal, lo que implica también trabajar horas extras y postergarse poniendo en primer lugar las necesidades de los otros, el contacto directo con la enfermedad, el dolor y la muerte, dificultades con los compañeros, falta de reconocimiento profesional, falta de autonomía y autoridad para poder tomar decisiones. Todo esto, sin duda trae como consecuencia el deterioro de la calidad de los servicios que ofrece la organización donde estos profesionales laboran, llevando así un alto índice de absentismo en estos.

Por el contrario, existen también eventos facilitadores que ayudan a contrarrestar los obstáculos que se presentan en el ambiente laboral como lo es el soporte social reflejado en las recompensas de diversos tipos a los enfermeros (as) por los esfuerzos comprometidos en el trabajo. De igual manera, Chacón, M. y Grau, J. (1997) dicen que la salud de los enfermos (as) es un factor indispensable para mantener el equilibrio en su actividad, condición a través de la cual las acciones, actitudes, comportamientos y obligaciones pueden desarrollarse sin tensiones que debiliten o interfieran en los cuidados específicos de enfermería. Así mismo, el entrenamiento de habilidades sociales y comunicativas, el amor y sacrificio son considerados como factores que ayudan a que el individuo controle y aprenda a vivir con el estrés, de tal manera que no trascienda en consecuencias dañinas para la salud, ya que éste es una parte indispensable de la vida.

Es así, como ésta investigación mostrará la importancia del estudio de éste Síndrome para relacionarlo con los obstáculos y facilitadores, del grupo que laboran en la Institución objeto de estudio, con el fin de que estos tengan conocimiento de las variables personales, organizacionales y ambientales que afectan el desempeño adecuado de sus labores, y que pueden desencadenar el Síndrome de Burnout.

A su vez, este tema es de gran importancia para el Programa de Psicología, puesto que ayuda a ofrecer nuevos conocimientos que conlleven al desarrollo de nuevas teorías y estrategias brindando así un valioso aporte al mejoramiento de la salud mental.

Para la Universidad Simón Bolívar, es fundamental puesto que en la actualidad son muy pocas las investigaciones que a nivel nacional han venido desarrollándose, acerca de éste tema y que trazan nuevos caminos de investigación para beneficio y reconocimiento de dicha Institución.

Como Psicóloga en formación es de gran importancia puesto que permitió la adquisición nuevos conocimientos de los factores que influyen en el malestar psicológico de los individuos y que de una u otra forma pueden afectar las relaciones interpersonales.

Es importante, considerar que el grupo de trabajadores que hacen parte de la población a evaluar de La Clínica De La Costa de la Ciudad de Barranquilla se verá favorecido ya que contará con el estudio de un fenómeno trascendental poco conocido a ciencia cierta por muchos y escasamente valorado como factor desencadenante de desequilibrio perturbador de la salud mental, de forma que la población estudiada se verá beneficiada en el manejo y asimilación del Burnout, y entraran en lo posible a modificar las circunstancias que las puedan provocar.

Por lo tanto, éste trabajo se considera de suma importancia para la sociedad puesto que esta es la directa afectada por el Síndrome de Burnout.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Analizar la relación del Burnout con los obstáculos y facilitadores en un grupo de trabajadores de La Clínica De La Costa de la Ciudad de Barranquilla.

4.2 Objetivos Específicos

Identificar las características del burnout, antecedentes y consecuentes del síndrome en un grupo de trabajadores de La Clínica de La Costa de la ciudad de Barranquilla.

Identificar los obstáculos y facilitadores del contexto en un grupo de trabajadores de La Clínica de La Costa de la ciudad de Barranquilla.

Describir la relación del agotamiento, despersonalización y baja realización personal con los variables sociodemográficas y laborales en un grupo de trabajadores de La Clínica De La Costa de la Ciudad de Barranquilla.

Describir la relación del agotamiento, despersonalización y baja realización personal con los antecedentes y consecuentes del síndrome en un grupo de trabajadores de La Clínica De La Costa en la ciudad de Barranquilla.

Establecer la relación entre agotamiento, despersonalización y baja realización personal con los obstáculos y facilitadores en un grupo de trabajadores de La Clínica De La Costa de la Ciudad de Barranquilla.

5. HIPOTESIS

HIPÓTESIS No. 1: Niveles altos de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, se asocian negativamente con variables sociodemográficas como la edad y las variables laborales.

HIPOTESIS No. 2: Niveles altos de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, se asocian positivamente con los antecedentes del síndrome de Burnout.

HIPOTESIS No. 3: Niveles bajos de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, se asocian positivamente con los consecuentes del síndrome de Burnout.

HIPOTESIS No. 4: Niveles altos de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, se asocian positivamente con obstáculos organizacionales y negativamente con los facilitadores organizacionales.

6. MARCO TEORICO

6.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Con el término Burnout, que según Perel, N (2001) significa: quemarse, agotarse, fatigarse, cansarse, se intenta describir una situación, en la que, en contra de las expectativas de la persona, ésta no logra obtener los resultados esperados por más que se esfuerce en conseguirlos, afectando así, tanto el funcionamiento a nivel personal como a nivel social, acompañado por sentimientos de frustración, ira e indiferencia y sensación de ineficacia y fracaso laboral.

A finales de la década de los años 70, aparecieron en Norteamérica diversos trabajos que según Guil, R; Guillén, C. y Mestre, J. (2000) describían el fenómeno Burnout como característico de las profesiones de ayuda y de aquellas actividades que ameritan un contacto directo con otras personas. Desde entonces el interés por éste síndrome ha aumentado vertiginosamente.

En un principio, la atención se centró en las víctimas individuales, es decir, las personas que ejercían estas profesiones principalmente psiquiatras, psicoterapeutas, profesores, trabajadores sociales y personal de enfermería. Pero, pronto se consideró, que cuando las víctimas eran miembros de organizaciones, las consecuencias podrían ser extremadamente graves para la empresa, pues sus conductas inciden directamente en el funcionamiento de la organización. Por ejemplo, el deterioro de la salud física y psíquica de los trabajadores da lugar a un aumento de los índices de absentismo, rotación y retrasos, y por tanto a un descenso de la calidad de los servicios que se realizan.

El término Burnout, fue utilizado por primera vez por Freudenberger (1974), para referirse a los problemas de los servicios sociales. Pero fue Maslach, C (1977) quien lo difundió en el congreso anual de la Asociación Psicológica Americana, para definir una situación cada vez mas frecuente entre los trabajadores de los servicios humanos y es el hecho de que, después de meses o años de dedicación, estos trabajadores acaban quemándose (citado por Guil y otros.2000. p.276).

Luego se celebró en Philadelphia la primera conferencia nacional sobre el Burnout. Allí, Guil y otros (1981) señalan que la importancia de éste síndrome se debe a tres factores fundamentales:

- a) La relevancia: cada vez mayor, que los servicios humanos han ido adquiriendo como agentes del bienestar individual y colectivo.
- b) La mayor exigencia: que los usuarios hacen de los servicios sociales, educativos y sanitarios.
- c) El conocimiento de los efectos perjudiciales del estrés, tanto en las personas como en los ambientes.

Todo esto, dentro de la política actual de promoción de la salud (que intenta abarcar los componentes bio-psico-sociales de la conducta), ha favorecido que su investigación haya avanzado tan rápidamente en los últimos años.

Dumeynieu, I. y Lipko, E. (2004) investigaron que en Europa, éste fenómeno es descrito como el “síndrome de Tomás” donde lo definen como una adaptación a la pérdida progresiva del idealismo, objetivos y energía en las personas que prestan ayuda humana debido a la difícil realidad de su ocupación. Guil y otros (2000) consideran también que el síndrome de desgaste profesional es una pérdida progresiva de idealismo, de objetivos y de energía entre quienes tienen como trabajo el servicio directo a personas, secundario a dificultades laborales. Existen numerosas definiciones del Burnout, pero la más consolidada es la de Maslach, C (1982) quien considera el síndrome de Burnout como una combinación de las siguientes circunstancias:

- a) Agotamiento emocional: sensación de no poder dar más de sí.
- b) Despersonalización: actitud impersonal y negativa hacia los usuarios, y
- c) Falta de realización personal. (citado por Guil y otros. 2000. p.277)

Así, ésta definición se considera como un proceso continuo, donde el síndrome va sucediendo de manera secuencial por etapas o fases, cada una de ellas con

características diferenciadas y en el que existen una serie de síntomas asociados, que son:

- a. Síntomas físicos: fatiga crónica, cefaleas, insomnio, trastornos gastrointestinales, pérdida de peso, dolores musculares, etc.
- b. Síntomas conductuales: absentismo laboral, abuso de drogas, conductas videntes, comportamiento de alto riesgo, entre otros, y
- c. Síntomas cognitivos o afectivos: distanciamiento afectivo, irritabilidad, recelos, incapacidad para concentrarse, baja autoestima, pesimismo, indecisión, inatención, etc.

También, determinan que en el ambiente laboral aparecen unos signos de desgaste profesional que son:

- a. Falta de energía y entusiasmo
- b. Descenso del interés por los usuarios
- c. Percepción de estos como frustrantes, crónicos y desmotivados, y
- d. Alto absentismo y deseos de dejar el trabajo por otra ocupación

6.2 DELIMITACIÓN DEL CONCEPTO DEL SÍNDROME DE BURNOUT.

Silverstein (1982) dice que a pesar de las muchas investigaciones y de la gran importancia del concepto, esto afecta a gran número de profesionales, porque existen serias dudas acerca de la validez del constructo. Por esto, según Lief y Foz (1963) al revisar la literatura sobre el tema, encontramos una serie de conceptos claves asociados al síndrome, tales como “preocupación distanciada”, la cual se refiere a la unión de la compasión con una distancia emocional salvaguardadora. Y, Zimbardo (1970), asocia este concepto como la “autodefensa deshumanizadora”, que se basa en el proceso de defenderse a sí mismo del excesivo peso emocional de entender como propios los problemas ajenos y que lleva a responder a otras personas más como objetos que como personas. (Citado por Aragonese, A; Coral, O. y Moreno, B.1991)

Por otra parte, Freudenberg (1974) describe el Burnout como un tipo de estrés que se desarrolla en el ámbito laboral e institucional de las personas cuyo cargo es trabajar de forma directa y constante con otras personas, lo que significa su impacto en los casos de profesionales que atienden a sujetos con dolencias físicas y psicológicas (médicos, enfermeros, profesores, psicólogos, etc.) y en situaciones que se dedican a tal labor (hospitales, residencias de ancianos, centros de atención primaria, etc.) caracterizado por componentes cognitivos y emocionales, así como un cambio en determinados comportamientos desarrollados en la interacción con las personas a las que se ha de cuidar. (Citado por García y otros 2004)

Pero para Maslach, C (1981) son las inadecuadas demandas emocionales auto y hetero impuestas, imposible de satisfacer las que producen la vivencia de malestar subjetivo y de aislamiento social. Es por esto, que esta autora explica el Burnout como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas, especificando que el agotamiento se refiere a la disminución y pérdida de recursos emocionales; la despersonalización al desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y de cinismo hacia los receptores de servicios prestados y por último la baja realización personal, la cual se refiere a cuando la persona tiene la tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa, convivencia de insatisfacción personal y baja autoestima personal (citado por Mingote, J. 2000. p.322).

Mas adelante encontramos a autores como Pines, Aronson y Kafry (1981) quienes conceptualizan al Burnout, desde una perspectiva psicosocial, como una respuesta multidimensional al estrés laboral crónico que conlleva la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, con sentimiento de no poder dar más de si mismo a nivel emocional, sentimientos de sobre extenuación, actitudes y conductas negativas hacia los otros (pacientes / usuarios) y un sentimiento de disminución de la realización personal y profesional (citado por Gálvez, M; Garrosa, E; González, J y Moreno, B.2005)

Luego, Pines y Cols (1981) describen el Burnout como un estado de decaimiento físico, emocional y mental; caracterizado por un cansancio, sentimiento de desamparo, desesperanza, vacío emocional, y por el desarrollo de una serie de actitudes negativas hacia el trabajo, la vida y la gente. Así, el componente de cansancio físico es caracterizado por este autor como una mayor susceptibilidad a la enfermedad, dolores de espalda, accidentes, postración y frecuentes enfermedades virales así como una combinación de cansancio y trastornos del sueño. Acompañado a estos problemas físicos están los síntomas propios del cansancio emocional; estos se refieren a sentimientos de depresión que en casos extremos puede llegar a la enfermedad mental y a pensamiento de suicidio. Finalmente, el cansancio psíquico se manifiesta por el desarrollo de actitudes negativas sobre si mismo, el trabajo y la vida en general; incluyendo una baja de autoestima y sentimientos de inferioridad, ineficacia e incompetencia. (Citado por Aragonese y otros.1991)

Desarrollos posteriores como el de Leiter (1989) nos dice que el fenómeno se inicia por el cansancio emocional, al cual las personas reaccionarían aislándose mediante la despersonalización ejercida a los clientes; los trabajadores perderían así su compromiso con el trabajo y aumentaría su agotamiento redundando todo esto en una bajada de la realización personal y llegando como resultado al síndrome de Burnout. (Citado por Aragonese y otros.1991)

Según estas definiciones el síndrome de Burnout, es la consecuencia de fracasos adaptativos individual por desgaste y agotamiento de los recursos psicológicos para el afrontamiento de las demandas del rol ocupacional en relación directa con personas. A su vez, vemos que se produce un desbalance prolongado, habitualmente no reconocido y mal resuelto entre unas demandas laborales excesivas, para unos limitados recursos de afrontamiento disponibles. Estas limitaciones pueden derivarse de la insuficiencia de personal, de que esté mal organizado, de otros factores organizacionales y de actitudes individuales disfuncionales con un inadecuado cumplimiento del rol profesional.

6.3 Dimensiones Del Burnout

6.3.1 Agotamiento Emocional.

Según Maslach, C (1976) esta dimensión hace referencia a una progresiva pérdida de energía en el desempeño de las funciones, un desgaste prolongado y persistente, fatiga física y psíquica que determinan una pérdida de energía que puede traspasar los límites del desempeño profesional. Este cansancio emocional sería considerado el eje central del síndrome y podría ser conceptualizado como la pérdida continuada del capital emocional que el profesional invierte en su trabajo. (Citado por García y otros, 2004). En otras palabras, implica estar emocionalmente exhausto, es la pérdida de una energía para trabajar, es cuando la persona insume demasiada energía para enfrentar un nuevo día u otra persona necesitada. Es sentirse agotado, cansado y que no tienen fuentes de recarga, de impulsos o estímulos.

6.3.2 Despersonalización.

Maslach (1976) explica ésta dimensión haciendo referencia a la aparición de ciertas actitudes y sentimientos de carácter negativo hacia los pacientes con los que se trabaja, de modo que el profesional tendería a endurecerse llegando a fomentar pensamientos tales como: “los pacientes tienen lo que se merece”, lo que se traduce en comportamientos despectivos, un lenguaje deshumanizado y una respuesta insensible hacia ellos. (Citado por García y otros.2004). En sí, la despersonalización implica una discriminación del estrés y preocupación por los pacientes, que se produce como consecuencia de la recarga emocional. Esta situación, conduce al distanciamiento, evitando el contacto y produciéndose una conducta excesivamente distante e insensible, que incluye a veces la pérdida de idealismo. Es al principio una forma de autodefensa pero que funciona después como un escollo para el compromiso con la tarea. El riesgo es que este distanciamiento se transforma en deshumanización y se trate al paciente como a un objeto.

