

**RELACION DEL SÍNDROME DE BURNOUT CON LOS OBSTACULOS Y FACILITADORES ORGANIZACIONALES DE LOS ENFERMEROS (AS) DEL ÁREA DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CARI E.S.E. DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA**

**Proyecto de trabajo de Grado**

**DIANA MARGARITA SANJUAN GALLARDO**

**LENDY MADELIN TEJERA MONTERO**

**UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR**

**PROGRAMA DE PSICOLOGIA**

**BARRANQUILLA, ATLÁNTICO. Junio de 2008.**

**RELACION DEL SÍNDROME DE BURNOUT CON LOS OBSTACULOS Y  
FACILITADORES ORGANIZACIONALES DE LOS ENFERMEROS (AS) DEL ÁREA  
DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CARI E.S.E. DE LA CIUDAD  
DE BARRANQUILLA**

**NOTA DE ACEPTACIÓN**

---

---

---

---

**JURADO**

---

**JURADO**

---

**TUTORA**

## DEDICATORIA

*Hoy, dedico con amor este triunfo a quienes contribuyeron a mi formación personal y profesional para ayudarme a alcanzar la cima.*

*En primer lugar, a Dios por inspirar en mí el deseo y la vocación al compromiso de trabajar por los demás, y darle a mi alma la grandeza para cumplir debidamente esta noble misión que me ha encomendado.*

*De manera especial, a mi madre Ibeth por su esfuerzo y dedicación para darme la oportunidad de estudiar una carrera profesional, por su abnegado amor, sabia dirección y apoyo incondicional.*

*A mis padres y abuelos Ángel y Colombia, por los valores introyectados y sus sabios consejos que guiaron mi camino al éxito.*

*A mi hermana Betsy, por demostrarme que el éxito también depende de la tolerancia.*

*A mis tías Edith y Edilsa, quienes confiando en mi vocación me tendieron la mano siempre que fue necesario.*

*Por último, a mi novio Oliver por su entrega, amor y apoyo incondicional.*

DIANA MARGARITA.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos de manera especial a la Dra. CARMEN CECILIA CABALLERO DOMINGUEZ, por ser nuestra guía, por su paciencia y dedicación en la realización de este Proyecto, el cual fue de vital importancia para la consecución de nuestros objetivos académicos.

A la Jefe de Recursos Humanos ELVIA BARRERA y al Director de Investigación Dr. PEDRO GÓMEZ, quienes nos facilitaron el acceso al Hospital Universitario CARI E.S.E. para llevar a cabo esta Investigación.

A la Coordinadora de enfermería del Área de Salud Mental, Jefe LILIANA PÉREZ, por liderar el proceso de aplicación de los instrumentos a la población objeto de estudio.

A los enfermeros (as) Jefes y Auxiliares que forman parte del Área de Salud mental y tienen vinculación fija con el Hospital, quienes pacientemente nos colaboraron en la aplicación de los instrumentos de Investigación.

Finalmente, a Dios, a nuestros familiares, amigos y a todos los que de una u otra forma contribuyeron al alcance de esta meta.

Diana Margarita y Lendy Madelin.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN,</b>	<b>12</b>
<b>2. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA,</b>	<b>15</b>
<b>3. JUSTIFICACIÓN,</b>	<b>21</b>
<b>4. OBJETIVOS,</b>	<b>24</b>
4.1. Objetivo General,	24
4.2. Objetivos Específicos,	24
<b>5. HIPÓTESIS,</b>	<b>26</b>
<b>6. MARCO TEÓRICO,</b>	<b>26</b>
6.1. Antecedentes Históricos,	26
6.2. Delimitación del Concepto del Síndrome de Burnout,	29
6.3. Dimensiones del Síndrome de Burnout,	31
6.3.1. <i>Agotamiento Emocional,</i>	31
6.3.2. <i>Despersonalización,</i>	32
6.3.3. <i>Baja realización personal,</i>	32
6.4. Consecuencias del Síndrome De Burnout,	33
6.4.1. <i>Consecuencias Físicas,</i>	33
6.4.2. <i>Consecuencias Conductuales,</i>	34
6.4.3. <i>Consecuencias Emocionales,</i>	34
6.5 Modelos Explicativos,	34
6.6 Teoría Socio Cognitiva Del Yo = Auto eficacia (Albert Bandura),	35
6.6.1. <i>Burnout como "crisis de auto eficacia",</i>	39
6.7 El Origen Organizacional del Síndrome de Burnout,	40
6.8 Obstáculos y Facilitadores Organizacionales,	41
6.8.1. <i>Variables Intra personales,</i>	42
6.8.2. <i>Variables del Contexto Organizacional,</i>	44
6.8.3. <i>Variables Interpersonales y ambientales,</i>	47
6.9 Cuestionario Breve De Burnout (C.B.B.),	49
6.9.1. <i>Descripción del Cuestionario Breve de Burnout (C.B.B.),</i>	50
6.10 Cuestionario sobre Obstáculos y Facilitadores Organizacionales,	51