6.3.3 Baja realización personal Ésta última dimensión Maslach (1976) lo explica como la reducción de sensación de logro personal, que se traduce en una tendencia a autoevaluarse negativamente, desarrollando sentimientos de inutilidad e incompetencia y descontento general consigo mismo y con la labor realizada.(citado por García y otros 2004). Con ésta dimensión se produce una declinación en el sentimiento de éxito y productividad en la tarea que conduce a la disminución del sentimiento de logros personales, en relación a su desempeño como profesional. Éste creciente sentido de inadecuación cercana de las propias habilidades puede conducir a un veredicto de “fracaso” auto impuesto y a disminuir el sentimiento de la eficacia conllevando hacia la depresión y hacia la incapacidad de hacerse cargo de las demandas del trabajo exacerbándose con las pérdidas de soporte social y de oportunidades para desarrollarse profesionalmente

6.4 Consecuencias del Burnout

El estrés laboral y el síndrome de Burnout, tienen consecuencias negativas tanto para el individuo como para la organización. Con respecto al individuo, tienen consecuencias negativas sobre su salud, provocando enfermedades y psicopatologías.

Así, se presentan los trastornos asociados al estrés con los sistemas que presentan disfunciones: sistema gastrointestinal, sistema urogenital, entre otros. Igualmente, se incluyen una gran variedad de trastornos psicopatológicos (trastornos afectivos, trastorno por ansiedad, etc.) posiblemente asociadas al estrés laboral. Por otra parte, el grupo de enfermedades cardiovasculares puedan representar el subgrupo más importante, ya que no hace más que incidir en la significativa y relevante relación existente entre el estrés y salud.

García y otros (2004); nos dice que las consecuencias del Burnout se pueden expresar en varios grupos:

6.4.1 Consecuencias Físicas: Estos suelen ser los primeros en aparecer e incluyen alteraciones cardiovasculares (como la hipertensión o la enfermedad coronaria), fatiga crónica, cefaleas, alteraciones gastrointestinales (como la úlcera duodenal o el colón irritable) migrañas, asma, insomnio, disfunciones sexuales, dismenorrea, micciones frecuentes, alteración del ritmo menstrual, sensaciones de hormigueo en brazos y piernas, tensión muscular (a menudo dolor en la nuca, o en la parte baja de la espalda), migraña, erupciones cutáneas, sensación de tener un bulto en la garganta, diplopía y dificultad para enfocar los ojos.

6.4.2 Consecuencias Conductuales: Wolfberg, (2002), dice que estos son comportamientos inadecuados relacionados con el trabajo y con la organización, con manifestaciones como alteraciones alimentarias (exceso de comida o pérdida del apetito), abuso de drogas, fármacos y alcohol, absentismo laboral, conducción temeraria, ludopatía, tabaquismo, indecisión y descontento injustificado, demora en recuperarse de accidentes y enfermedades, tendencia a sufrir accidentes y descuidos en la conducción de vehículos, trabajo ineficaz, chapucero, y uso de recursos para evitarlo, cambios en la forma de dormir, dificultad para quedarse dormido y cansancio al despertar, disminución de la calidad y la cantidad de trabajo, etc.

6.4.3 Consecuencias Emocionales: Wolfberg, (2000), nos dice que entre estas consecuencias se encuentran la ansiedad, depresión, irritabilidad, baja autoestima, desmotivación, dificultades de concentración, distanciamiento emocional, frustración, cambios de humor excesivos y rápidos, preocupación excesiva por cosas que no valen la pena, incapacidad de sentir compasión por otras personas, interés excesivo por la salud física, introvertirse y soñar despierto, sensación de cansancio, etc.

6.5 Modelos Explicativos

Se ha intentado dar cabida al constructo de Burnout dentro de marcos teóricos más amplios que pudieran dar cuenta de su etiología. Gil-Monte y Peiró (1997) identifican cuatro modelos: la teoría socio cognitiva del yo, las teorías del intercambio

social, las teorías de las organizaciones y el modelo estructural e integrador del Burnout, la primera basada en las propuestas de Bandura (1983) hace referencia a la influencia recíproca entre las cogniciones de los sujetos y sus acciones, así como el observado en los demás, y las consecuencias afectivas que las capacidades auto percibidas mostraron en el desempeño real de la tarea laboral; Las teorías del intercambio social de Hobfoll y Fredey (1993) sitúan la etiología del Burnout en las percepciones de mínimas ganancias resultantes de grandes inversiones en sus relaciones de ayuda: cuando de manera continuada los profesionales valoran que reciben menos de lo que aportan, mediante su esfuerzo, empezarán a desarrollar sentimientos de estrés; la teoría organizacional se centra en la relevancia de los en un grupo de trabajadores de La Clínica De La Costa de la Ciudad de Barranquilla estresores del contexto de la organización y de los recursos para hacer frente a las vivencias y experiencias de desgaste.(citado por García y otros, 2000).

Gil-Monte, P. y Peiró, J. (1999), dicen que estos modelos agrupan una serie de variables consideradas como antecedentes y consecuentes del síndrome, y discuten a través de que procesos los individuos llegan a sentirse quemados, de tal manera que buscan explicar la etiología del síndrome de Burnout. El primer modelo citado anteriormente es el desarrollado bajo el marco de la teoría socio cognitiva del yo el cual Bandura (1986), aplica a la explicación de conductas y procesos psicológicos específicos como son la agresión, la depresión, la personalidad y la auto eficacia. (Citado por Salanova, M. 2005).

Ahora bien, esta última ha tenido un gran impacto en el mundo académico y profesional, ya que se considera un estado psicológico en el que la persona se juzga a sí misma capaz de ejecutar una conducta eficazmente en unas determinadas circunstancias y a un determinado nivel de dificultad.

En Colombia son pocos los estudios que se han desarrollado sobre el síndrome del burnout, siendo la mayoría investigaciones muy recientes, en Barranquilla por ejemplo, Tuesca y Col. (2006); desarrollaron una investigación similar en enfermeras

del área metropolitana de ésta ciudad, encontrándose en cuanto al agotamiento, puntuaciones adecuadas con valores por encima del 80%. De igual manera se pueden citar entre otros los estudios de Stefano Vinaccia Alpi y Liliana Alvarán Flórez (2004), el cual consistía en un estudio exploratorio del Síndrome de Burnout en un grupo de auxiliares de enfermería en Medellín, donde se obtuvo que para la dimensión de agotamiento emocional sus niveles indican que las auxiliares de enfermería se sienten moderadamente desgastadas al finalizar su jornadas laborales.

En el estudio de Rafael Tuesca-Molina, María Iguarán Urdaneta, y Col. (2006); sobre Burnout en enfermeras del área metropolitana de Barranquilla, se obtuvieron resultados moderadas lo cual permite deducir que no existe una alteración o tendencia a la presencia de Burnout en esta población. Mientras que en el estudio de exploración de Burnout en auxiliares de enfermería en la ciudad de Medellín, existían bajos niveles de despersonalización, lo que significa que las auxiliares sienten que en su trabajo no se han vuelto insensibles con los usuarios y sí les importa su bienestar.

En comparación con otras investigaciones, la Despersonalización en la investigación de Bernaldo De Quirós-Aragón y Labrador, el personal profesional evaluado presentan una puntuación alta en despersonalización, mientras que el personal de enfermería y los celadores presentan una puntuación media siendo la conclusión que del personal médico eran los profesionales quienes mostraban un mayor nivel de despersonalización. La investigación anteriormente mencionada sobre Burnout en médicos que atienden UCIN explica que se halló un porcentaje en despersonalización de 48% ubicándose igualmente dentro de valores moderados luego se hacen evidentes algunas actitudes que se reducen a mecanismos de que adoptan ante la imposibilidad de aceptar un posible fracaso en la atención de un neonato en cuidados intensivos, por lo que en ocasiones tienden a escudarse en un tratamiento frío del paciente y de los familiares del mismo.

Investigaciones afines en Barranquilla y Medellín demuestran que en cuanto a la realización personal, las puntuaciones en cada una de las subescalas reflejan una alta

realización personal para el personal evaluado por Rafael Tuesca-Molina, María Iguarán Urdaneta, y Col. (2006); mientras que las auxiliares de enfermería evaluadas en la ciudad de Medellín, se alcanzó una media de 13,01 (DE= 2,12), lo que significa que existen altos niveles de realización personal, entendida en el sentido de que el personal considera que con su trabajo consiguen aportar algo valioso a los demás.

6.6 Teoría Sociocognitiva Del Yo = Autoeficacia (Albert Bandura)

Según éste autor, los individuos poseen unas capacidades humanas fundamentales donde simbolizan mediante el aprendizaje observacional, el modelo y la imitación; aprenden de los demás; planifican estrategias, alternativas y regulan su propia conducta. Aquí, Bandura (1997) postula (Citado por prieto, L.2000). que las creencias de autoeficacia determinan la conducta a través de mecanismos muy variados. La obra de éste autor constituye el pilar fundamental en el estudio de las expectativas de autoeficacia y es a partir de éste nuevo enfoque cuando se desarrollan la mayor parte de los trabajos orientados a una comprensión mas ajustada del constructo. Es así, como a partir de ésta teoría nace el concepto de autoeficacia, entendiendo como tal “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento”. Así, las creencias acerca de la propia eficacia juegan un importante rol-mediacional, actuando a manera de filtro entre los logros anteriores o habilidades y la conducta posterior.

Desde entonces se han realizado una multitud de investigaciones científicas, así como aplicaciones concretas de la autoeficacia en diversos ámbitos del comportamiento humano, como por ejemplo:

* Aplicación a la salud: Se ha aplicado al aumento de las conductas saludables: situaciones de tratamiento de fobias, ansiedad y depresión, prevención del sida, tratamiento del tabaquismo, la prevención de enfermedades contagiosas, embarazos no deseados, dietas de salud, prevención y eliminación de la drogodependencia, a la mejora física y las dietas alimentarias especialmente en ancianos.

* Aplicación a la educación: al tratamiento de niños con problemas de desempeño escolar, en el tema de la elección de carrera, y la auto eficacia en profesores de diferentes niveles educativos.

* Aplicación al mundo del trabajo y las organizaciones: auto eficacia profesional, la motivación por metas, toma de decisiones gerenciales, la eficacia colectiva en grupos de trabajo, la auto eficacia hacia las nuevas tecnologías, etc.

* Aplicaciones al deporte y la actividad física: siendo un ámbito de actuación en donde se ha abierto nuevas estrategias a los psicólogos(as) en base a las hipótesis sobre auto eficacia colectiva o grupal.

La autoeficacia según Bandura (1997) se considera de vital importancia en el control de elementos del entorno. De esta manera, en condiciones o situaciones estresantes. Si las personas creen que pueden manejar con eficacia los posibles estresores ambientales, estos no tendrán efectos adversos para el mismo. Pero si creen que no los pueden controlar, estos sucesos les angustian e incapacitan su nivel de funcionamiento. Pero la auto eficacia no se construye de la nada, sino basándose en los juicios sobre las propias capacidades. (Citado por Cifre, E; Grau, R; Llorens, S; Martínez, I y Salanova, M. 2005)

De acuerdo con Bandura, las creencias que las personas tienen acerca de sus capacidades pueden ser un mejor predictor de la conducta posterior que su nivel de habilidad real. Pajares (1997) dice que las creencias de autoeficacia se forman a partir de la información aportada por cuatro fuentes:

* Logros de ejecución: Según Bandura (1987) estas constituyen la mayor fuente de información sobre la eficacia personal, ya que se basan en experiencias de dominio real. El éxito aumenta las evaluaciones positivas de eficacia, mientras que los fracasos repetidos las disminuyen, especialmente si se producen al principio de la actividad no

reflejando por lo tanto la falta de esfuerzo o la existencia de circunstancias externas adversas.

* Experiencia vicaria: Viendo o imaginando a otras personas similares actuar con éxito es posible que aumente la auto percepción de eficacia del observador llegando a creer que el mismo posee también las capacidades suficientes para dominar actividades similares. Éste se persuade a sí mismo que si los demás pueden hacerlo él ha de conseguir, como mínimo, mejorar su rendimiento. Por la misma regla, observar como fracasan a pesar de sus demandas o esfuerzos aquellos que se perciben semejantes en cuanto a competencias hace disminuir la opinión del observador sobre sus capacidades y reduce igualmente sus esfuerzos.

* Persuasión verbal: Bandura (1997), dice la persuasión verbal se refiere a personas que ya poseen un nivel elevado de autoeficacia y necesitan solamente de un poco más de confianza para realizar un esfuerzo extra y logra el éxito.

* Estado fisiológico: Los múltiples indicadores de activación autonómica, así como los dolores y la fatiga pueden ser interpretados por el individuo como signos de su propia ineptitud, en general las personas tienden a interpretar los estados elevados de ansiedad como signos de vulnerabilidad y por ende como indicadores de un bajo rendimiento. (Citado por Olaz, 1997).

Además, Bandura (1997) sugiere que el concepto de pensamiento auto referente es crucial para la comprensión de las teorías más contemporáneas de la conducta humana, teorías que otorgan significado a los conceptos de autoestima, auto concepto, atribuciones de éxito y fracasos, expectativas, lugar de control, etc. No obstante, y a pesar de la percepción de similitud existente entre los constructos anteriores, es posible vislumbrar algunos matices que pueden traducirse en diversidad de conductas. (Citado por Prieto, L. 2000)

Conocer y valorar los aspectos diferenciales de cada uno de los aspectos mencionados es importante tanto desde la vertiente teórica como desde aquella relacionada con la medida del constructo. Según Pajares (1997) “explicar las diferencias entre la autoeficacia percibida y otros tipos de expectativas puede ayudarnos a demostrar la diferencia práctica o empírica existente entre los distintos conceptos”. En definitiva, una aproximación a la comprensión teórica de algunos de estos constructos que comparten campo semántico, supone un avance en la explicación de la motivación y de la conducta humana. Es por esto, que se explicarán estos conceptos:

* Autoconcepto: Bandura (1997) concibe el autoconcepto como una visión global del self que cada persona va configurando como consecuencia de sus experiencias personales y de la auto percepción de competencia que desarrollan a partir de las comparaciones con el desempeño de otros y de la retroalimentación que reciben por parte de otras personas. En general, el autoconcepto incluye sentimientos de valoración personal asociados a determinadas conductas mientras que la auto eficacia constituye un juicio acerca de la propia capacidad de emprender las acciones necesarias para alcanzar los objetivos pretendidos. Además, aunque los juicios sobre el autoconcepto pueden estar referidos a un ámbito determinado, no afectan a una tarea específica personal. Dada esta especificidad característica de las creencias de autoeficacia, es preciso analizar cuidadosamente la relación entre la confianza que manifiestan las personas en su propia capacidad y el modo en que se sienten globalmente respecto a si mismas. En este sentido, una persona que tiene bajas expectativas de eficacia personal en un área específica, no necesariamente goza de un autoconcepto pobre, especialmente, sino confiere valor alguno a dicha actividad. En definitiva, se confiere mayor poder predictivo de la conducta humana a las expectativas de autoeficacia, las cuales varían en los distintos dominios de actividad, según el nivel de dificultad y bajo diversas circunstancias.

* Autoestima: Bandura (1997) manifiesta que los juicios personales acerca de la propia capacidad no tienen por qué estar de ningún modo relacionadas con que una persona se guste o no se guste, dado que es posible sentirse poco eficaz en una actividad

determinada sin que ello suponga cierto deterioro de la propia estima. Tampoco basta con gozar de una autoestima elevada para asegurar el éxito de las realizaciones personales. En este sentido, una persona puede tener un buen nivel de autoestima por el simple hecho de que se plantea metas fáciles de alcanzar o alimenta su propia estima a partir de otras fuentes distintas de sus propias acciones, mientras que otros individuos pueden tener cierta sensación de fracasos porque los objetivos personales que establecen constituyen retos desafiantes. En general, las expectativas de autoeficacia juegan un papel fundamental a la hora de predecir las metas que se fijan las personas y las acciones que desarrollan para alcanzar con éxito, mientras que la autoestima no tiene por que afectar ni a los objetivos personales ni a las conductas que se llevan a cabo.

* Expectativas de Auto eficacia y de resultado: Bandura (1986) otorga un importante papel a ambos tipos de expectativas en la motivación y en la predicción del comportamiento humano. Sugiere que los juicios de eficacia personal para realizar una acción difieren de aquellos otros acerca de las consecuencias más probables de dicha acción. En cierto, modo las expectativas de autoeficacia determinan las expectativas de resultado: las personas que se sienten capaces de desarrollar una tarea determinada suelen también anticipar buenos resultados. Por lo tanto, es posible sugerir que los resultados que esperan las personas dependen, en gran medida, de sus creencias de eficacia personal. En general, existe cierta coherencia entre los dos tipos de expectativas, si bien es posible encontrar personas que gozan de un elevado sentimiento de autoeficacia al tiempo que manifiestan expectativas de resultado negativas. En los últimos años, Bandura (1997) ha señalado la exigencia de distintos tipos de expectativas de resultado en función de las condiciones en las que estas se ven determinadas por las expectativas de autoeficacia y por las relaciones que se establecen entre ambas.

* Lugar de control: La creencia común acerca de que nivel de generalidad es la única variable capaz de diferenciar los conceptos de autoeficacia y lugar de control es, según Bandura, una concepción errónea. Mientras que la autoeficacia equivale a una creencia acerca de que una persona posee o no la capacidad suficiente para llevar a cabo determinadas conductas, el lugar de control refleja la creencia acerca de que

determinadas acciones influyen en los resultados, ya sea atribución, las consecuencias de la conducta a factores externos o internos. (Citado por Prieto, L.2000)

Cabe anotar que, cuando Bandura (1977) confirma la tesis de la autoeficacia, es porque se da cuenta que el mecanismo que gobierna nuestra conducta reside en la mente humana capaz de conocer y discernir, ya que el hombre, se mueve primariamente porque se considera capaz de ejecutar una determinada conducta a un determinado nivel, luego podrá en ejecución esa capacidad dependiendo de las expectativas o gratificaciones que tenga. Pero entre estas expectativas y gratificaciones ninguna más importante que la propia satisfacción de haber hecho aquello que no se había propuesto. (Citado por Garrido, E.2000)

6.6.1 Burnout como “Crisis de autoeficacia”: La investigación realizada por Leiter, Maslach y Schaufeli (2000) citado por Bresó y otros, (2003) sobre el síndrome de estar “quemado” en el trabajo (Burnout) con sus tres clásicas dimensiones de agotamiento, despersonalización/cinismo y falta de logro personal/eficacia; ha puesto de manifiesto que éste síndrome se ha extendido a todo tipo de profesionales, y ha demostrado que la dimensión del agotamiento y el cinismo se han considerado según Grren, Walkey y Taylor (1991, citado por Bresó y otros, 2003) el “corazón del Burnout” y el tercer componente del Burnout, eficacia profesional.

Por otro lado, se ha criticado como siendo más una variable de la personalidad. Por ejemplo Liter (1992, citado por Bresó y otros, 2003) muestran que la eficacia profesional es independientemente del agotamiento y del cinismo. Es más, algunas teorías y modelos sobre el desarrollo del Burnout, señalan que éste se desarrolla a partir de la “crisis de autoeficacia”, es decir los sentimientos de ineficacia o autoeficacia negativa, que son provocados por fuentes tales como las experiencias de fracaso o falta de dominio que conllevan al desarrollo del Burnout. (Citado por Bresó y otros, 2003)

6.7 El origen organizacional del Burnout

Desde los primeros momentos de la formulación del Burnout, se asoció su aparición a las condiciones de trabajo, principalmente a los factores organizacionales. Igualmente los modelos iniciales del Burnout propuestos por Cherniss, (1980) insistían en los aspectos organizacionales como el origen mas determinante del Burnout. Es así, como Maslach (1978) dice que el cliente puede ser un factor de tensión y desgaste profesional por diferentes causas: tipos de problemas de cliente (gravedad, probabilidad de cambio), relevancia personal de los problemas (implicación emocional) normas reguladoras de la relación cliente-profesional (implícitas y explícitas), conducta del cliente (pasiva o activa). (Citado por Garrosa y otros, 2001)

Además, la retroalimentación procedente de los clientes y sus entornos familiares, las quejas e incluso acusaciones procedentes de los mismos pueden actuar como un factor de desgaste personal y profesional.

Existen otros autores como Leiter (1991) que ha encontrado que diferentes medidas relativas a la cantidad de trabajo están vinculadas a la aparición del Burnout y Burke y Richardsen (1996) quienes consideran que las puntuaciones del Burnout son siempre altas en los contextos laborales caracterizados por la sobrecarga de trabajo.

Por otra parte uno de los modelos más importantes es el estudio del estrés laboral, es el proporcionado por la escuela de Michigan, (1986) que propone el estrés como un proceso interactivo entre el entorno y el trabajador y que proviene principalmente de las siguientes fuentes:

1. La percepción de un desequilibrio entre las demandas del entorno y los recursos para atenderlos.

2. El entorno podría no proporcionar suficientes oportunidades para satisfacer las propias necesidades.

El tipo de estresores preferentemente estudiados por la escuela de Michigan han sido los vinculados a las funciones o expectativas laborales, el estrés del rol desempeñado, especialmente la ambigüedad y el conflicto de rol.

Estudios efectuados por Friesen, Sarros y Schwab y Cols (1986) han revelado que la presencia de altos niveles de conflicto se asocian al cansancio emocional y al desarrollo de conductas de despersonalización y en general, de actitudes negativas hacia los clientes, aunque no en una disminución de la realización personal.

Desde ésta perspectiva global, no sería tanto la existencia de rol, la falta de desarrollo profesional, la insuficiencia de medios y otros aspectos particulares y específicos los que generarían el Burnout como síndrome, sino el conjunto de todos ellos. El Burnout se origina cuando se observa que las estructuras reales, organizativas y de otro tipo condenan al fracaso la dedicación y el empeño profesional y no se vislumbran alternativas de cambio; es entonces cuando aparece el desmoronamiento motivacional y la pérdida del contexto cognitivo justificado que mantiene al profesional en el ejercicio vivo y activo de su profesión. (Citado por Garrosa y otros, 2001)

6.8 Obstáculos y facilitadores organizacionales

Las variables predictoras que anteceden a la ocurrencia del Burnout y que ayudan a comprender mejor el origen del mismo son denominadas obstáculos y facilitadores organizacionales. El listado es amplio y nos permite entender que las variables a analizar se han enfocado desde varias perspectivas: variables más relacionadas con aspectos puramente personales del individuo, con características propias del contexto laboral, o con aspectos relacionados con circunstancias externas al trabajo, lo que permite realizar el planteamiento de esta investigación, relacionándolo directamente con los obstáculos y

facilitadores del síndrome de Burnout, ya sean de naturaleza técnica o más bien social. (Citado por Garcés, E. 2004)

6.8.1 Variables Intrapersonales Son variables propias del individuo y hacen referencia a aspectos de su personalidad, sus sentimientos y pensamientos, sus emociones, sus actividades, etc.

* Locus de control externo: Cuanto menos control de la situación cree tener el individuo mayores posibilidades habría de que apareciera el síndrome, sobre todo ante situaciones ambiguas, difíciles o novedosas, en la que la persona cree tener poca o ninguna posibilidad de controlar,

* Indefensión aprendida: Éste paradigma está relacionado con el nulo control de la persona sobre la situación o evento aversivo.

* Interés social: Interés activo en fomentar el bienestar humano. Si el interés humano decrece en la persona aumenta la probabilidad de padecer Burnout.

* Personalidad resistente: Éste patrón de personalidad se caracteriza por un sentido de compromiso hacia sí mismo y el trabajo, por una percepción de control del ambiente, así como una tendencia a acercarse a los cambios de la vida con una actitud de desafío antes que de amenaza, que suponen las tres dimensiones que configuran este tipo de personalidad. Así, estas personas previenen o reducen la incidencia del Burnout.

* Sexo: Plantean ésta variable no tanto porque por sí misma, determine la existencia o no del síndrome, como por el hecho de que a esta variable van ligadas una serie de características relacionadas con el trabajo, que le predisponen especialmente; así las mujeres según Maslach y Jackson (1986) presentan más conflictos de rol, sintomatología depresiva, conflictos familia-trabajo, entre otras por lo que serán más propensas a presentar el síndrome. (Citado por Garcés, E. 2004)

* La edad del sujeto y su experiencia en la profesión: la relación entre edad y antigüedad con relación al Burnout no está clara según Seltzer y Numerof (1988) hay estudios que señalan una relación lineal positiva entre experiencia laboral Burnout, mientras que otros como Whitehead (1987) encuentran una relación curvilínea que podría tener la peculiaridad de que los individuos con menos de dos años o con mas de diez años de antigüedad tienen bajos niveles de Burnout, tal vez porque en los primeros años no han tenido tiempo suficiente para quemarse y los segundos son aquellos que están bien adaptados. (Citado por Guil y otros. 2000)

* Demandas emocionales: Garden (1989) las plantea como antecedentes objetivo del Burnout. A mayores demandas mayor probabilidad de padecer el síndrome; normalmente estas exigencias estarían asociadas con peticiones laborales excesivas, sin embargo no siempre ocurre así. Aquí el aspecto fundamental es que el individuo perciba las demandas emocionales que el considera abrumadoras. (Citado por Garcés, E. 2004)

* Estrategias de afrontamiento inadecuado, lo que supone que el individuo está empleando una estrategia de afrontamiento que no son acertados para hacer frente a la situación, es decir, que no hace que aumente la posibilidad de padecer Burnout.

* Autoeficacia: la auto eficacia es entendida como la percepción que tiene el individuo de sentirse eficaz con las tareas que realiza, fundamentalmente con aquellos aspectos donde se requiere “comprobar” la vida personal del individuo. Según Leiter (1992) sí existe crisis de autoeficacia mayor probabilidad habrá de sufrir Burnout. (Citado por Garcés, E.2004)

* Patrón de personalidad Tipo A: Éste patrón caracteriza a los individuos con altos componentes de competitividad, esfuerzo por conseguir al éxito, agresividad, prisa, impaciencia, inquietud, hiper responsabilidad. Éste patrón de personalidad predispone claramente al Burnout.

* **Autoconcepto:** Es el concepto personal y general que la persona tiene de sí mismo; aquí incluiríamos el concepto que el individuo tendría acerca de su actuación profesional. Un auto concepto negativo de sí mismo predispone al Burnout, de ahí que para encontrar conductas no asociadas con Burnout el individuo tenga que presentar un auto concepto positivo.

* **Expectativas personales:** Se refiere a aquellas expectativas que el individuo tiene hacia cualquier evento vital. Conforme las expectativas de la persona no se cumplan aumentará el riesgo de padecer Burnout.

6.8.2 Variables del contexto organizacional: Son variables intrínsecas a la organización que pueden por sí mismo generar situaciones aversivas, o bien juegan un papel importante en la interacción continua trabajador-puesto de trabajo, entre estos tenemos:

* **Negativa dinámica del trabajo:** Fruto de interacciones mal conducidas con compañeros a supervisores, de planteamientos directivos desencadenantes poco claros, de un mal establecimiento de los roles a desempeñar.

* **Inadecuación profesional:** Ayuso y López (1993) indican como una de las posibles causas del Burnout ésta inadecuación por el hecho de tener que seguir trabajando en un puesto con el que objetivamente no está adecuado profesionalmente. (Citado por Garcés, 2004)

* **Exigencia del trabajo:** Estas sobrepasan las racionalmente aceptables, y suelen ir acompañadas de exceso de tareas que no son agradables. A más exigencias y responsabilidades en sus actuaciones habituales, mayor probabilidad de aparición del síndrome, sobre todo si van acompañadas de tiempo.

* **Realización en el trabajo:** Garden (1987) dice que a menor realización en el trabajo mayor es el grado de Burnout. La realización en el trabajo se entiende como

realización real, valorada mediante métodos objetivos y percepción del trabajador. (Citado por Garcés, E. 2004)

* Interacción trabajador – Cliente: Da lugar a fricciones y conflictos cotidianos, apareciendo así como una variable predictora del Burnout.

* Conflicto y Ambigüedad de Rol: Tiene relación con la incontrolabilidad de ese rol que el trabajador desempeña y con la necesidad de conocer mejor cuáles son sus funciones en el puesto de trabajo. El conflicto de rol se relaciona con el conflicto existente entre lo que el trabajador espera del desempeño de su puesto de trabajo y lo que los otros esperan que desempeñe. A mayor ambigüedad y conflicto de rol mayor probabilidad de padecer el síndrome de Burnout.

* Participación en la toma de decisiones: Guarda relación con la seguridad personal, responsabilidad y realización personal que permite al individuo tomar decisiones que van a tener repercusiones en el trabajo. A menor posibilidad de tomar decisiones, mayor probabilidad de padecer Burnout.

* Recompensas: La falta de recompensas tanto económicas como sociales, consecuentes a un trabajo bien realizado o a una trayectoria profesional relevante predicen la aparición del Burnout.

* Apoyo organizacional: Entendido como apoyo recibido por parte de los supervisores y compañeros, que cuando es menor hay mayor predicción del Burnout.

* Expectativas en el trabajo: Tienen que ver con que exista el éxito constatable que el individuo persigue. A menor probabilidad de cumplir las expectativas mayor predicción del Burnout.

* Relaciones con los compañeros: Cuando más aversivo es el clima laboral mayor probabilidad hay de padecer Burnout.

* Rigidez organizacional: Se da en organizaciones excesivamente normativas donde la toma de decisiones es muy restringida y por ende hay mayor predicción del Burnout.

* Estresores económicos: La inseguridad económica y la previsión negativa sobre el futuro del puesto de trabajo aumenta la vulnerabilidad al Burnout.

* Satisfacción laboral: Provocada por los diversos componentes del trabajo que influyen en el individuo que lo desempeña, cuando no se da aparece el síndrome de Burnout.

* Adicción al trabajo: Las personas que tienen absoluta dedicación al trabajo por encima de otras actividades familiares o personales son más propensas a padecer Burnout.

* Desafío en el trabajo: Circunstancias que se dan en los trabajadores dentro del contexto laboral, de tener que estar continuamente demostrando su capacidad para desarrollar adecuadamente el desempeño laboral. A mayor desafío mayor despersonalización y menor realización personal.

* Autonomía en el trabajo: Es la libertad de acción de que dispone el individuo para desarrollar adecuadamente su trabajo. A menor autonomía mayor Burnout, especialmente la dimensión de agotamiento emocional.

* Compromiso con el trabajo: Cuando un trabajador no está comprometido con su trabajo y la organización que lo representa existen más probabilidades de padecer Burnout.

6.8.3 Variables interpersonales o ambientales: Son variables no relacionadas con el contexto laboral y si con otros ámbitos que pueden originar fricciones importantes: familia, amigos, estilos de vida, etc.

* Apoyo social: Este factor está centrado fundamentalmente en el apoyo que la persona recibe de familiares y amigos, en relación a su desempeño laboral y las circunstancias que su trabajo le deparen. A menos apoyo social mas posibilidades de padecer el síndrome.

* Relaciones interpersonales: Son las relaciones mantenidas con familiares y amigos, fundamentalmente, que condicionan que el ambiente habitual de la persona sea agradable o no. Conforme aparecen ambientes mas aversivos aumenta la frecuencia de padecer Burnout, Sarros (1988a) indica que es especialmente en la dimensión despersonalización donde más se aprecia ésta variable. (Citado por Garcés, E.2004)

* Comunicación: Cuando los flujos comunicativos se deterioran más en el ambiente social del individuo, la aparición de Burnout aumenta. Sarros (1888b) cree que donde más incidencia tiene es en la dimensión reducida, realización personal. (Citado por Garcés, E.2004)

* Actitudes Familiares y Amigos: Está muy condicionada por las relaciones interpersonales pero, en éste caso, se refiere al sentido positivo o negativo de las actitudes que familiares y amigos tienen hacia la persona. Ante actitudes más adversas, más Burnout.