6.10.1	<i>Descripción del Cuestionario sobre Obstáculos y Facilitadores Organizacionales,</i>	51
<b>7.</b>	<b>DEFINICIÓN DE VARIABLES,</b>	<b>53</b>
7.1.	Definición Conceptual,	53
7.2.	Definición Operacional,	55
7.3.	Control de Variables,	58
7.3.1.	<i>En los Sujetos,</i>	58
7.3.2.	<i>En los Instrumentos,</i>	58
7.3.3.	<i>En las Investigadoras,</i>	58
7.4.	Variables no Controladas,	59
<b>8.</b>	<b>METODOLOGÍA,</b>	<b>60</b>
8.1.	Paradigma,	60
8.2.	Tipo De Investigación,	60
8.3.	Diseño,	61
8.4.	Población ,	61
8.5.	Procedimiento,	61
8.6.	Instrumentos De Recolección De Información,	65
8.6.1.	<i>Cuestionario Breve de Burnout (C.B.B),</i>	65
8.6.2.	<i>Cuestionario sobre Obstáculos y Facilitadores Organizacionales,</i>	66
<b>9.</b>	<b>DESCRIPCION DE RESULTADOS,</b>	<b>67</b>
9.1.	Análisis de Resultados,	67
9.1.1	<i>Análisis de Frecuencia de las Variables Socio demográficas y Laborales,</i>	67
9.1.2	<i>Análisis de Frecuencia de Las Variables Personales,</i>	69
9.1.2.1.	<i>Síndrome de Burnout,</i>	69
9.1.2.2.	<i>Antecedentes del Síndrome de Burnout,</i>	70
9.1.2.3.	<i>Consecuentes del Síndrome de Burnout,</i>	72
9.1.2.4.	<i>Obstáculos y Facilitadores Organizacionales,</i>	73
9.2.	Correlación de Las Variables y Comprobación de las Hipotesis,	80

9.2.1. <i>Relación de las Dimensiones del Síndrome de Burnout con las Variables Socio demográficas y Laborales,</i>	81
9.2.2. <i>Relación de las Dimensiones del Burnout con los Antecedentes y Consecuentes del Síndrome,</i>	82
9.2.3. <i>Relación de las Dimensiones del Síndrome de Burnout con los Obstáculos y Facilitadores Organizacionales,</i>	83
<b>10. DISCUSIÓN DE RESULTADOS,</b>	<b>86</b>
<b>11. CONCLUSIONES,</b>	<b>92</b>
<b>12. BIBLIOGRAFIA,</b>	<b>94</b>
<b>15. ANEXOS,</b>	<b>99</b>

## LISTADO DE TABLAS

**Tabla 1.** Estructura Teórica del C.B.B.

**Tabla 2.** Operacionalización de la variable de estudio el Síndrome de Burnout.

**Tabla 3.** Operacionalización de las variables de estudio Antecedentes y Consecuentes del Síndrome de Burnout.

**Tabla 4.** Operacionalización de las variables de estudio Obstáculos y Facilitadores Organizacionales.

**Tabla 5.** Control de Variables en los sujetos.

**Tabla 6.** Control de Variables en los instrumentos.

**Tabla 7.** Control de Variables en las investigadoras.

**Tabla 8.** Variables no controladas.

**Tabla 9.** Procedimiento de correlación bivariada del coeficiente de Spearman y sus niveles de significación con las variables ordinales.

**Tabla 10.** Análisis de Frecuencia de las Variables Socio demográficas.

**Tabla 11.** Análisis de Frecuencia de las Variables Laborales.

**Tabla 12.** Frecuencia de los niveles de Agotamiento emocional.

**Tabla 13.** Frecuencia de los niveles de Despersonalización.

**Tabla 14.** Frecuencia de los niveles de Baja Realización Personal.

**Tabla 15.** Frecuencia de los niveles de los Antecedentes del Síndrome de Burnout.

**Tabla 16.** Frecuencia de los niveles de los Consecuentes del Síndrome de Burnout.

**Tabla 17.** Frecuencia de los niveles de “Comunicación”.

**Tabla 18.** Frecuencia de los niveles de “Actitud de los familiares de los pacientes”.

**Tabla 19.** Frecuencia de los niveles de “Recompensas”.

**Tabla 20.** Frecuencia de los niveles de “Ergonomía”.

**Tabla 21.** Frecuencia de los niveles de “Condiciones de acceso-Transporte inadecuado/Vivir distante a la Institución”.

**Tabla 22.** Frecuencia de los niveles de “Sobrecarga laboral”.

**Tabla 23.** Frecuencia de los niveles de “Capacitación-Poca oportunidad para capacitarse/Poca comprensión de las enfermedades/Inadecuado manejo de los recursos tecnológicos”.

**Tabla 24.** Frecuencia de los niveles de “Condiciones locativas-Infraestructura física adecuada-Aglomeración por espacio en las dependencias”.

**Tabla 25.** Frecuencia de los niveles de “Relación con los compañeros”.

**Tabla 26.** Frecuencia de los niveles de “Estresares económicas”.

**Tabla 27.** Frecuencia de los niveles de “Exigencias del trabajo-Demasiadas tareas para poder hacerlas todas bien/Funciones que requieren mucha concentración, atención y memoria”.

**Tabla 28.** Frecuencia de los niveles de “Comunicación con el jefe-Falta de información acerca de que tareas hacer/Relación distante y poca comunicación con el jefe”.

**Tabla 29.** Frecuencia de los niveles de “Poco apoyo de la familia”.

**Tabla 30.** Correlaciones de las Dimensiones de Síndrome de Burnout con las Variables Socio demográficas y Laborales.

**Tabla 31.** Correlaciones de las Dimensiones del Burnout con las Antecedentes y Consecuentes del Síndrome.

**Tabla 32.** Correlaciones de las Dimensiones del Síndrome de Burnout con los Obstáculos y Facilitadores Organizacionales.