* Satisfacción Vital: Describe la sensación de felicidad y agrado que el individuo presenta con su estilo de vida y las interacciones que se producen como consecuencia de el. Según Lee y Asforth (1993) a menor satisfacción vital mas Burnout, mayor nivel de agotamiento emocional. (Citado por Garcés, E.2004)

* Exigencias Vitales: Las demandas intensas y los requerimientos de un compromiso completo en los diversos aspectos de la vida (matrimonio, familia, amistades, etc.) pueden derivar en Burnout.

* Problemas familiares: El hecho de que ocurran problemas familiares que estén distorsionando el funcionamiento normal de la dinámica del hogar, predispone a la persona a sufrir Burnout.

* Recursos de afrontamientos familiares: Cuando la familia facilita la puesta en marcha de diversos recursos para afrontar las situaciones que pueden dar lugar a Burnout, la persona presenta menor vulnerabilidad a su padecimiento.

* Cultura: Pines y Guendelman (1995) mantienen que el Burnout no afecta de la misma manera a individuos pertenecientes a una cultura u otro, debido fundamentalmente a que ésta marca no solo la forma de entender el desempeño laboral, sino también la manera de entender las relaciones sociales y los diferentes apoyos que la persona puede recibir. (Citado por Garcés, E.2004)

7. DEFINICIÓN DE VARIABLES

7.1 Definición Conceptual

El Burnout (Citado por Maslach y Jackson, 1997) es un síndrome tridimensional caracterizado por un agotamiento emocional (fatiga, desgaste y cansancio) despersonalización (actitudes cínicas y sentimientos negativos en torno a los pacientes) y reducida realización personal (tendencia a evaluarse negativamente, sobre todo en lo referente al trabajo realizado con los pacientes). (Citado por Alameda, 2006).

Los antecedentes del Burnout corresponden a los factores que posibilitan las condiciones para el desarrollo del Síndrome y se evalúa mediante las variables denominadas: Características de la Tarea, la cual está determinada por la importancia que tiene en la génesis del Burnout y el desarrollo de tareas no motivantes para el sujeto; La Organización, que hace referencia a los aspectos funcionales de la misma, y Tedio, que se centra en la monotonía y la repetición de las tareas laborales, (Bustos y otros, 1997 Citado en Gálvez y otros, 2005).

Los consecuentes del Burnout corresponden a los aspectos que surgen como respuesta inadecuada ante las demandas laborales a las que se someten los enfermeros (as), y que estos no pueden satisfacer de manera competente, ya que la forma como han sido vivenciadas cada una de las dimensiones conllevan al desarrollo de síntomas físicos, psicológicos y sociales, constituyéndose estos en variables evaluadas para medir con que frecuencia repercuten en la salud y por ende en el desempeño laboral de estos sujetos. (Mingote, J 2002).

Los obstáculos y facilitadores: los primeros son “los factores del ambiente de trabajo que tienen la capacidad para restringir el desempeño, haciendo que las personas ejerzan un esfuerzo adicional (físico o psicológico) para superarlos asociándose a ciertos costes físicos o psicológicos”. Los segundos por el contrario, “son aspectos organizacionales que han contribuido a la resolución de los obstáculos. Son las acciones y las estrategias dirigidas a mitigar los problemas ocasionados por los obstáculos que pueden interferir en la actuación”. (Citado en Agut, Burriel, Grau y Salanova, 2001).

7.2. Definición operacional

Las variables de estudio se operacionalizaron de la siguiente manera:

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	INDICES
SÍNDROME DE BURNOUT	Agotamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Desgaste • Pérdida progresiva de energía • Cansancio • Fatiga • Sobreesfuerzo • Hastío emocional 	<ul style="list-style-type: none"> • En general estoy más bien harto de mi trabajo • Cuando estoy en mi trabajo me siento de mal humor • Estoy quemado por mi trabajo.
	Despersonalización	<ul style="list-style-type: none"> • Actitud cínica. • Comportamientos negativos hacia los pacientes. • Conductas de rechazo hacia los pacientes. • Relación fría y distante con los pacientes. • Insensibilidad. • Falta de preocupación hacia los pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los usuarios de mi trabajo tienen frecuentemente exigencias excesivas y comportamientos irritantes. • Las personas a las que tengo que atender reconocen muy pocos los esfuerzos que se hacen por ellos. <p>Procuró despersonalizar las relaciones con los usuarios de mi trabajo.</p>
	Baja Realización personal	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos de incompetencia. • Actitud negativa .hacia sí mismo y el trabajo. • Pérdida de interés por el trabajo. • Irritabilidad. • Evaluar el propio trabajo en forma negativa. • Baja productividad. • Baja autoestima. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mi trabajo profesional me ofrece actualmente escasos retos personales. • Mi interés por el desarrollo profesional es actualmente muy escaso. • El trabajo que hago dista ser el que yo hubiese querido.

Relación del Burnout con los Obstáculos

ANTECEDENTES DEL SÍNDROME DE BURNOUT.	Características de la Tarea	<ul style="list-style-type: none"> Tareas no motivantes para el sujeto. 	<ul style="list-style-type: none"> Me siento identificado con mi trabajo. Dada la responsabilidad que tengo en mi trabajo, no conozco bien los resultados y el alcance del mismo. Me gusta el ambiente y el clima de mi trabajo.
	Organización	<ul style="list-style-type: none"> Aspectos funcionales de la organización. 	<ul style="list-style-type: none"> Mi supervisor me apoya en las decisiones que tomo. Los compañeros nos apoyamos en el trabajo. Las relaciones personales que establezco en el trabajo son gratificantes para mí.
	Tedio	<ul style="list-style-type: none"> Monotonía y la repetición de las tareas laborales. 	<ul style="list-style-type: none"> Mi trabajo actual carece de interés. Mi trabajo es repetitivo Mi trabajo me resulta muy aburrido.
CONSECUENTES DEL SÍNDROME DE BURNOUT	Consecuentes Físicos	<ul style="list-style-type: none"> Insomnio. Dolor de cabeza. Alteraciones Cardiovasculares. 	<ul style="list-style-type: none"> Considera usted que el trabajo repercute en su salud personal (Insomnio, dolor de cabeza, etc.)
	Consecuentes Sociales	<ul style="list-style-type: none"> Dificultades en las relaciones interpersonales. 	<ul style="list-style-type: none"> El trabajo está afectando relaciones personales y familiares.
	Consecuentes Psicológicos.	<ul style="list-style-type: none"> Problemas en el trabajo. 	<ul style="list-style-type: none"> Los problemas de mi trabajo hacen que mi rendimiento sea menor.

Relación del Burnout con los Obstáculos

<p>OBSTÁCULOS ORGANIZACIONALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad para restringir el desempeño. • Esfuerzo adicional (físico o psicológico). 	<ul style="list-style-type: none"> • Indefensión aprendida. • Patrón de personalidad Tipo A. • Negativa dinámica del trabajo. • Inadecuación profesional. • Exigencias del trabajo. • Conflicto y Ambigüedad del Rol. • Rigidez organizacional. • Estresores económicos. • Adicción al trabajo • Desafío en el trabajo • Exigencias Vitales. • Problemas familiares. • Demandas emocionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Inadecuada comunicación con el personal administrativo y de servicios. • Comunicación irritante e irrespetuosa de los familiares de los pacientes con los enfermeros. • Inadecuación del mobiliario (sillas poco ergonómicas, etc.). • Transporte inadecuado (aglomeración en horas pico en los autobuses). • Problemas con los horarios (cargas horarias, turnos rotatorios seguidos). • Poca oportunidad para capacitarse. • Aglomeración por espacio en las dependencias. • Excesiva competitividad entre compañeros. • Falta de recursos económicos propios. • Demasiadas tareas para poder hacerlas todas bien. • Funciones que requieren concentración, atención y memoria. • Falta de información acerca de qué tareas hacer, cómo, para qué hacerlas. • Vivir distante de la institución. • Poca apoyo de la familia. • Relación distante y de poca comunicación con los jefes. • Poca comprensión de las enfermedades que padecen los pacientes. • Inadecuado manejo de los recursos tecnológicos (bases de datos, Internet, etc.).
		<ul style="list-style-type: none"> • Locus de control externo • Interés social • Personalidad resistente • Sexo • Edad 	

<p>FACILITADORES ORGANIZACIONALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acciones y las estrategias para mitigar los problemas ocasionados por los obstáculos . 	<ul style="list-style-type: none"> • Auto eficacia • Auto concepto • Expectativas personales • Realización en el trabajo • Interacción Trabajador - Cliente • Participación en la toma de decisiones • Recompensas • Apoyo organizacional • Expectativas en el trabajo • Relaciones con los compañeros • Satisfacción laboral • Autonomía en el trabajo • Compromiso con el trabajo • Apoyo social • Relaciones interpersonales • Comunicación • Satisfacción Vital • Actitudes Familiares y Amigos • Recursos de afrontamiento familiares • Cultura 	<ul style="list-style-type: none"> • Infraestructura física adecuada • Posibilidades de ascensos y reconocimiento por el adecuado desempeño laboral.
--	--	--	--

7.3. Control de variables

7.3.1. En los Sujetos

¿Qué?	¿Cómo?	¿Por qué?
Institución	Que todos los sujetos de la muestra tenían vinculación fija con la Institución.	Al encontrarse vinculados en una sola institución se corroboraría el sentido de pertenencia de los sujetos participantes hacia la institución.
Jornada laboral	Que a todos los sujetos se les aplicaron los cuestionarios al inicio del turno.	Es condición de la investigación que la población de estudio se encontrara en condiciones adecuadas para responder a los instrumentos, por lo tanto al inicio de su jornada laboral no se encontraban bajo presiones psicosociales propias del ejercicio de su profesión.

7.3.2 En la investigadora

¿Qué?	¿Cómo?	¿Por qué?
Unidad de criterio	Brindando a las personas del estudio la misma información sobre el diligenciamiento de los cuestionarios y su objetivo.	De esta forma se evitaron sesgos, es decir, confusiones y así existió uniformidad en la información suministrada.

7.4 Variables no controladas

¿Qué?	¿Por qué?
Aplicación de los Instrumentos de forma colectiva.	Porque debido a que los sujetos se encuentran laborando en diferentes secciones de la institución, resulta conveniente para la aplicación del instrumento lograr realizarla en igualdad de horarios y con el máximo personal posible.
Edad Sexo Nivel de formación	Porque solo es interés del estudio Analizar la Relación del Síndrome de Burnout con los Obstáculos y Facilitadores Organizacionales de un grupo de trabajadores de La Clínica De La Costa en la Ciudad de Barranquilla, sin discriminar dichas variables.

8. METODOLOGÍA

8.1. Paradigma

Esta investigación fue diseñada, teniendo en cuenta los lineamientos del paradigma empírico–analítico que según Reales A (2002), toma como herramienta la observación para encontrar en cada caso, elementos sustantivos que puedan servir como indicador de los componentes de una problemática y a la vez abre camino en la experiencia para poder analizar. Así este enfoque permite analizar la relación del Burnout con los obstáculos y facilitadores en los enfermeros(as) que laboran en La Clínica De La Costa de la ciudad de Barranquilla. (P.p.36-37)

8.2. Tipo de Investigación

La investigación es de tipo correlacional – descriptivo, ya que según Batista, P., Fernández, C., y Hernández, R. (2002), en primera instancia tiene como propósito evaluar la relación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular; y para saber cómo se puede comportar un concepto o una variable de otras variables relacionadas y en segunda instancia, busca especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis, en el cual se pretende medir de manera independiente o conjunto sobre los conceptos o las variables a las que se refiere esta investigación.

De esta manera analizaremos la relación del Burnout con los obstáculos y facilitadores en los enfermeros(as) de La Clínica De La Costa de la ciudad de Barranquilla.

8.3. Diseño

El diseño que guió esta investigación es no experimental correlacional – descriptivo, ya que según Batista y otros (2002), tiene como objetivo indagar la incidencia y valores en que se manifiestan una o más variables, ya su vez nos permitirá describir y analizar relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado. Es decir, recolectar datos sobre los obstáculos y facilitadores del Burnout en los enfermeros(as) de La Clínica de la Costa de la ciudad de Barranquilla y analizar lo que arrojen estos datos para describir la relación existente entre estas dos variables (obstáculos y facilitadores) en un momento determinado.

8.4. Población

En este proyecto de investigación, la población está conformada por un grupo de 16 trabajadores que se encuentran actualmente laborando en La Clínica De La Costa en la ciudad de Barranquilla.

8.5. Procedimiento

El procedimiento en su inicio se centró en formular y delimitar el problema, esto se logró a partir de la revisión de fuentes primarias y secundarias, facilitando la comprensión de la evolución del síndrome, sus implicaciones en la salud y en el desempeño laboral. Esto permitió reconocer la pertinencia, la importancia, y viabilidad de llevar a cabo este estudio. Todo este proceso estuvo antecedido y acompañado de la revisión de la literatura y construcción del estado del arte, permitiendo conocer los antecedentes, el contexto conceptual y teórico que enmarca las variables de estudio. Como resultado de esta fase se construyó el marco teórico que permitió conceptualizar las variables.

Luego se pasó a la fase de recolección de los datos, en donde se determinó el impacto y comportamiento del instrumento, para esto se realizó una prueba piloto con 3

enfermeras, lo que permitió contextualizar las preguntas y mejorar la estructura de algunos reactivos.

En este estudio se trabajo con el total de los enfermeros que cumplían criterios como:

- Tener una vinculación laboral fija con la institución
- No trabajar en otra institución de salud.

El acercamiento a la muestra se realizó con previo autorización al director de la Clínica de La Costa el Dr. Gustavo Aroca Martínez por intermedio de la Dra. Ana Milena Malkún psicóloga de la institución, además se asignaron códigos a cada cuestionario diligenciado con el fin de mantener la confidencialidad de los resultados.

Para la selección de los sujetos se tomó la población total 16 empleados que cumplían los criterios de vinculación laboral fija y no trabajar en otra institución. Los instrumentos se aplicaron durante los meses de Diciembre de 2007 a Enero de 2008. La aplicación fue individual, bajo la responsabilidad del investigador, quien suministró las indicaciones y las aclaraciones necesarias a cada uno de los enfermeros.

En la fase de Tabulación y análisis, se elaboró una matriz, que fue sometida a una depuración de datos y se realizó el análisis de confiabilidad encontrándose con niveles bajos en las escalas de agotamiento, despersonalización y baja realización personal, por lo tanto se realizó el análisis de puntajes extremos y estereotipados. Posteriormente, los datos fueron sometidos al análisis estadístico, mediante el uso del programa estadístico SPSS en su versión 15 en donde inicialmente se establecerá el proceso teniendo en cuenta lo siguiente:

1. Se llevó acabo la distribución de las frecuencias, lo cual proporcionó datos estadísticos y representaciones gráficas que resultaron útiles para describir la distribución de las variables. Este procedimiento inicial de los datos, estableció los porcentajes, porcentajes acumulados, media, mediana, moda, suma, desviación

típica, varianza, amplitud, valores mínimo y máximo, error típico de la media, asimetría y curtosis (ambos con sus errores típicos), de las diferentes dimensiones de los constructos de burnout, engagement y satisfacción académica.

2. Posteriormente la distribución de frecuencias, se procedió a establecer el procedimiento de correlación bivariada que calcula el coeficiente de correlación de Spearman con sus niveles de significación con las variables ordinales.

8.6. Instrumento De Recolección De Información

Para la recolección de información se utilizó:

- a. Cuestionario Breve de Burnout (CBB). Para Moreno, B; Mantallana y Millares (1997), el cuestionario breve de Burnout está laborado con el propósito de poder evaluar el síndrome de desgaste profesional o Burnout a través de las diferentes fases del proceso, sin centrarse exclusivamente en la posible estructura del síndrome, sino incluyendo elementos, antecedentes y consecuentes del síndrome. (Citado por Gálvez y otros.2005).