Esta investigación pretende analizar la Relación del Síndrome de Burnout con las Variables Socio Demográficas y Laborales, con los Antecedentes y Consecuentes del Síndrome y con los Obstáculos y Facilitadores Organizacionales, así como describir la Frecuencia de estas variables de los enfermeros (as) del Área de Salud Mental del Hospital Universitario CARI E.S.E. de la Ciudad de Barranquilla. La muestra estará conformada por 40 enfermeros (as) de ambos géneros que se encuentran laborando con un tipo de contratación fija; con una edad media de 45.25 años; representada en su mayoría por el sexo femenino. Con respecto a los estudios, la mitad de la muestra (50%), son auxiliares de enfermería. En el estado civil, se encontró que la mayoría de la muestra (65%) tiene pareja habitual. En cuanto a las horas trabajadas, se halló que la mayoría de los sujetos de la muestra (65%) laboran entre 43 y 48 horas a la semana. Los Instrumentos utilizados fueron el Cuestionario Breve de Burnout (C.B.B) y el Cuestionario sobre Obstáculos y Facilitadores Organizacionales. Como resultado más destacado, la muestra presentó un grado bajo de Burnout en la dimensión de Baja realización personal (40%) y un grado medio de Burnout en las dimensiones de Agotamiento emocional (50%) y Despersonalización (60%); en lo que respecta a las Variables Sociodemográficas, nos encontramos ante una población con una edad media de 45.25 años. Sobre los Antecedentes se encontró que el 60% de los sujetos de la muestra se halla en niveles medios en los aspectos correspondientes a Características de la tarea, Organización y tedio; y en cuanto a la correlación de las dimensiones del Síndrome entre sí, sólo se relacionó el Agotamiento emocional con la Despersonalización 474(\*). La dimensión de Baja realización personal se relacionó de manera negativa con algunos obstáculos como lo son la Sobre carga laboral y la Aglomeración por espacio en las dependencias. El 75% de los sujetos se hallan en un nivel medio de Consecuentes físicos, mientras que se hallaron niveles bajos tanto en Consecuentes sociales (90%) como en Consecuentes psicológicos (85%). La dimensión de Agotamiento emocional se relacionó positivamente con los Consecuentes físicos 485(\*) y psicológicos 634(\*\*). La dimensión de Despersonalización sólo se relacionó de manera positiva con el Antecedente Características de la tarea (-507\*) y con los Consecuentes físicos (449\*). Por último, en contraste a lo que se esperaba, la dimensión de Baja realización personal sólo tuvo asociación positiva con el Antecedente del Síndrome Organización 515(\*)

**Palabras Clave:** Burnout, Enfermería, Obstáculos y Facilitadores Organizacionales, Cuestionario Breve de Burnout. Cuestionario sobre Obstáculos y Facilitadores Organizacionales. Salud Mental.

## 1. INTRODUCCIÓN

El individuo, en distintos ámbitos de su vida, se ve sometido a múltiples presiones que le generan estrés, llegando así 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 estas.

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, aquellas que necesitan altas dosis de entrega, por lo que son muchos los profesionales potencialmente afectados por el Síndrome (enfermeros, médicos, trabajadores sociales, profesores, policías, psicólogos...) y además está muy extendido dentro de cada uno de ellos.

Estudios realizados por Roman (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 en Guil; Guillén y Mestre, 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 mas vulnerables a

padecerlos, en cualquier caso, no cabe duda de que existen factores estresantes en relación con el trabajo, factores específicos tales como la peligrosidad, la 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. Todos estos, según Tesluk y Matthieu (1999), son denominados Obstáculos y Facilitadores Organizacionales: 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).

En consecuencia, a lo anteriormente planteado, se propuso como objetivo principal de ésta investigación analizar la Relación del Síndrome de Burnout con los Obstáculos y Facilitadores Organizacionales de los enfermeros (as) del área de salud mental del Hospital Universitario CARI E.S.E. de la Ciudad de Barranquilla, teniendo en cuenta la Teoría Social Cognitiva desarrollada por Albert Bandura (1983), la cual hace referencia a la “influencia recíproca entre las cogniciones de los sujetos y sus acciones, así como en lo observado en los demás, y las consecuencias afectivas que las capacidades auto percibidas mostraron en el desempeño real de la tarea laboral”. Es así, como a partir de esta teoría nace el concepto de auto eficacia, entendiendo como tal “las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para manejar situaciones futuras. Las creencias de eficacia influyen sobre el modo de pensar, sentir, motivarse y actuar de las personas”. (Citado en Bandura, 1999).

Así mismo, se utilizó como estrategia metodológica el paradigma empírico-analítico planteado por Reales (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. (pp. 36-37); tomando como referencia a la población conformada por los enfermeros (as) que laboran en el área de salud mental del Hospital Universitario CARI E.S.E. de la Ciudad

de Barranquilla, a la cual se le aplicó los instrumentos llamados “El Cuestionario Breve de Burnout (C.B.B.)” diseñado por el profesor Bernardo Moreno, que 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. (Citado en Gálvez; Garrosa, González y Moreno. 2005). Y por otra parte, el Cuestionario de Bresó (2000), sobre Obstáculos, Facilitadores y Bienestar Psicológico relacionado con los estudios, el cual fue modificado y adaptado al contexto de enfermería, con el propósito de describir la frecuencia de los aspectos relacionados con circunstancias propias del contexto laboral que en un momento determinado pueden representar un obstáculo o facilitador que interfiere o ayuda, respectivamente en el ejercicio de las tareas laborales de los enfermeros (as), ayudando así a cumplir con los objetivos de nuestra Investigación.

## 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 es una de las profesiones que presenta 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 conlleva 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 de enfermería 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, 2002).

Es por esto, que 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. (Citado en Agut y otros, 2001).

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 y grupos de trabajo y formación. (Citado en Agut y otros, 2001).

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. (Citado en Agut y otros.2001). De hecho, Bandura (1999), nos dice que las personas constantemente luchan por ejercer control sobre los sucesos que afectan a sus vidas; por tanto es indispensable determinar si los profesionales de enfermería tienen la capacidad para manejar situaciones futuras o por el contrario son incapaces de ejercer influencia sobre su modo de pensar, sentir, motivarse y actuar.

Ahora bien, en nuestro País existen pocos estudios sobre el desgaste en profesionales de la salud, y más aún, frente a las políticas de contratación en consonancia con la Ley 100 del 93 y la

Reforma Pensional. Se hace entonces necesario, luego de más de una década de la implementación de esta legislación, evaluar el estado emocional y de estrés laboral al que se encuentra sometida una franja de trabajadores del sector sanitario del País y de la Región Caribe. La transformación de los Sistemas de los Servicios de Salud en Colombia, incluye la reestructuración y redistribución del recurso de la enfermería, con el objeto de disminuir los costos de la atención en salud. Las modificaciones en la estructura y financiación de los Sistemas de Salud y enfermería han llevado a cambios en la función del profesional de enfermería que incluye: el aumento o disminución de espacios para su práctica, cambios en la oferta laboral y en los procesos y condiciones de trabajo. En general, los cambios producen cierto nivel de estrés; dada esta situación en el personal de enfermería, es prioritario, valorar y medir el Síndrome de Burnout, ya que este personal es el que se encarga del contacto directo y de la atención del paciente, quien a su vez sería el más afectado en este proceso. (Citado en Iguarán; Suárez, Tuesca, Vargas y Vergara, 2006).

Es así como Iguarán y otros (2006), investigaron el Síndrome de Desgaste Profesional en enfermeros (as) del Área Metropolitana de Barranquilla con el objetivo de analizar el grado de Desgaste Profesional de los enfermeros (as) que laboran en el área Metropolitana de Barranquilla. Para lograrlo se diseñó un estudio descriptivo exploratorio, que contó con la participación de 103 enfermeros (as), a quienes se les administró el Instrumento Maslach Burnout Inventory (1981), en el que se valora el Cansancio Emocional, la Despersonalización, los Logros Personales, Variables Socio Demográficas y Laborales. Como resultado se encontró que la presencia del Síndrome de quemado es relativamente baja en las tres categorías, el 15.5% presentó un grado elevado de Burnout para el Agotamiento Emocional, el 16.5% para la Despersonalización y el 9.7% para la Baja Realización Personal; es decir, la prevalencia del Síndrome fue de 1.9%.

De igual forma, Zambrano (2006), realizó una investigación llamada “Estrés que afectan al personal de Enfermería que labora en la unidad de cuidados intensivos en el Hospital de Cúcuta, Norte de Santander”, con el propósito de determinar el nivel de estrés e identificar los estresores que afectan al personal de enfermería que labora en la UCI, a través de la aplicación del Cuestionario “Estrés Laborales para Enfermería” de Reig y Caruana (1989), en el que se presentan 68 estresores, valorando en que medida cada situación representa una fuente de estrés;

a una muestra conformada por 22 enfermeros(as) y 55 auxiliares de enfermería. Se encontró que la mayor parte de el personal de enfermería presenta algún grado de estrés (94%); los niveles altos y máximos de estrés son producidos por situaciones relacionadas con “conflictos con los superiores” (52%), seguido de “la sobrecarga laboral” (40%) y el “contacto con el dolor y la muerte” (26%). Además, se observó un mayor grado de estrés en las enfermeras, jóvenes, con estado civil casado, con menor experiencia laboral, que trabajan en instituciones privadas y que tienen contratación a término indefinido.

También, Avalos; Giménez y Molina (2005), realizaron la investigación “Burnout en Enfermería de Atención Hospitalaria en la Ciudad Sanitaria Virgen de las Nieves de Granada”, con el objetivo de analizar el nivel de Desgaste Profesional o Burnout que presenta el personal de enfermería de esta Ciudad y la influencia de diversos factores, a través de la aplicación de un Cuestionario auto administrado, compuesto por el Cuestionario Maslach Burnout Inventory (1981), que mide el Desgaste Profesional y otras Variables Sociodemográficas y Laborales, relacionando cada dimensión del Síndrome de Burnout con las variables independientes. A través de esta investigación se obtuvo como resultado un nivel medio de Desgaste Profesional en el personal de enfermería encuestado; un mayor desgaste en el bloque de hospitalización y servicios generales, y además un menor desgaste en el bloque de especialidades y quirúrgico.

Por consiguiente, el estudio del Síndrome de 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 (as) como a los pacientes por el trato recibido por éstos y la problemática social que acarrea para la Institución.

De hecho, apenas existen estudios realizados sobre Obstáculos y Facilitadores Organizacionales, que determinen el nivel del Síndrome 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 sobre estas variables relacionándolas con la incidencia del Burnout en profesionales que laboran directamente con personas, donde su objetivo fue validar una escala de Obstáculos y Facilitadores realizada previamente mediante la utilización de incidentes críticos y averiguar como repercutieron dichas variables en las tres dimensiones del Síndrome de Burnout. Datos que fueron recogidos de una muestra conformada por 85 trabajadores de contacto directo con los clientes. En cuanto, a la primera parte del objetivo los resultados mostraron tres tipos de Obstáculos Sociales y se relacionaron con problemas con los compañeros y deficiencias en la formación que proporciona el establecimiento. El segundo factor hizo 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 Obstáculo Técnico. El último factor ha sido denominado Obstáculo Físico 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. Los primeros son los técnicos, que hacen referencia a la autonomía en el trabajo y a un diseño tecnológico sencillo y útil. Los segundos 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 Síndrome de 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 más interés y esté continuamente en auge su investigación.

Es por ello, que se plantea la presente investigación cuya pregunta problema es: **¿CUÁL ES LA RELACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT CON LOS OBSTÁCULOS Y FACILITADORES ORGANIZACIONALES DE LOS ENFERMEROS (AS) DEL ÁREA DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CARI E.S.E. 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, especialmente los enfermeros (as), los (as) 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. (Citado en Bresó; Salanova y Schaufeli, 2003). 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 sirvió de base en esta investigación, teniendo en cuenta el concepto de la auto eficacia, definido como “las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos que producirán determinados logros o resultados”. (Citado en Cifre; Grau; Llorens; Martínez. y Salanova, 2005).