El cuestionario breve de Burnout considera procesos de tipo cognitivo implicados en el Burnout, consistentes en la pérdida de expectativas y del contexto justificativo del propio trabajo, así como aspectos conductuales como la implicación laboral personal.

El cuestionario breve de Burnout está elaborado para la evaluación breve del proceso, atendiendo a los antecedentes, síndrome y consecuentes por lo que debe considerarse más como un instrumento orientado a evaluar los elementos del proceso, dirigido a obtener una visión global del mismo.

El cuestionario tiene un total 21 ítems integrados en 3 bloques teóricamente diferenciados: antecedentes del síndrome, elementos del Burnout y sus consecuencias:

ESTRUCTURA TEÓRICA DEL CBB

Estructura		Ítems
Antecedentes	<ul style="list-style-type: none"> • Caract. Tarea • Organización • Tedio 	<ul style="list-style-type: none"> • 2, 10,16 • 4, 8,9 • 6, 14,20
Agotamiento Emocional		1, 7,15
Despersonalización		3, 11,18
Realización Personal		5, 12,19
Consecuentes	<ul style="list-style-type: none"> • Físicos • Sociales • Psicológicos 	<ul style="list-style-type: none"> • 13 • 17 • 21

El primer bloque teórico del CBB está constituido por los posibles antecedentes del Burnout: características de la tarea, tedio y organización.

El factor característico de la tarea evalúa la importancia que tienen la génesis del Burnout el desarrollo de tareas no motivantes para el sujeto, un tema que ha sido recogido por diferentes modelos en el estudio de la satisfacción intrínseca en el trabajo por Herzberg y Cols, (1967) y de la implicación e identificación en el mismo. La variable tedio como antecedente del Burnout evalúa en qué medida la tarea es monótona y repetitiva y su inclusión en el CBB proviene directamente de los trabajos específicos desarrollados por Pines, Aronson y Kapry (1981, citado por Gálvez, y otros) acerca del Burnout como tedio. En el CBB se recogen de forma directa los aspectos relativos a la repetición y monotonía de la tarea. El factor antecedente de organización evalúa los aspectos funcionales de la organización y proviene básicamente del modelo desarrollado por Cherniss (1980, citado por Gálvez y otros) en el que se incide en las bases organizacionales del síndrome. En éste caso el CBB recoge más directamente los aspectos funcionales de la organización. (Citado por Gálvez y otros, 2005)

El segundo bloque integra los tres factores del síndrome recogidos en el modelo presentado por Maslach y Jackson (1981, citado por Gálvez y otros) en la elaboración de

los ítems relativos al síndrome se ha optado por asegurar la validez de medida del instrumento incluyendo diferentes aspectos del mismo constructo, lo que puede disminuir su consistencia psicométrica interna.

Finalmente, en el tercer bloque, la elaboración de los ítems relativos a las consecuencias del Burnout ha atendido a las consecuencias físicas, a las consecuencias sobre el clima familiar y al rendimiento laboral, aspectos todos ellos que han sido y recogidos en la literatura sobre el tema por Schaufeli y Buunk (1996). En todas las escalas el rango de respuestas es de 1 a 5. (Citado por Gálvez y otros, 2005).

b. Cuestionario de obstáculos y facilitadores. Los obstáculos organizacionales son los factores del ambiente de trabajo que tienen capacidad para restringir el desempeño, requieren que las personas ejerzan un esfuerzo adicional para superarlos, y se asocian a ciertos costes físicos o psicológicos. De hecho, Tesluk y Matthieu (1999) llama a estos factores 'barreras de actuación'. Además, se han identificado distintos tipos de obstáculos. Unos son de naturaleza más técnica y otros de naturaleza más social. (Castaño & Mitchell, 1993).

Los facilitadores son aspectos organizacionales que han contribuido a la resolución de los obstáculos. Son las acciones y las estrategias dirigidas a mitigar los problemas ocasionados por los obstáculos que pueden interferir en la actuación (Teskuk y Matthieu, 1999). Puede considerarse facilitadores tanto el esfuerzo para la eliminación de estos obstáculos, como las conductas de supervisión y las políticas de los recursos humanos. Además, al igual que los obstáculos, los facilitadores pueden ser de naturaleza técnica o bien de naturaleza más social (Schneider, White & Paul, 1998).

ESTRUCTURA CUESTIONARIO OBSTACULOS-FACILITADORES

VARIABLES	No. PREGUNTA	ITEM
Comunicación	1	Inadecuada comunicación con el personal administrativo y de servicios
Interacción Trabajo- Cliente	2	Comunicación irritante e irrespetuosa de los familiares de los pacientes con los enfermeros
Recompensa	3.	Posibilidades de ascensos y reconocimiento por el adecuado desempeño laboral
Ergonomía	4.	Inadecuación del mobiliario
Condiciones de accesos	5 14.	Transporte inadecuado Vivir distante de la institución
Sobrecarga laboral	6	Problemas con los horarios
Capacitación	7 17 18	Poca oportunidad para capacitarse Poca comprensión de las enfermedades que padecen los pacientes Inadecuado manejo de los recursos tecnológicos
Condiciones Locativas	8	Aglomeración por espacios en las dependencias
Relación con los compañeros	9	Excesiva competitividad entre compañeros
Estresores económicos	10	Falta de recursos económicos
Exigencias del trabajo	11 12	Demasiadas tareas para poder hacerlas todas bien Funciones que requieren mucha concentración, atención y memoria
Comunicación con el jefe	13 16	Falta de información acerca de qué tareas hacer, cómo, para qué hacerlas. Relación distante y de poca comunicación con los jefes
Apoyo familia	15	Poco apoyo de la familia

9. DESCRIPCION DE RESULTADOS

9.1 Análisis descriptivo de los datos socioeducativos y laborales: A continuación se describe los datos sociales, educativos y laborales de los sujetos que participaron en este estudio; en el análisis se tuvo en cuenta aspectos como edad, estudios realizados, tiempo laboral, años de servicio a la institución, entre otros. Lo cual permitió establecer las características de esta población que de una u otra forma determinaron los siguientes resultados obtenidos de la aplicación del instrumento, que a continuación se describen:

La población que participó en el estudio se caracterizó por un total de 16 personas, de las cuales un 81.3% tienen edades entre 20 - 30 años y el 18.8% restante son mayores de 30 años. En cuanto al género, el 50% corresponde al sexo masculino y femenino de manera respectiva. Por otra parte, el 87.5% están casados, mientras que un 12.6% son solteros. Al indagarse sobre el número de hijos, se obtuvo que un 68.8% no tienen hijos aún, y un 31.3% si tienen.

El nivel profesional se distribuye, el 93.8% de la población ha recibido una Formación profesional, por su parte, un 6.3% ha obtenido un Titulado superior.

Las secciones donde más frecuentemente labora la población se especifican de la siguiente forma, en la sección de Urgencias un 12.5%, en la sección de Radiología un 43.8%, en Consulta Externa un 31.3% y por último en la Unidad Renal un 12.5% de la población. De acuerdo con los cargos ocupados por la población participante se aprecia que un 12.5% ocupan cargos tanto de Médico interno como de Auxiliar de enfermería; un 25% se desempeñan como Radiólogos; un 18.8% laboran como Enfermera jefe; y cargos como Impresión Diagnóstica, Jefe Unidad Renal, Coord. Unidad Renal aparecen en menor proporción con un 6.3%. Ver Tabla 1.

Tabla 1. Frecuencia datos socio-educativos

VARIABLES	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Edad	Entre 20 y 30 años	13	81.3
	Más de 30 años	3	18.8
Género	Hombre	8	50.0
	Mujer	8	50.0
Estado civil	Casado	14	87.5
	Solteros	2	12.6
Nº de hijos	No tienen hijos	11	68.8
	Tienen hijos	5	31.3
Estudios Realizados	Médicos Internos	2	13
	Enfermera profesional	4	25
	Auxiliares de enfermería	3	19
	Técnicos en Radiología	7	44
	Médico interno	2	12.5
	Auxiliar de enfermería	2	12.5
	Radiólogo	4	25.0
	Enfermera jefe	3	18.8
	Técnico de resonancia magnética	2	12.5
	Impresión diagnóstica	1	6.3
	Jefe Unidad Renal	1	6.3
	Coord. Unidad renal	1	6.3

Análisis descriptivo de variables de laborales: Existen diferentes modalidades de vinculación laboral en el grupo de participantes, por lo que se encuentra que un 31.3% tienen contrato a término definido, por otro lado un 37.5% está indefinido en la Clínica, y un 31.3% maneja otro tipo de situación laboral. En cuanto al tiempo que lleva en el cargo, el 37.5% de la población se encuentra laborando un período de tiempo menor a un año en la Clínica, el 31.3% tienen un tiempo laboral que oscila entre un año y dos años; y tanto el personal que cuenta con un tiempo laboral Entre cinco y seis años como la población que tiene más de siete años se encuentran con un porcentaje de 12.5% respectivamente.

Con respecto al tiempo de experiencia laboral, se evidenció que el 18.8% tiene menos de un año, los que poseen entre un y dos años y para los que tienen más de siete

años de manera respectiva. Por otra parte, se observó un 12.5% de la población posee una experiencia laboral entre tres y cuatro años, mientras que el 31.3% cuenta con cinco y seis años de experiencia. Ver Tabla 2.

Tabla 2. Frecuencia de condición laboral

VARIABLES	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Vinculación laboral	Contrato a término definido	5	31.3
	Contrato a término Indefinido	6	37.5
	Otros	5	31.3
Tiempo que lleva en el cargo	Menos de un año	6	37.5
	Un años y dos años	5	31.3
	Tres y cuatro años	1	6.3
	Cinco y seis años	2	12.5
	Más de siete años	2	12.5
Tiempo de experiencia	Menos de un año	3	18.8
	Un años y dos años	3	18.8
	Tres y cuatro años	2	12.5
	Cinco y seis años	5	31.3
	Más de siete años	3	18.8

El 87% a población participante tenían turnos con jornadas laborales corrida y en menor porcentaje los que tienen turnos de jornada mañana y tarde, en el 6.3% para cada una de estas dos modalidades. Con respecto al número de horas semanales puede decirse que el 31.3% labora menos de 9 horas y de igual forma con el mismo porcentaje aparece la población que labora 48 horas. Por último el 37.5% labora más de 60 horas semanales.

Según el número de pacientes que fueron atendidos diariamente en la Clínica de La Costa por parte de esta población se encontró: El 12.5% atendió menos de 12 pacientes, el 18.8% atendieron entre 20 – 40 pacientes, el 31.3% atendió a 50 y por último el 37.5% atendió entre 150 y 200 pacientes diarios. Por lo tanto el 87.5% de la población participante interactúa más del 75% del tiempo de su jornada diaria con los usuarios.

Mientras que el 12.5% interactúa en el 50% del tiempo de su jornada diaria con los beneficiarios de su trabajo. Por últimos encontramos que el 31.3% de la población realizar labores de su trabajo en casa, mientras que el 68.8% no lleva a casa actividades de su labor. Ver Tabla 3.

Tabla 3. Frecuencia condición laboral

Variables	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Turnos	Mañana	1	6.3
	Tarde	1	6.3
	Corrido	14	87.5
Nº de horas semanales	Menos de 9 horas	5	31.3
	48 horas	5	31.3
	Más de 60 horas	6	37.5
Nº de pacientes atendidos	Menos de 12	2	12.5
	Entre 20 y 40 pacientes	3	18.8
	50 pacientes	5	31.3
	Entre 150 y 200 pacientes	6	37.5
Tiempo de interacción con los beneficiarios	Más del 75%	14	87.5
	El 50%	2	12.5
Realiza actividades en casa	Si	5	31.3
	No	11	68.8

9.2 Análisis descriptivo de las variables de estudio: El síndrome de Burnout asistencial se define como un tipo de estrés que se desarrolla en el ámbito laboral e institucional, en personas cuyo cargo es trabajar de forma directa y constante con otras personas, lo que significa su impacto en los profesionales que atienden a sujetos con dolencias físicas y psicológicas (médicos, enfermeros, profesores, psicólogos, etc.) y en situaciones que se dedican a tal labor (hospitales, residencias de ancianos, centros de atención primaria, etc.). El síndrome se caracteriza por componentes cognitivos y emocionales, así como un cambio en determinados comportamientos desarrollados en la interacción con las personas a las que se ha de cuidar, (Freudenberger, 1974). Y las dimensiones que lo conforman son agotamiento, despersonalización y baja realización

personal. Antes de responder a los objetivos de la investigación se describirá frecuencia de los niveles de cada una categorías.

9.2.1 ANÁLISIS DE FRECUENCIA DE LAS DIMENSIONES DEL BURNOUT. Con relación al agotamiento en el trabajo, puede decirse que un 68.8% presenta Niveles Bajo de agotamiento físico y emocional, por lo tanto estos sujetos poseen aún energía suficiente para desempeñarse, no hay disminución considerable de su capital emocional con respecto a las funciones que tiene a cargo. Mientras el 18.8% se encuentra en un Nivel Alto de agotamiento que refleja un grado de cansancio emocional y físico significativo, siendo el porcentaje de menor frecuencia en la población. **Ver Tabla 4.**

Tabla 4. Frecuencia de los niveles de Agotamiento

Niveles	Rangos	Frecuencia	Porcentaje
Bajos	1 - 4	11	68.8
Medio	5 - 6	2	12.5
Altos	Más 7	3	18.8
Total		16	100.0

La despersonalización hace referencia a la actitud que asume el personal profesional frente a la atención del paciente, sus comportamientos y pensamientos frente a esta. (Maslach) Por lo tanto, dentro del análisis de frecuencia se encontró que el 18.8% de la población evaluada, presenta un nivel bajo dado que los pacientes atendidos no les causan irritabilidad o pensamientos y conductas despectivas.

Además, se encuentra que el 12.5%, presenta un nivel alto, que si bien, corresponde a la minoría de la población, evidencian comportamientos despectivos, pensamientos negativos y alto distanciamiento tanto emocional como conductual con los pacientes. Es decir, esta minoría ha desarrollado una pérdida del idealismo característico del desarrollo de su labor como trabajador de la salud. **Ver Tabla 5.**

Tabla 5. Frecuencia de los niveles de Despersonalización

Niveles	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Bajos	<= 6	3	18.8
Medio	7 - 11	11	68.8
Altos	Mas 12	2	12.5
Total		16	100.0

En esta dimensión, Maslach 1976, se refiere a una autoevaluación negativa que disminuye significativamente la autoeficacia, percibiéndose con sentimientos de inutilidad y desconfianza en las habilidades propias. Luego al evaluar dicha dimensión, se encuentra que un 18.8% presenta nivel bajo, lo cual el personal dentro de este porcentaje no asume una percepción inadecuada de su eficacia, desempeñándose adecuadamente como profesional.

Con la mínima proporción aparece el personal que posee éste tipo de sensación de inutilidad y dificultad “autoimpuesta” con un 6.3% y se encuentra así en el nivel alto de descontento consigo mismo y la labor realizada. **Ver Tabla 6.**

Tabla 6. Frecuencia de los niveles de Realización personal.

Niveles	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Bajos	Menor de 5	3	18.8
Medio	6 - 9	12	74.11
Altos	Más 10	1	6.3
Total		16	100.0

9.2.2 Análisis Descriptivos De Los Antecedentes Organizacionales. De acuerdo con Cherniss (1980) los antecedentes corresponden a los factores que posibilitan las condiciones para el desarrollo del síndrome y se evalúa mediante las variables tales como, organización y tedio. Estas variables se componen de situaciones que de una u

otra forma ejercen continuo desarrollo en la cotidianidad del trabajador, como por ejemplo, en cuanto a la variable de organización, la sensación de apoyo entre superiores y empleados, la calidad en las relaciones interpersonales; y para la variable de tedio se encuentran ejemplos como falta de motivación en la tarea, pérdida de interés ya que el trabajo lo perciben como repetitivo y/o aburrido.