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 en Mingote, 2002. Pp.331, 332).

Burke y Richardsen (1991), 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 en Román, 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 y Grau (1997), dicen que la salud de los enfermeros (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 el 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 centrándonos en cada una de las fases del proceso, teniendo en cuenta su estructura y los elementos Antecedentes y Consecuentes del mismo, relacionándolo con los Obstáculos y Facilitadores Organizacionales que pueden facilitar o restringir el desempeño laboral de los enfermeros (as), objeto de estudio. De igual forma, describiendo la frecuencia de las Dimensiones del Síndrome y de sus elementos Antecedentes y Consecuentes; relacionando estas Dimensiones en primer lugar con las variables Socio Demográficas y Laborales de los enfermeros (as), así como con los elementos Antecedentes y Consecuentes y por último con los Obstáculos y Facilitadores Organizacionales de los enfermeros (as).

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.

Para nosotras, como Psicólogas en formación es de gran importancia puesto que nos permite adquirir nuevos conocimientos sobre los factores que influyen en el malestar psicológico de los individuos y que de una u otra forma pueden afectarlos en sus relaciones interpersonales.

Es importante, considerar que el Área de Salud Mental del Hospital Universitario CARI E.S.E. 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.

Por lo tanto, ésta investigación 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 Síndrome de Burnout con los Obstáculos y Facilitadores Organizacionales de los enfermeros (as) del Área de Salud Mental del Hospital Universitario CARI E.S.E. de la Ciudad de Barranquilla.

### 4.2 Objetivos Específicos

- Describir la Frecuencia de las Variables Sociodemográficas y Laborales de los enfermeros (as) del Área de Salud Mental del Hospital Universitario CARI E.S.E. de la Ciudad de Barranquilla.
- Describir la Frecuencia de las Dimensiones de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Baja Realización Personal de los enfermeros (as) del Área de Salud Mental del Hospital Universitario CARI E.S.E. de la Ciudad de Barranquilla.
- Describir la Frecuencia de los elementos Antecedentes y Consecuentes del Síndrome de Burnout de los enfermeros (as) del Área de Salud Mental del Hospital Universitario CARI E.S.E. de la Ciudad de Barranquilla.
- Describir la Frecuencia de los Obstáculos y Facilitadores Organizacionales de los enfermeros (as) del Área de Salud Mental del Hospital Universitario CARI E.S.E. de la Ciudad de Barranquilla.
- Establecer la Relación de las Dimensiones de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Baja Realización Personal con los Variables Socio Demográficas y Laborales de los enfermeros (as) del Área de Salud Mental del Hospital Universitario CARI E.S.E. de la Ciudad de Barranquilla.

- Establecer la Relación de las Dimensiones de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Baja Realización Personal con los elementos Antecedentes y Consecuentes del Síndrome de Burnout en los enfermeros (as) del Área de Salud Mental del Hospital Universitario CARI E.S.E. de la Ciudad de Barranquilla.
- Establecer la Relación de las Dimensiones de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Baja Realización Personal con los Obstáculos y Facilitadores Organizacionales de los enfermeros (as) del Área de Salud Mental del Hospital Universitario CARI E.S.E. de la Ciudad de Barranquilla.

## **5. HIPÓTESIS**

H1) Niveles de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Baja Realización Personal se asocian negativamente con Variables Socio Demográficas como la edad y el número de hijos y las Variables Laborales.

H2) Niveles altos de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Baja Realización Personal se asocian positivamente con los Antecedentes del Síndrome de Burnout.

H3) Niveles bajos de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Baja Realización Personal se asocian positivamente con los Consecuentes del Síndrome de Burnout.

H4) Niveles altos de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Baja Realización Personal se asocian positivamente con los Obstáculos Organizacionales y negativamente con los Facilitadores Organizacionales.

## **6. MARCO TEÓRICO**

### 6.1 Antecedentes Históricos

Con el término Burnout, que según Perel (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 y otros (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. (p.276).

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 Freudemberger (1974), para referirse a los problemas de los servicios sociales. Pero fue Maslach (1977), quien lo difundió en el Congreso Anual de la Asociación Psicológica Americana, para definir una situación cada vez más 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 en Guil y otros, 2000. p.276).

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

La relevancia, cada vez mayor, que los servicios humanos han ido adquiriendo como agentes del bienestar individual y colectivo; la mayor exigencia que los usuarios hacen de los servicios sociales, educativos y sanitarios, y el conocimiento de los efectos perjudiciales del estrés, tanto en las personas como en los ambientes. (p.276).

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 y Lipko (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 (p.30). 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 (1982), quien considera el Síndrome de Burnout como una combinación de las siguientes circunstancias:

- Agotamiento Emocional: sensación de no poder dar más de sí.
- Despersonalización: actitud impersonal y negativa hacia los usuarios, y
- Falta de Realización Personal. (Citado en 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:

- Síntomas físicos: fatiga crónica, cefaleas, insomnio, trastornos gastrointestinales, pérdida de peso, dolores musculares, etc.

- Síntomas conductuales: absentismo laboral, abuso de drogas, conductas videntes, comportamiento de alto riesgo, entre otros.
- 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:

- Falta de energía y entusiasmo,
- Descenso del interés por los usuarios,
- Percepción de estos como frustrantes, crónicos y desmotivados, y
- 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 en Aragonese; Oliver y Moreno, 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 en García; Lagares; Pedrero; Puerta y Sáez, 2004).

Pero, para Maslach (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 en Mingote, 2000. p.322).

Más adelante encontramos a autores como Pines; Aronson y Kafry (1981), quienes conceptualizan el Síndrome de 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 en Gálvez y otros, 2005).

Luego, Pines y Cols (1981), describen el Síndrome de 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 al pensamiento de suicidio. Finalmente, el cansancio psíquico se manifiesta por el desarrollo de actitudes negativas sobre sí mismo, el trabajo y la vida en general; incluyendo una baja autoestima y sentimientos de inferioridad, ineficacia e incompetencia. (Citado en 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 en 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 Síndrome de Burnout

#### *6.3.1 Agotamiento Emocional*

Según Maslach y Jackson (1981), esta dimensión hace referencia a un desgaste, pérdida progresiva de energía, agotamiento y fatiga, que puede manifestarse física, psicológicamente o como una combinación. (Citado en Albaladejo; Astasio; Calle; Domínguez; Ortega y Villanueva, 2004). 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. En otras palabras, implica estar emocionalmente exhausto, es la pérdida de 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 y Jackson (1981), explica ésta dimensión haciendo referencia al desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y cinismo hacia las personas que se deben atender. (Citado en Torres, 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 según Maslach y Jackson (1981), hace referencia al profesional que es cada vez menos efectivo para conseguir sus objetivos y surgen sentimientos de incompetencia, con disminución de la realización personal. (Citado en Albar; Algaba; Carballo; García; González; Gutiérrez y Romero, 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 Síndrome de 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 la salud.

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

#### *6.4.1 Consecuencias Físicas:*

Estas suelen ser las primeras en aparecer e incluyen alteraciones cardiovasculares (como la hipertensión o la enfermedad coronaria), fatiga crónica, cefaleas, alteraciones gastrointestinales (como la úlcera duodenal o el colon irritable), mialgias, 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:*

Garrosa; González y Moreno (2001), dice que entre estas consecuencias encontramos la evitación de responsabilidades, absentismo, conductas inadaptativas, desorganización, sobre implicación, evitación de decisiones, aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas.

#### *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. (pp. 68-69).

### 6.5 Modelos Explicativos

Se ha intentado dar cabida al Constructo del Síndrome de Burnout dentro de marcos teóricos más amplios que pudieran dar cuenta de su etiología. Gil-Monte y Peiró (1999), identifican tres modelos: La Teoría Socio Cognitiva del Yo, Las Teorías del Intercambio Social y La Teoría Organizacional. 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 en lo observado en los demás, y las consecuencias afectivas que las capacidades auto percibidas mostrarán en el desempeño real de la tarea laboral. Las Teorías del Intercambio Social de Hobfoll y Fredy (1993), sitúan la etiología del Síndrome de 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. Y, La teoría organizacional otorga la mayor importancia a los elementos de la organización, el ambiente de trabajo y las inadecuadas estrategias de afrontamiento desarrolladas por los sujetos, y la consecuente vivencia de estrés. (Citado en García y otros, 2000).

Ahora bien, Gil-Monte y Peiró (1999), dicen que estos modelos agrupan una serie de variables, consideradas como elementos Antecedentes y Consecuentes del Síndrome, y discuten a

través de que procesos los individuos llegan a sentirse quemados. 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. 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”. (Citado en Salanova, 2005).

#### 6.6 Teoría Socio Cognitiva Del Yo = Auto eficacia (Albert Bandura)

Según éste autor, el nivel de motivación, los estados afectivos y las acciones de las personas se basan más en las creencias que en la información objetiva del caso, constituyéndose estas en el principal centro de interés en cuestión. Por lo tanto, comprender plenamente la causación personal exige una teoría comprensiva que explique, dentro de un marco conceptual unificado, los orígenes de las creencias de eficacia personal, su estructura y función, los procesos mediante los que operan y los diversos efectos que producen. Es así, como a partir de la teoría de Bandura (1986), nace el concepto de Auto eficacia definido como “los juicios de cada individuo sobre su capacidad en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado”, teniendo en cuenta los subprocesos tanto a nivel individual como colectivo. (Citado en Prieto, 2000).

Desde entonces se han realizado una multitud de investigaciones científicas, así como aplicaciones concretas de la Auto eficacia 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 han abierto nuevas estrategias a los psicólogos(as) con base a las hipótesis sobre Auto eficacia colectiva o grupal. (Citado en Salanova, 2005).

Por otro lado, Pajares (1997), dice que las creencias de Auto eficacia se forman a partir de la información aportada por cuatro fuentes:

\* Logros de ejecución: Constituyen la fuente de información de Auto eficacia más importante, ya que se basan en experiencias de dominio real. El éxito repetido en determinadas tareas aumenta las evaluaciones positivas de Auto eficacia mientras que los fracasos repetidos las disminuyen, especialmente cuando los fracasos no pueden atribuirse a un esfuerzo insuficiente o a circunstancias externas. (Citado en Olaz, 1997).

\* Experiencia vicaria: Viendo a otras personas ejecutar exitosamente ciertas actividades, o imaginándolo, el sujeto puede llegar a creer que el mismo posee las capacidades suficientes para desempeñarse con igual éxito. También, involucra las comparaciones sociales que el individuo realiza entre sus propias capacidades y la de los otros. Estas comparaciones pueden transformarse en poderosas influencias en el desarrollo de auto percepciones de eficacia. (Citado en Olaz, 1997).

\* Persuasión verbal: Se refiere a personas que ya poseen un nivel elevado de Auto eficacia y necesitan solamente de un poco más de confianza para realizar un esfuerzo extra y lograr el éxito. (Citado en Olaz, 1997).

\* 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 en 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 en Prieto, 2000).