En cuanto a la organización, se refiere al grado de interrelación entre los trabajadores y éstos con sus supervisores, comprendiendo la percepción de apoyo en la toma de decisiones, relaciones gratificantes, que observa la población en la institución donde labora.

El 6.3% perciben que no cuentan con el apoyo de supervisores y compañeros, por lo tanto se percibe un grado de organización bajo. Mientras que para el 18.8% de la población evaluada, perciben la sensación de apoyo en aspectos de su ambiente laboral, al igual que la calidad en su interrelación con sus compañeros desminuida. **Ver Tabla 7**

Tabla 7. Frecuencia de los niveles de Organización

Niveles	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Bajos	<= 12	1	6.3
Medio	13 - 15	12	75.1
Altos	Mas 16	3	18.8
Total		16	100.0

Este aspecto tiene que ver con la desmotivación que el trabajador imprime a sus jornadas, ya que en algunas ocasiones el trabajo tiende a convertirse en repetitivo, aburrido y se va perdiendo interés en la tarea. Luego al indagar sobre esta situación se encuentra que para un 6.3% de la población aún no se ha perdido el interés y motivación en el desarrollo de sus jornadas laborales puesto que se ubican en un nivel bajo. Y por último para el 12.5% el índice de evaluación del tedio al momento de desempeñar sus actividades es mayor por lo que se sitúan en un nivel alto de evaluación. **Ver Tabla 8**

Tabla 8. Frecuencia de los niveles de Tedio

Niveles	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Bajos	<= 5	1	6.3
Medio	6 – 8	13	81.3
Altos	Mas 9	2	12.5
Total		16	100.0

9.2.3 Análisis Descriptivo De Las Consecuencias Del Burnout. De acuerdo con *García y otros (2004)* las consecuencias corresponden a las repercusiones negativas tanto para el individuo como para la institución, derivadas del estrés laboral implícito al Síndrome de Burnout. Dichas consecuencias tienen efectos de carácter físico, sociales y psicológicos. A continuación se describen los resultados obtenidos en la evaluación de estos aspectos en el personal participante del presente proyecto de investigación.

Las consecuencias físicas pretenden evaluar qué tanto pueden desarrollarse consecuencias de tipo física implícitas al trabajo que realiza la persona evaluada como por ejemplo, alteraciones cardiovasculares, fatiga, cefaleas, alteraciones gastrointestinales, insomnio, entre otros.

Es así como se observa que un 25% maneja un nivel bajo, por lo tanto considera que el trabajo no repercute de forma importante en su salud física. Por último en un 12.5% y con niveles altos está el grupo que entiende que el trabajo repercute de forma importante en el desarrollo de alteraciones físicas, comprometiendo en gran forma la salud del trabajador. **Ver Tabla 9.**

Tabla 9. Frecuencia de consecuencias físicas.

Niveles	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Bajos	<= 1	4	25.0
Medio	2 - 4	10	62.5
Altos	Mas 5	2	12.5
Total		16	100.0

Las consecuencias sociales se refieren a los comportamientos inadecuados relacionados con el trabajo y con la organización. Teniendo en cuenta esto, se encontró que para: el 81.3% se halla en niveles bajos, lo que quiere decir que este grupo estima que su trabajo esta afectando sus relaciones interpersonales de forma esporádica, y afecta en un nivel menor. Por último, un 12.5% aparece en un nivel alto de consideración del trabajo con una repercusión notablemente mayor en sus relaciones con sus familiares y compañeros. **Ver Tabla 10**

Tabla 10. Frecuencias consecuencias sociales

Niveles	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Bajos	1 - 1	13	81.3
Medio	2 - 3	3	6.3
Altos	Más de 3		12.5
Total		16	100.0

Entre las consecuencias psicológicas se encuentran la ansiedad, depresión, irritabilidad, baja autoestima, desmotivación, dificultades de concentración, distanciamiento emocional, frustración, cambios de humor excesivos y rápidos, preocupación excesiva por cosas que no valen la pena, incapacidad de sentir compasión por otras personas, interés excesivo por la salud física, introvertirse y soñar despierto, sensación de cansancio, etc.

Para un 62.5% de la población los problemas de su trabajo afectan en menor medida su rendimiento laboral, ya que se consideran como nivel bajo, esta relación entre problemas laborales- rendimiento. Mientras que un 12.5% considera que el tener problemas laborales disminuye el rendimiento laboral de forma significativa. **Ver Tabla 11.**

Tabla 11. Análisis de frecuencia de las consecuencias psicológicas.

Niveles	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	2 - 2	10	62.5
Medio	3-3	4	25.0
Alto	Más 4	2	12.5
Total		16	100.0

9.3 Análisis de frecuencia de los obstáculos y facilitadores. A continuación se presenta de acuerdo al análisis de frecuencia los obstáculos y facilitadores. Los primeros son “los factores del ambiente de trabajo que tienen la capacidad para restringir el desempeño, haciendo que las personas ejerzan un esfuerzo adicional (físico o psicológico) para superarlos asociándose a ciertos costes físicos o psicológicos”. Los segundos por el contrario, “son aspectos organizacionales que han contribuido a la resolución de los obstáculos. Son las acciones y las estrategias dirigidas a mitigar los problemas ocasionados por los obstáculos que pueden interferir en la actuación”. (Tesluk y Matthieu (1999), Citado por Agut, S; Burriel, R; Grau, R., y Salanova, M., 2001). Los cuales se evaluaron mediante los siguiente indicadores: procesos de comunicación, Interacción trabajo cliente, Recompensa, Ergonomía, condiciones de accesos, Sobrecarga laboral, capacitación, Condiciones locativas, Relación con los compañeros, Estresores económicos, Exigencias del trabajo, Comunicación con el jefe, Condiciones de accesos, Apoyo familia, Capacitación.

Con respecto a la evaluación de las posibles dificultades en comunicación de las enfermeras con el personal administrativo y de servicios, se halló en el 43.8% considera que posee adecuada comunicación. Mientras que para el 12.5% de la población perciben niveles altos de inadecuada comunicación con el personal administrativo y de servicios. **Ver Tabla 12.**

Tabla 12. Frecuencia del nivel de comunicación: Inadecuada comunicación con el personal administrativo y de servicios

Niveles	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Bajos	1 - 1	7	43.8
Medio	2 - 2	7	43.8
Altos	Más 3	2	12.5
Total		16	100.0

Un obstáculo para el cumplimiento de la tarea asignada corresponde al poco reconocimiento percibido por el personal en el desempeño de su labor, aspecto que se encontró en el 18,8% de la población quienes perciben pocos incentivos laborales o reconocimiento por su servicio. Mientras, que un 81.3% perciben recibir incentivos o reconocimientos, ascensos por su buen desempeño. **Ver Tabla 13**

Tabla 13. Frecuencia del nivel de recompensa: Pocos incentivos laborales, ascensos, reconocimiento por buen desempeño.

Niveles	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Bajos	Menores 1	13	81.3
Altos	Mas 2	3	18.8
Total		16	100.0

De acuerdo con los resultados obtenidos, puede decirse que para el 25% de la población el transporte hacia la institución no representa una dificultad significativa para el cumplimiento de sus labores, ya que se ubican en nivel bajo en éste ítem de evaluación. Por otra parte, para el 12.5% de la población, existe una tendencia a considerar que el acceso a la institución como una dificultad para su rendimiento laboral.

Ver Tabla 14

Tabla 14. Frecuencia del nivel de Condiciones de Acceso: Transporte inadecuado

Niveles	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Bajos	0	4	25.0
Medio	1 - 2	10	62.5
Altos	Más 3	2	12.5
Total		16	100.0

Frente a la ubicación distante de la institución, la población evaluada opina de la siguiente forma: para el 62.5%, considera que el vivir distante a la institución es una situación que tiende a dificultar la realización de su trabajo de forma ocasional es decir que el nivel de percepción de este aspecto como limitador es Medianamente bajo. Además aparece en un nivel alto y porcentaje de 25%, que considera que vivir alejado de la institución donde labora representa un obstáculo mayor para su rendimiento. **Ver**

Tabla 15

Tabla 15. Frecuencia del nivel de Condiciones de Accesos: Vivir distante a la institución municipios, barrios distantes, etc.

Niveles	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Bajos	1 – 1	10	62.5
Medio	2 - 2	2	12.5
Altos	Mas 3	4	25.0
Total		16	100.0

Para el 50% de la población ubicada en un nivel bajo, el tener problemas de horarios como carga de turnos o turnos seguidos no significa impedimento para cumplir sus funciones laborales. Por último se obtuvo un 12.5% del personal que expresa como una significativa complejidad para su rendimiento, el presentar contrariedades en la estipulación de sus horarios o jornadas laborales. **Ver Tabla 16**

Tabla 16. Frecuencia del nivel de Sobrecarga Laboral: Problemas con los horarios

Niveles	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Bajos	1 - 1	8	50.0
Medio	2 - 2	6	37.5
Altos	Mas 3	2	12.5
Total		16	100.0

De acuerdo con los resultados arrojados en la investigación puede decirse, que el 12.5% de la población considera tener pocas oportunidades para capacitarse. Por otra parte, el 56.3% considera tener escasas posibilidades para capacitarse. **Ver Tabla 17**

Tabla 17. Frecuencia del nivel de Capacitación: Poca oportunidad para capacitarse.

Niveles	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Bajos	1 - 1	9	56.3
Medio	2 - 2	5	31.3
Altos	Mas 3	2	12.5
Total		16	100.0

En cuanto a la comprensión de las enfermedades se encontró que el 12.5% perciben tener poca comprensión de las enfermedades que padecen los pacientes Por otra parte, el 75% considera contar con la comprensión necesaria de las enfermedades. **Ver tabla 18.**

Tabla 18. Frecuencia del nivel de Capacitación: Poca comprensión de las enfermedades que padecen los pacientes.

Niveles	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Bajos	0 - 1	12	75.0
Medio	2 – 2	2	12.5
Altos	Mas 3	2	12.5
Total		16	100.0

El 62.5% de los enfermeros perciben inadecuado manejo de recursos tecnológicos Mientras que para un 37.5% consideran contar con adecuado manejo. **Ver Tabla 19**

Tabla 19. Frecuencia del nivel de Capacitación: Inadecuado manejo de los recursos tecnológicos, bases de datos, Internet, etc.

Niveles	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Bajos	1 - 0	10	62.5
Altos	Mas 2	6	37.5
Total		16	100.0

De acuerdo con las estadísticas recogidas, se encontró que para el 31.3% de la población perciben poca aglomeración en las diferentes dependencias. Mientras que el 18.8% perciben aglomeración en las dependencias. **Ver Tabla 20**

Tabla 20. Frecuencia del nivel de Condiciones Locativas: Aglomeración por espacio en las dependencias.

Niveles	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Bajos	<= 0	5	31.3
Medio	1 - 2	8	50.0
Altos	Mas 3	3	18.8
Total		16	100.0

Con respecto a la percepción de los recursos económicos propios, el 37.5% (nivel bajo), consideran contar con los recursos económicos propios. Mientras que el 31.3%, responden que no cuentan con los recursos económicos. **Ver Tabla 21**

Tabla 21. Frecuencia de los niveles de Estresores económicos: Falta de recursos económicos propios

Niveles	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Bajos	<= 0	6	37.5
Medio	1 – 1	5	31.3
Altos	Mas 3	5	31.3
Total		16	100.0

Teniendo en cuenta los porcentajes arrojados en este ítem, el 31.3% de los enfermeros consideran que no realizan demasiadas tareas. Mientras que el 12.5% de los sujetos consideran que tiene demasiadas tareas para poderlas hacerlas todas bien. **Ver Tabla 22**

Tabla 22. Frecuencia del nivel de Exigencias del Trabajo: Demasiadas tareas para poder hacerlas todas bien.

Niveles	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	<= 0	5	31.3
Medio	1 - 2	9	56.3
Alto	Mas 3	2	12.5
Total		16	100.0

El 31.3% de la población evaluada señalan que sus funciones no implican concentración, atención y memoria. Sin embargo, para el 56.3% del personal evaluado responden que las funciones requieren de mucha concentración de parte del trabajador.

Ver Tabla 23

Tabla 23. Frecuencia del nivel de Exigencias del Trabajo: Funciones que requieren mucha concentración, atención y memoria.

Niveles	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	<= 0	5	31.3
Medio	1 - 2	2	12.5
Alto	3 - 3	9	56.3
Total		16	100.0

En cuanto a este aspecto la población presenta porcentajes variados ya que por una parte aparece con un 56.3% señala contar con la información acerca de qué tareas, cómo y para qué hacerlas. Mientras que el 12.5% considera falta de información para el desarrollo de tarea. **Ver Tabla 24**

Tabla 24. Frecuencia del nivel de Comunicación con el Jefe: Falta de información acerca de qué tareas hacer, cómo. Para qué hacerlas

Niveles	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Bajos	1 - 1	9	56.3
Medio	2 - 2	5	31.3
Altos	Mas 3	2	12.5
Total		16	100.0

Para el 18.8% personal evaluado responden tener una relación distante con los jefes Por otra parte, el 68% considera tener adecuada comunicación con el jefe. **Ver**

Tabla 25

Tabla 25. Frecuencia del nivel de Comunicación con el Jefe: Relación distante y de poca comunicación con los jefes.

Niveles	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Bajos	1 – 1	11	68.8
Medio	2 - 2	2	12.5
Altos	Mas 3	3	18.8
Total		16	100.0

En la evaluación de este aspecto el 12.5% se ubica en niveles bajo, lo que se traduce en una consideración sobre el poco apoyo de la familia. Y el 81.3%, perciben contar con el apoyo de la familia. **Ver Tabla 26**

Tabla 26. Frecuencia del nivel de Apoyo Familia: Poco apoyo de la familia.

Niveles	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	0 - 0	13	81.3
Medio	1 - 1	1	6.3
Alto	Mas 2	2	12.5
Total		16	100.0

9.4 CORRELACIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO Y CONFIRMACIÓN DE HIPÓTESIS

El análisis de la correlación de las variables se iniciará con la descripción de la relación de las diferentes dimensiones que definen el burnout, con los datos sociodemográficos, antecedentes y consecuentes. Posteriormente se establecerá la relación de las dimensiones con obstáculos y facilitadores. Para dar respuesta a los objetivos se llevó a cabo mediante la correlación de Spearman

9.4.1 Descripción de la relación entre las dimensiones del síndrome con variables sociodemográficas y laborales. Teniendo en cuenta los datos sociodemográficos como edad y número de hijos y variables laborales en relación con las dimensiones que abarca el síndrome de Burnout, puede decirse que, a diferencia de lo que se esperaba no se halló correlación entre el agotamiento, despersonalización y realización personal con edad (-0.063; 0.147; 0.427), número de hijos (-0.021; -0.156; 0.155), tiempo con la profesión (0.130; 0.173; 0.238), cargo (-0.007; 0.398; -0.173) y número de personas que se atienden diariamente (0.099; -0.352; 0.061). Sin embargo, se encontró asociación positiva entre agotamiento y número de horas a la semana (0.561*) más no con despersonalización (0.100) y realización personal (-0.364). Por lo tanto no se confirma la hipótesis No. 1, que se refiere a niveles altos en las dimensiones del síndrome de Burnout, se asocian negativamente con variables sociodemográficas como la edad y las variables laborales. Al no corroborarse esta hipótesis se entiende que,

a pesar que el personal objeto de investigación, manifiesta un desgaste y/o pérdida de energía relacionado directamente con la cantidad y calidad de jornada laboral medida en horas, y al no encontrar mayores vínculos en cuanto a actitudes negativas y disminución de sentimientos de eficacia con respecto a datos de tipo social demográfico, se concluye que los aspectos sociales o condiciones de los participantes no son influyentes para el desarrollo o tendencia a la aparición de Síndrome de Burnout. **Ver Tabla 27**

Tabla 27. Correlaciones de las variables del síndrome de burnout con datos sociodemográficos.

Rho de Spearman	Edad	Nº H.	T. E. Profesión	T. Cargo	Nº H. Semana	Nº P. atienden diaria
Agotamiento (A.G)	-.063	-.021	.130	-.007	.561(*)	.099
Despersonalización (DES)	.147	-.156	.173	.398	.100	-.352
Realización personal (REA PER)	.427	.155	.238	-.173	-.364	.061

Despersonalización (DES), realización Personal (REA-PER), Edad, N° de hijos (N°.H.), Tiempo de Experiencia en la Profesión (T.E. Profesión), Tiempo en el Cargo (T. Cargo), Numero de horas a la semana (N° H. Semana), Numero de personas que atienden diariamente (N° P. Atienden diaria)

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

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

9.4.2 Descripción de la relación de las dimensiones del burnout con los antecedentes del síndrome. La relación de las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización con los antecedentes (características de la tarea, tedio, clima organizacional), permitió analizar los siguientes resultados:

A diferencia de los que se esperaba solamente se halló correlación positiva entre agotamiento con consecuencias social (0.570*), lo cual sugiere que los sujetos que perciben mayor agotamiento experimentan mayores síntomas de desgaste prolongado, fatiga física y/o perdida de energía, que implica la presencia de alteraciones de tipo comportamental que de una u otra forma afecta su desempeño social. El agotamiento

como tal envuelve tanto energía física como emocional, al encontrarse la población desempeñando un trabajo de carácter comunicativo, de cuidados y atención en salud, las consecuencias sociales, llámese comportamientos forma de interrelación, etc., se ven afectados al momento en que se halla un nivel alto de desgaste. Luego, la calidad de atención y desenvolvimiento en un ambiente social disminuye, notándose una relación inversamente proporcional.

Por otra parte, la despersonalización se asocio negativa y significativamente con clima organizacional (-0.501*), resultados que sugieren que a mayor distanciamiento mental, menor percepción adecuada del individuo en su medio ambiente laboral. De igual forma, se halló correlación negativa entre despersonalización con característica de la tarea (-0.72**)

Como dato relevante se encontró que realización personal solamente se asocio negativamente con tedio (-0.548*), y positivamente con consecuencia social (0.513*); esto se traduce como a mayor tendencia a autoevaluarse positivamente, menor aburrimiento y desmotivación y mayor desenvolvimiento en las esferas sociales del individuo como sus relaciones laborales, personales y comportamientos diarios. Por tanto, no se confirma la hipótesis No. 2 que se refiere a niveles altos de las dimensiones del síndrome de Burnout se asocian positivamente con los antecedentes del síndrome. Esta hipótesis determina una relación entre los factores energéticos y de motivación a los que hace referencia el síndrome de Burnout, con respecto a los factores inherentes a la labor, entonces al no confirmarse dicha hipótesis, se entiende que la tendencia a encontrar rasgos de Burnout en el personal disminuye, ya que la línea de relación se hace nula frente a este aspecto **Ver Tabla 28.**

Tabla 28. Correlaciones de las dimensiones del burnout con los antecedentes y los consecuentes

Rho de Spearman	DES	REA-PER.	CAR-TAREA	(C. ORG)	TED	CON-S-FIS	CONS-SOCIAL	CONS-PSC
Agotamiento (A.G)	-.191	.263	.151	.309	.201	.458	.570(*)	.250
Despersonalización (DES)	1.000	.370	-.720(**)	-.501(*)	.348	-.059	.106	-.149
Realización personal (REA PER)		1.000	.396	.168	-.548(*)	.361	.513(*)	.337

Despersonalización (DES), Realización personal (REA PER), Característica de la tarea (CAR TAREA) Clima organizacional(C ORG) Tedio (TED) Consecuencia física (CONS FIS) Consecuencia social (CONS SOCIAL) Consecuencia Psicológica (CONS PSC).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral). ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

9.4.3 Descripción de la correlación entre las dimensiones del síndrome con antecedentes y consecuentes. La relación de las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal con factores como condiciones de acceso, capacitación, exigencia del trabajo, comunicación con el jefe e inadecuada comunicación con el personal administrativo, permitió analizar los siguientes resultados:

Existe una correlación positiva de agotamiento y las condiciones de acceso (.642**). Por lo tanto, los sujetos que experimentan mayor agotamiento, presentan mayores dificultades en cuanto al sistema de transporte y la distancia entre la vivienda y su sitio de trabajo.

Por otra parte, la despersonalización se asocia positivamente con la capacitación (.518*); luego a mayor actitud y sentimientos negativos con respecto al paciente mayor necesidad de capacitación al personal de servicio.

Se encontró que la dimensión de realización personal se relaciona simultáneamente de forma negativa con factores como las condiciones de acceso (-.618*) y exigencias de trabajo (-.807**). Esto se traduce como a mayor autoevaluación

positiva, menor dificultad en las condiciones de acceso al trabajo y menor obstáculo en el cumplimiento de las exigencias que requiere su trabajo. **Ver Tabla 29**

Tabla 29. Correlación de las dimensiones del síndrome del burnout con obstáculos y facilitadores

Rho de Spearman	A.G.	DES	REA PER	COND ACC	Cap	EXIG TRAB	COM JEF	INA COM PERS ADMI
Agotamiento (A.G)	1.000	-191	-263	642(**)	.145	.168	-.044	.086
Despersonalización (DES)		1.000	-.370	.117	518(*)	.381	.169	-.005
Realización personal (REA PER)			1.000	-.618(*)	-.479	-.807(**)	-.478	-.089

Agotamiento(A G) Despersonalización (DES) Realización personal (REA PER) Condiciones de acceso (COND ACC) Capacitación (Cap) Exigencias del trabajo (EXIG TRAB) Comunicación jefe (COM JEFE) Inadecuada comunicación con el personal administrativo (INA COM PERS ADMI).

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). *L a correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

9.4.4 Descripción de las dimensiones del síndrome con los obstáculos y facilitadores. La relación de las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal con factores como comunicación irrespetuosa de los familiares con los enfermeros, aglomeración por espacio en las dependencias e inadecuación del inmobiliario, permitió analizar los siguientes resultados:

La dimensión de agotamiento se relaciona simultáneamente de forma positiva con factores como comunicación irrespetuosa de los familiares con los enfermeros (.599*) y la aglomeración por espacio en las dependencias (.629**). Esto se entiende como a mayor nivel de agotamiento mayor falta de respeto en la comunicación entre los familiares y el personal de servicio; y se encuentra mayor incomodidad sobre la adecuación de la infraestructura física del lugar de trabajo.

Así mismo se encontró una correlación de tipo negativa entre la dimensión de realización personal e inadecuación del inmobiliario (-.738**); es decir que, a mayor autoevaluación positiva menor problema sobre la adecuación del inmobiliario. por lo tanto no se corrobora la hipótesis número 4 que se refiere a niveles altos de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, se asocian positivamente con obstáculos organizacionales y negativamente con los facilitadores organizacionales. A pesar que se encontró el agotamiento o desgaste energético significativamente alto con respecto a obstáculos como la comunicación con los pacientes y el tipo de espacio en su área laboral, las demás dimensiones no se hallaron dentro de los rangos expresados a confirmar la hipótesis. De igual forma, los resultados no arrojaron valores negativos con respecto a factores que aparecían como facilitadores. Esto permite confirmar que a pesar de existir ciertas situaciones que pueden llegar a convertirse en estresores, no se presenta una marcada tendencia al apareamiento de signos de Burnout. **Ver Tabla 30**

Tabla 30. Correlación de las dimensiones del síndrome con los obstáculos y facilitadores

Rho de Spearman	COM IRRES FLIARES ENFER	INA IMBO	PRO HOR	AGLO EN LAS DEPEN	EXC COMPE COMP	FAL RECUR PROP	POC APO FLIA	POS ASC REC ADEC DES LAB
Agotamiento (A.G)	.599(*)	.179	.454	.629(**)	.309	.090	-.143	.281
Despersonalización (DES)	-.005	.291	.228	.241	.442	.352	.189	.291
Realización personal (REAL PER)	-.217	-.738(**)	-.101	-.262	-.002	-.455	.157	-.230

Comunicación irrespetuosa de los familiares con los enfermeros (COM IRRES FLIARES ENFER) Inadecuación del inmobiliario (INA IMBO) Problemas con los horarios (PRO HOR) Aglomeración por espacio en las dependencias (AGLO EN LAS DEPEN) Excesiva competitividad entre compañeros (EXC COMPE COMP) Falta de recursos económicos propios (FAL RECUR PROP) Poco apoyo de la familia (POC APO FLIA) Posibilidades de ascensos y reconocimientos por el adecuado desempeño laboral (POS ASC REC ADEC DES LAB)

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). *La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

10. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Análisis de frecuencia de las Dimensiones del Burnout

En cuanto al análisis de frecuencia de las dimensiones de estudio se encontró presencia de niveles altos de agotamiento en el 18.8%, lo cual refleja la vivencia de sentimientos de agotamiento físico y emocional, traducido en disminución en la energía necesaria para suplir las demandas de carácter físico y psíquico inherentes a las actividades que realizan diariamente. En cuanto a la dimensión de despersonalización se encontró que el 12,5% de los sujetos mantienen una actitud fría y distante frente a los pacientes que atienden, y por último en la baja realización personal, entendida como la autoevaluación negativa que disminuye significativamente la autoeficacia, percibiéndose con sentimientos de inutilidad y desconfianza en las habilidades propias se halló presente en el 6.3% de los sujetos. Estos porcentajes son muy cercanos a los hallado por Tuesca y otros (2006), en una población de enfermeras del área metropolitana de Barranquilla, y por Vinaccia y cols (2004), en un grupo de auxiliares de enfermería en Medellín.

Estos datos sugieren que el trabajo que realizan diariamente algunas personas que trabaja en La Clínica De La Costa, le implica un desgaste físico, emocional, por lo que fue común encontrar la percepción de un trabajo como moderadamente estresante, lo que indica que el grupo de trabajadores evaluados definen su trabajo moderadamente cansado, con alto grado de responsabilidad. De acuerdo a diferentes estudios la presencia de estas dimensiones sugieren implicaciones en el desempeño laboral y especialmente en la productividad ocasionando deterioro en la atención al usuario y pérdida de la calidad asistencial, además la presencia de niveles bajos de autoeficacia se convierte en una variable predictora que predispone el desarrollo del síndrome como la sugiere Bandura (1997). Esto se puede explicar por el papel que juega la autoeficacia en la predisposición al surgimiento del síndrome, como determinante o detonador de estrés laboral ya que, la teoría socio-cognitiva del yo de Albert Bandura (1997), postula que las creencias de autoeficacia determinan la conducta a través de mecanismos muy variados. Así, las creencias acerca de la propia eficacia juegan un importante rol-mediacional,

actuando a manera de filtro entre los logros anteriores o habilidades y la conducta posterior. (Prieto, L.2000).

Teniendo en cuenta la perspectiva del síndrome del Burnout como proceso se entiende que éste está mediado por unos antecedentes y consecuentes (Moreno 1997), lo cual señala que en un primer inicio se presenta tedio sólo en el 12.5% de la población en nivel alto lo cual se relaciona con el grado de desmotivación que el trabajador imprime a sus jornadas; ya que en algunas ocasiones el trabajo tiende a convertirse en repetitivo, aburrido y se va perdiendo interés en la tarea, luego para éste grupo el índice de evaluación del tedio al momento de desempeñar sus actividades tiende a ser mayor.

De igual forma, Moreno (1997), plantea como antecedente del síndrome de Burnout, la organización que se refiere al grado de interrelación entre los trabajadores y éstos con sus supervisores, comprendiendo la percepción de apoyo en la toma de decisiones, relaciones gratificantes, que observa la población en la institución donde labora. Luego, en la indagación sobre este aspecto se encontró que un 18.8% de la población evaluada, perciben la sensación de apoyo en aspectos de su ambiente laboral, al igual que la calidad en su interrelación con sus compañeros de una forma reducida.

Mientras que también fueron planteados consecuentes que corresponden a las repercusiones negativas que se derivan del estrés implícito al Síndrome de Burnout. Estas consecuencias tienen efectos de tipo físico, psicológicos y sociales. Luego en las consecuencias de carácter físico, se encuentra que el 12.5% de la población aparece con una percepción del trabajo como un factor que repercute de forma importante en el desarrollo de alteraciones físicas, comprometiendo en gran forma la salud del trabajador, luego es común el desarrollo de enfermedades como por ejemplo cefaleas, problemas gastrointestinales, que se asocian con el estrés.

En cuanto a las consecuencias de tipo social, esta consecuencia se refiere a los comportamientos inadecuados relacionados con el trabajo y con la organización. Por lo que se encontró que para el 12.5% aparece en un nivel alto de consideración del trabajo

con una repercusión notablemente mayor en sus relaciones con sus familiares y compañeros.

Por último surgen las consecuencias de tipo psicológico, donde se encuentran la ansiedad, depresión, irritabilidad, baja autoestima, desmotivación, dificultades de concentración, distanciamiento emocional, frustración, cambios de humor excesivos y rápidos, preocupación excesiva por cosas que no valen la pena, incapacidad de sentir compasión por otras personas, interés excesivo por la salud física, introvertirse y soñar despierto, sensación de cansancio, etc. Para un 12.5% del personal considera que el tener problemas de tipo emocional o psicológico como los anteriormente mencionados, disminuye el rendimiento laboral de forma significativa.

Si bien la frecuencia de niveles altos de burnout para cada una de sus dimensiones es baja en la muestra, no se debe descartarse que en la institución existan una serie de variables que predicen o amortiguan la ocurrencia del síndrome, conocidos como obstáculos y facilitadores.

El trabajo que realiza diariamente el personal que trabaja en La Clínica De La Costa, involucra para algunos sujetos un desgaste físico, emocional, por lo que fue común encontrar la percepción de un trabajo como moderadamente estresante, lo que indica que el grupo de trabajadores evaluados definen su trabajo moderadamente cansado, con alto grado de responsabilidad. Esto implica que el hecho de que aunque estas personas no tengan Burnout, no depende de que no haya estresores, sino de la forma en cómo es que en última instancia es perciben su trabajo.

Mientras que el análisis de los valores encontrados en la escala de obstáculos, se tiene que en la frecuencia de niveles de comunicación entre el personal; el 12.5% de la población perciben niveles altos de inadecuada comunicación con el personal administrativo y de servicios, lo cual refleja una percepción de dificultad significativa en la comunicación con sus compañeros, esto se refleja cuando los flujos comunicativos se deterioran más en el ambiente social del individuo, luego la aparición de burnout

aumenta. Sarros (1988b), cree que donde más incidencia tiene es en la dimensión reducida realización personal.

Por otra parte, el nivel de recompensa, es decir, incentivos y reconocimiento del buen desempeño, constituye un impedimento para el 18.8% de la población evaluada en el cumplimiento de su trabajo, ya que consideran que no reciben los incentivos adecuados tanto económicos como sociales que ameritan sus funciones.

Para la frecuencia en las condiciones de acceso se refieren al transporte inadecuado y el vivir distante de la institución; para el 12.5% de la población, existe una tendencia a considerar que situaciones como la aglomeración del transporte en horas pico y los accesos a la institución como una dificultad para su rendimiento laboral. Además el 25%, considera que vivir alejado de la institución donde labora representa un obstáculo mayor para su rendimiento.

La sobrecarga laboral implica para el 12.5% del personal una significativa complejidad para su rendimiento, el presentar contrariedades en la estipulación de sus horarios o jornadas laborales.