Conocer y valorar los aspectos diferenciales de cada uno de los conceptos mencionados es importante tanto desde la vertiente teórica como desde aquella relacionada con la medida del constructo. Según Pajares (1996), “explicar las diferencias entre la auto eficacia percibida y otros tipos de expectativas puede ayudarnos a demostrar la diferencia practica 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:

\* Auto concepto: Bandura (1997), concibe el Auto concepto 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 Auto concepto 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 auto concepto pueden estar referidos a un ámbito determinado, no afectan a una tarea específica como pueden hacerlo los juicios de eficacia personal. Dada esta especificidad característica de las

creencias de Auto eficacia, 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 sí mismas. En este sentido, una persona que tiene bajas expectativas de eficacia personal en un área específica, no necesariamente goza de un Auto concepto pobre, especialmente, sino confiere valor alguno a dicha actividad. En definitiva, se confiere mayor poder predictivo de la conducta humana a las expectativas de Auto eficacia, las cuales varían en los distintos dominios de actividad, según el nivel de dificultad y bajo diversas circunstancias. (Citado en Olaz, 1997).

\* Auto estima: Bandura (1997), manifiesta que los juicios personales acerca de la propia capacidad no tienen por qué estar de ningún modo relacionados 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 Auto estima elevada para asegurar el éxito de las realizaciones personales. En este sentido, una persona puede tener un buen nivel de Auto estima 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 Auto eficacia juegan un papel fundamental a la hora de predecir las metas que se fijan las personas y las acciones que desarrollan para alcanzarlas con éxito, mientras que la Auto estima no tiene por que afectar ni a los objetivos personales ni a las conductas que se llevan a cabo. (Citado en Olaz, 1997).

\* Expectativas de Auto eficacia y expectativas 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 Auto eficacia 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 auto eficacia al tiempo que manifiestan expectativas de resultado negativas. En los últimos años, Bandura (1986,1997), ha señalado la existencia de distintos tipos de expectativas de resultado en función de las condiciones en las que estas se ven determinadas por las expectativas de auto eficacia y por las relaciones que se establecen entre ámbas. (Citado en Olaz, 1997).

\* Lugar de control: La creencia común acerca de que el nivel de generalidad es la única variable capaz de diferenciar los conceptos de Auto eficacia y lugar de control es, según Bandura (1997), una concepción errónea. Mientras que la Auto eficacia 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 atribuyendo las consecuencias de la conducta a factores externos o internos. (Citado en Prieto, 2000).

#### *6.6.1 Burnout como “Crisis de auto eficacia”:*

La investigación realizada por Leiter; Maslach y Schaufeli (2001), 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 Grrren, Walkey y Taylor (1991), el “corazón del Burnout” y el tercer componente del Burnout, eficacia profesional, se ha criticado como siendo más una variable de la personalidad. Por ejemplo, Leiter (1992), muestra 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 sentimientos de ineficacia o “Crisis de Auto eficacia”, provocados por fuentes tales como las experiencias de fracaso o falta de dominio que conllevan al desarrollo del Burnout. (Citado en Bresó y otros, 2003).

#### 6.7 El Origen Organizacional del Síndrome de Burnout

Desde los primeros momentos de la formulación del Síndrome de Burnout, se asoció su aparición a las condiciones de trabajo, principalmente a los factores organizacionales. De hecho, el estudio de los factores organizacionales vinculados a la aparición del Síndrome de Burnout ha tenido un doble enfoque (Maslach y Jackson, 1984). Por una parte, han estado los estudios centrados en la naturaleza de la relación entre el profesional y los clientes, y por otra la relación del profesional con el entorno organizacional como un sistema laboral y personal. Especialmente en las profesiones asistenciales se ha encontrado que el tipo de relación entre el cliente y el profesional es la fuente más decisiva del Síndrome de Burnout asistencial. 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 en 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 Síndrome de Burnout, y Burke y Richardsen (1996), quienes consideran que las puntuaciones del Síndrome de Burnout son siempre altas en los contextos laborales caracterizados por la sobrecarga de trabajo. (Citado en Garrosa y otros, 2001).

Por otra parte, uno de los modelos más importantes en el estudio del estrés laboral, es el proporcionado por la Escuela de Michigan (1986), desarrollado por el Instituto para la Investigación Social de la Universidad de Michigan, que propone el estrés como un proceso interactivo entre el entorno y el trabajador el cual provendría 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. El conflicto y la ambigüedad del rol han sido frecuentemente identificados como factores asociados a la aparición del Síndrome de Burnout. Los 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. (Citado en Garrosa y otros, 2001).

Desde ésta perspectiva global, no sería tanto la existencia del estrés rol, la falta de desarrollo profesional, la insuficiencia de medios u otros aspectos particulares y específicos los que generarían el Burnout como Síndrome, sino el conjunto de todos ellos. El Síndrome de 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 justificativo que mantiene al profesional en el ejercicio vivo y activo de su profesión. (Citado en Garrosa y otros, 2001).

### 6.8 Obstáculos y Facilitadores Organizacionales

Los Obstáculos y Facilitadores Organizacionales que los trabajadores perciben en desempeño de su trabajo pueden tener efectos sobre sus estados afectivos y emocionales. Según Tesluk y Matthieu (1999), 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 (físico o psicológico) para superarlos, y se asocian a ciertos costes físicos o psicológicos”. También se llaman a estos factores “barreras de actuación”. (Citado en Cifre y otros, 2005).

Por otro lado, los Facilitadores “son aspectos organizacionales que han contribuido a la resolución de los Obstáculos. Mas específicamente los Facilitadores son las acciones y las estrategias dirigidas a mitigar los problemas ocasionados por los obstáculos que pueden interferir en el desempeño”. Los Facilitadores pueden incluir tanto el esfuerzo para la eliminación de estos Obstáculos, como las conductas de supervisión y las políticas de recursos humanos. Además, los Facilitadores pueden mejorar el desempeño y el bienestar psicológico. (Citado en Cifre y otros, 2005).