En cuanto al nivel de capacitación, que incluye aspectos como las oportunidades para capacitarse, comprensión de las enfermedades del paciente y el manejo de recursos tecnológicos, se encuentran valores como el 12.5% considera tener escasas posibilidades para capacitarse; para el 12.5% perciben tener poca comprensión de las enfermedades que padecen los pacientes, y el 62.5% de los enfermeros perciben inadecuado manejo de recursos tecnológicos. Luego la percepción de estos aspectos como impedimentos para su desempeño se ven en menores proporciones teniendo en cuenta la totalidad de la población evaluada.

Las condiciones locativas consisten en la adecuada o inadecuada organización en el espacio de trabajo, es así como se encuentra que un 18.8% perciben aglomeración en

las dependencias, entendiéndose como un espacio reducido o que dificulta el cumplimiento de las actividades estipuladas.

Los estresores económicos aparecen en el 31.3% lo cual sugiere que existe inseguridad económica (contrato inestable, ausencia del mismo, insuficiencia económica, previsiones negativas sobre el futuro del puesto de trabajo, etc.) aumentándose la vulnerabilidad al burnout en este número de personas.

Por otra parte las exigencias del trabajo como la cantidad de tareas asignadas y aquellas funciones que requieren mucha concentración y memoria se muestran con un 12.5% de los sujetos consideran que tiene demasiadas tareas para poderlas hacerlas todas bien; y con un 56.3% del personal evaluado responden que las funciones requieren de mucha concentración de parte del trabajador. Entonces para este grupo a más exigencias y por tanto mayor responsabilidad en sus actuaciones habituales, mayor probabilidad de aparición del síndrome, sobre todo si estas exigencias van acompañadas de falta de tiempo.

Mientras que la relación distante con los jefes y la falta de información sobre las características de las tareas a realizar constituye un obstáculo que se refleja en el 18.8% que responden tener una relación distante y un 12.5% considera falta de información para el desarrollo de tarea.

El último de los obstáculos evaluados se refiere al apoyo de la familia, este factor está centrado fundamentalmente en el apoyo que la persona recibe de familiares y amigos, en relación a su desempeño laboral y las circunstancias que su trabajo le deparan. Luego se encontró que es este aspecto el 12.5% se ubica en niveles bajo, lo que se traduce en una consideración sobre el poco apoyo de la familia.

11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El presente proyecto de investigación, tiene como finalidad analizar la relación existente entre el síndrome de Burnout en un grupo de personas que laboran en La Clínica De la Costa, y los posibles obstáculos y facilitadores que afectan la aparición de estrés laboral. Es así como mediante los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento de investigación se puede concluir que:

Al tener en cuenta los aspectos que implican el desarrollo del síndrome, es decir sus dimensiones principales (agotamiento, despersonalización, realización personal) entre el grupo de trabajadores evaluados en la Clínica De la Costa, se halló que no existe diferencia significativas en los valores obtenidos en cada una de las dimensiones, luego esto indica que aunque se presente pérdida de energía física para desempeñar las funciones, en realidad la mayoría del grupo evaluado no considera sentirse agotado o cansado físicamente. A pesar que las actividades que se ejercen demandan gran cantidad de energía de parte del trabajador.

Para la dimensión de despersonalización, que es la actitud que asume el profesional frente a la atención que brinda al paciente, la población evaluada que no demuestra ser propensa a desarrollar Burnout, ya que sus labores o la atención diaria de personal, no les genera la producción de conductas, pensamientos o sentimientos despectivos; mientras que una minoría de la población evaluada ha desarrollado una pérdida del idealismo característico de su labor como trabajador de la salud.

En cuanto a la dimensión de realización personal, los niveles de autoevaluación en el grupo evaluado en La Clínica de La Costa se ubican en niveles que indican percepción moderada de su autoeficacia y confianza en sus habilidades lo que les permite desempeñarse dentro de parámetros adecuados en sus labores.

Mientras que para la escala de obstáculos se puede decir que en relación con la aparición del síndrome, la población que se muestra como expuesta a desarrollar

Burnout, aparece en menor proporción que la totalidad de la misma. Luego la percepción de los obstáculos en este personal refleja que existen ciertos aspectos de las características y funciones de la labor que desempeñan, y que por ende sugieren un nivel de estrés en su rutina laboral.

Pero de la misma forma, las dimensiones evaluadas anteriormente permiten realizar una relación entre obstáculos y Burnout, que es a lo que finalmente está dirigido este proyecto de investigación, es así como se encuentra que a pesar que algunos participantes pueden desarrollar ciertos niveles de estrés, el funcionamiento diario no está siendo afectado totalmente por el padecimiento en concreto de Burnout, dimensiones como el agotamiento determinan el grado de propensión a padecer síndrome de Burnout, relacionada con obstáculos como la sobrecarga laboral y las exigencias del trabajo, indican que la energía que utiliza el personal evaluado para su desempeño les permite tolerar en cierta forma estas dificultades que suelen aparecer con la experiencia y la cantidad de actividades diarias, ya sea atención a pacientes o actividades administrativas.

Tomando en cuenta que una dimensión como la despersonalización influye en gran medida en la calidad del servicio prestado al relacionarse con obstáculos como el tipo de comunicación que se mantiene tanto con compañeros de trabajo como con los clientes, y el apoyo que reciben de sus familiares, los valores registrados permiten deducir que el tipo de interrelación y apreciación de la magnitud o las consecuencias del trabajo que realiza este personal, se mantiene aún en niveles adecuados.

Finalmente la dimensión de realización personal que se relaciona por ejemplo, con las oportunidades de capacitación y las recompensas recibidas, permiten determinar los niveles de autoeficacia, demostrando que el personal que labora en La Clínica De La Costa, en cuanto a su autoeficacia no se muestran con alguna disminución significativa que permita sugerir la aparición de Burnout en la totalidad del grupo evaluado.

Sin embargo, no puede descartarse que el estrés se encuentra implícito al tipo de funciones que se realizan de parte no sólo del personal evaluado, sino que se incluye también los cargos administrativos, de servicios, etc., y a pesar que los valores encontrados no refieren la presencia de un Burnout marcado, se hace necesaria realizar investigaciones que permitan correlacionar resultados en variedad de población en esta ciudad y de igual forma con resultados de investigaciones en otras ciudades.

BIBLIOGRAFIA

- Abio, A., Ibáñez, N. y Vilaregut, A. (2004). *Prevalencia del Síndrome de Burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona*. Enfermería Clínica, 14 (3), 142-151.
- Agut, S., Burriel, R., Grau, R. y Salanova, M. (2001). *Obstáculos y facilitadores: Estudio de su incidencia sobre relación con el “burnout” en trabajadores de contacto con clientes*. Recuperado en Julio 23, 2001 disponible en <http://bscw.uji.es>.
- Albaladejo, R., Astasio, P., Calle, M., Domínguez, N., Ortega, P. y Villanueva, R. (2004). *Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un Hospital de Madrid*. Revista Española de salud pública, 78, 505-516. Recuperado en agosto, 2004 disponible en www.espacioblog.com.
- Albar, M., Algaba, S., Carballo, E., García, A., González, M., Gutiérrez, I. y Romero, M. (2004). *Apoyo social, características sociodemográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital*. Enfermería Clínica, 14 (5), 281-285.
- Altahona, Y., Goenaga, P., Gravini, M., Restrepo, M., Ruiz, P. y Vásquez, F. (2003). *Lineamientos para la presentación de trabajos de Investigación*. Psicogente, (11), 24-98.
- Alviani, A., De las Cuevas, J., De la Fuente, M; González, J. y Ruiz, (1997). *Burnout y Reactividad al Estrés*. Revista medicina de la Universidad de Navarra, 41, 10-18. Recuperado en abril, 1997 disponible en <http://googlepages.com>.
- Aragoneses, A., Coral, O., y Moreno, B. (1991) *El Burnout, una forma específica de estrés laboral*. Disponible en: Manual de psicología clínica.

- Avalos, F., Jiménez, I. y Molina, J. (2005). *Burnout en enfermería de atención hospitalaria*. *Enfermería Clínica*, 15 (5), 275-281.
- Bandura, A. (1999). *Ejercicio de la eficacia personal y colectiva en sociedades cambiantes*. En Bandura, A. *Auto eficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. (pp. 19-54). Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Barria, J. (2002). *Síndrome de Burnout en asistentes sociales del servicio nacional de menores de la región metropolitana de Chile*. Recuperado en Julio 8, 2003 disponible en http://www.ergonomía.cl/burnout_Chile.html.
- Batista, P., Fernández, C., y Hernández, R. (2002). *Metodología de la Investigación* (pp.). Edit. Mc Graw Hill.
- Beurskens, A., Bultmann, U., Kant, I, y Schroer, K. (2003) *An epidemiological approach to study fatigue in the working population: the Maastricht cohort study*. Disponible en: <http://gateway.proquest.com>
- Biesó, E., Salanova, M., y Schaufeli, W. (2003). *Hacia un modelo espiral de la autoeficacia en el estudio del burnout y del engagement*. Disponible en: www.des.emay.edulmfp/nuevos horizontes.
- Bustos, V. (2001) *Enfermería: Profesión con desafío en un sistema de salud cambiante*. *Revista Salud de la Universidad de Córdoba*. (pp.44, 45).
- Cifre, E., Grau, R., Llorens, S., Martínez, I. y Salanova, M. (2005). *Antecedentes de la auto-eficacia en profesores y estudiantes universitarios: un modelo causal*. *Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones*, 21, 159-176. Recuperado en febrero, 2005 disponible en <http://site.ebrary.com>.

- Cuesta, A. (2006). *Prevención del Síndrome de Burnout entre los profesionales enfermeros*. *Metas de enfermería*, 9 (6), 28-32.
- Chacon, M. y Grau, J. (1997). *Burnout en Enfermeros que Brindan Atención a Pacientes Oncológicos*. Recuperado en Marzo 15, 1997. Disponible en: <FILE:///a:\sindrome%20de%quemadura%20ingles.htm>
- Chopra, S., Sotile, M. y Sotile, W. (2004) *Physician Burnout*. Disponible en: <http://gateway.proquest.com>
- D'Andreis, N. (1998). *Las Creencias sobre uno mismo: La autoeficacia*. Disponible en: <http://www.emoy.edul/education/mfp/effpage.html>
- Dumeynieu, I., y Lipko, E. (2004). *Patología Laboral del Equipo de Salud Mental*. En Dumeynieu, I., y LIPKO, E. *Patología Laboral*. (pp. 17-37). Buenos Aires, Argentina. Lugar Editorial.
- Faura, T., Monegal, M., Ortega, C., Roigé, A., Roigé, M. y Serra, R. (1995). *Prevalencia del síndrome de burnout en enfermeras de hospitalización y de atención primaria*. *Revista de enfermería clínica*, 5, 105-110.
- Fernández, C., Núñez, V., Riquelme, P., Sanhueza, O. y Valenzuela, S. (2003). *Salud laboral: Situación de los accidentes de trabajo en el equipo de enfermería*. *Enfermería Clínica*, 13, 94-102.
- Galvez, M., Garrosa, E., González, J., y Moreno B. (2005). *La Evaluación Procesal del Burnout o desgaste Profesional. El Cuestionario Breve de Burnout (CBB)*. Disponible en: *Manual de escalas y Cuestionarios Iberoamericanos en Psicología Clínica y de la Salud*.

Garces, E. (2004) Tesis Sobre el Burnout. Recuperado en Mayo 21, 2004. Disponible en:

file://c:\Documents%20cmd%20settings\usuario\Mis%20documentos\Mio%20archivo

García, I., Lagares, A., Pediero, E., Puerta, C., y Suárez, A. (2004). *Estudio del Burnout en Profesionales de Dependencias*. Recuperado en Junio 16, 2004.

Disponible en: <http://db.doyma.eslegibin/wdbegi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pident>

Garrido, E. (2000) Albert Bandura: *Voluntad Científica*. Recuperado en Septiembre 18, 2000. Disponible en: www.des.emory.edu/mfp/banduraqgarridopdf

Garrosa, E., González, J., y Moreno, B. (2001). *Desgaste Profesional (Burnout), Personalidad y Salud Percibida*. Disponible en: www.dpi.vem.br

Gil Monte., y Peiró J. (1999). *Perspectivas Teóricas y Modelos Interpretativos para el Estudio Sin Síndrome de Quemarse por el Trabajo*. Recuperado en Octubre 7, 1998 Disponible en: www.analesdepsicologia.com

Gil Monte, P. (2002). *Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería*. Recuperado en Mayo 7, 2002 disponible en: www.scielo.br

Guil, R., Guillen, C., y Mestre, J. (2000). *Estrés Laboral*. Guil, R., y Guillen, C. *Psicología del Trabajo para Relaciones Laborales*. (pp. 269-292). España. Editorial Mc Graw Hill.

Hernández, P., Reig, A., Solano, M. y Vizcaya, N. (2002). *Síndrome de burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos*. *Enfermería intensiva*, 13, (1), 9-16.

- Homar, C. y Pades, A. (2006). *Estrés laboral y burnout en enfermería. Metas de enfermería*, 9, (3), 67-72.
- Iguarán, M., Suárez, M., Tuesca, R., Vargas, G. y Vergara, D. (2006). *Síndrome de desgaste profesional en enfermeras/os del área metropolitana de Barranquilla*. *Salud uninorte*, 22, 84-91. Recuperado en junio 30, 2006 disponible en www.uninorte.edu.co.
- Jackson, S. y Maslach, C. (1981). *The measurement of experienced burnout. Journal of occupational behaviour*, 2, 99-113. Recuperado en abril, 1981 disponible en www.mtas.es.
- Leiter, M., Maslach, C., y Schaufeli, W. (2001) *JOB Burnout*. Disponible en: www.annualievicios.org
- Marrero, M. *Burnout en enfermeras que laboran en los servicios de neonatología de ciudad de la habana*. *Revista Cubana salud*, (4), 1-2.
- Mingote, J. (2002). *Síndrome de "Burnout" o síndrome de desgaste profesional*. En Serrano; M. *La educación para la salud del siglo XXI*. (pp. 331-340). Madrid. Ediciones Díaz de Santo.
- OLAZ, F. (1997). *Autoeficacia, diferencias de género y comportamiento vocacional*. Disponible en: www.reme.uji.es
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946). *¿Qué es la Salud? Percepción Comunitaria*. Citado por Isla, P. *Revista de Enfermería Clínica*. Volumen 14, Num. 3, Mayo – Junio, 2004. pp. 31 (129-185).
- Pedreño, M. (2005). *Riesgo y afrontamiento del burnout de la enfermera de salud mental. Metas de enfermería*, 8, (9), 14-17.

Perel, N. (2001). *El Estrés y el Síndrome de Burnout en los Profesionales de la Salud*.
Disponible en: www.elmurocultura.com

Prieto, L.(2000). *El Análisis de las Creencias de AUtoeficacia*. Disponible en:
www.yalocin.com

Roman, J. (2003). *Estrés y Burnout en Profesionales de la Salud de los niveles primario y secundario de atención*. Recuperado en febrero 28, 2003 disponible en:
<http://bvs.sid.cul/revista/spul/vol29-203/spuo2203.htm>.

Salanova, M. (2005). *Laudatio al profesor Albert Bandura*. Recuperado en junio 12, 2002 disponible en www.wont.uji.es.

Santamaría, M., Soto, R. (2005). *Prevalencia del Burnout en la enfermería de atención primaria*. *Enfermería Clínica*, 15, (3), 123-130.

Torres, C. (2004). *¿Estrés o Burnout?*. *Agenda salud*, 24, 1-11. Recuperado en octubre, 2001 disponible en <http://www.isis.cl>.

Wolfberg, E. (2002). *La Salud de los Profesionales de Salud: riesgos y prevención*.
Wolfberg, E. *Prevención en salud mental*. (pp. 67-83). Argentina. Lugar Editorial S.A.

Zambrano, G. (2006). *Estresores en las unidades de cuidado intensivo*. Recuperado en octubre, 2006 disponible en <http://aquichan.unisabana.edu.co>.