El listado de Obstáculos y Facilitadores Organizacionales ya sean de naturaleza técnica o más bien social, 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. (Citado en Garcés, 2004).

#### *6.8.1 Variables Intra personales:*

Son variables propias del individuo y hacen referencia a aspectos de su personalidad, sus sentimientos y pensamientos, sus emociones, sus actitudes, 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. (Revicki y May, 1983)

\* Indefensión aprendida: Este paradigma está relacionado con el nulo control de la persona sobre la situación o evento aversivo. (Ensedel y Tully, 1981).

\* Interés social: Interés activo en fomentar el bienestar humano. Si el interés humano decrece en la persona aumenta la probabilidad de padecer el Síndrome de Burnout. (Ansbacher, 1956).

\* Personalidad resistente: Éste patrón de personalidad se caracteriza por un sentimiento 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. (Compromiso, control y desafío). Así, estas personas previenen o reducen la incidencia del Burnout. (Rich, 1987).

\* Sexo: Se Plantea ésta variable no tanto porque por sí misma determine la existencia o no del Síndrome de Burnout, como por el hecho de que a la variable sexo van ligadas una serie de características relacionadas con el trabajo, que le predisponen especialmente; así las mujeres presentan más conflictos de rol, sintomatología depresiva, conflictos familia-trabajo, entre otras, por lo que serán más propensas a presentar el Síndrome de Burnout. (Burke; Greenglass y Pantony, 1988).

\* Edad: La edad aparece como una variable que puede mediatizar en el proceso del Síndrome en el contexto laboral, de tal manera que a mayor o menor edad también se debe encontrar una correspondencia en experiencia y madurez y en la forma de afrontar las diferentes presiones que afectan al individuo. Cuanto más joven es el trabajador mayor incidencia de Síndrome de Burnout hallaremos. (Gould, 1985).

\* Demandas emocionales: Se plantean como antecedentes objetivos del Síndrome de 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 el hecho de percibir el individuo que se le hacen dichas demandas emocionales que él considera abrumadoras. (Garden, 1989).

\* Estrategias de afrontamiento inadecuada: Lo que supone que el individuo está empleando una estrategia de afrontamiento que no son acertados para hacer frente a la situación, que hace que aumente la posibilidad de padecer Síndrome de Burnout. (Etzion y Pines, 1986)

\* Auto eficacia: 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 valía personal del individuo. Según Leiter (1992), si existe crisis de autoeficacia mayor probabilidad habrá de sufrir Síndrome de Burnout.

\* Patrón de personalidad Tipo A: Éste patrón caracteriza a los individuos con altos componentes de competitividad, esfuerzo por conseguir el éxito, agresividad, prisa, impaciencia, inquietud, hiper responsabilidad. Éste patrón de personalidad predispone claramente al Síndrome de Burnout. (Nagy y Davis, 1985).

\* Auto concepto: Planteado como 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 Síndrome de Burnout, de ahí que para encontrar conductas no asociadas con Burnout el individuo tenga que presentar un auto concepto positivo. (Sarros y Friezen, 1987).

\* 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 Síndrome de Burnout. (Cordes y Dougherty, 1993).

### *6.8.2 Variables del contexto organizacional*

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

\* **Negativa dinámica del trabajo:** Que es fruto de interacciones mal conducidas con compañeros o supervisores, de planteamientos directivos descendentes poco claros, de un mal establecimiento de los roles a desempeñar, etc.

\* **Inadecuación profesional:** Se indica como una de las posibles causas del Síndrome de Burnout, no tanto por sí mismo como por el hecho de tener que seguir trabajando en un puesto con el que objetivamente no se está adecuado profesionalmente. (Ayuso y López, 1993).

\* **Exigencias del trabajo:** Estas sobrepasan las racionalmente aceptables, y suelen ir acompañadas de exceso de tareas que no son agradables. A más exigencias y por tanto mayor responsabilidad en sus actuaciones habituales, mayor probabilidad de aparición del Síndrome de Burnout, sobre todo si van acompañadas de falta tiempo. (Sarros, 1988).

\* **Realización en el trabajo:** A menor realización en el trabajo mayor es el grado de Síndrome de Burnout. En este contexto la realización en el trabajo se entiende como realización real que es valorada mediante métodos objetivos y percepción de la realización que entra dentro de la subjetividad del trabajador. (Garden, 1987).

\* **Interacción Trabajador – Cliente:** Da lugar a fricciones y conflictos cotidianos, apareciendo así como una variable predictora del Síndrome de Burnout. (Lee y Ashforth, 1993).

\* **Conflicto y Ambigüedad del 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 está relacionado con el conflicto existente entre lo que el trabajador espera del desempeño de su puesto de trabajo y lo que los otros (compañeros y supervisores) esperan que desempeñe. A mayor ambigüedad y conflicto de rol mayor probabilidad de padecer el Síndrome de Burnout. (Friedman, 1991).

\* **Participación en la toma de decisiones:** Esta participación condiciona aspectos tales como seguridad personal, responsabilidad, realización personal, ya que permite al individuo

tomar decisiones que van a tener una repercusión en el trabajo. A menor posibilidad de tomar decisiones, mayor probabilidad de padecer el Síndrome de Burnout. (Pretorius, 1993).

\* Recompensas: La falta de recompensas (tanto las económicas como las sociales, consecuentes a un trabajo bien realizado, o a una trayectoria profesional relevante) predicen la aparición del Síndrome de Burnout. (Meier, 1983).

\* Apoyo organizacional: Entendido como apoyo recibido en la dinámica del trabajo por parte de los supervisores y/o compañeros. A menor apoyo mayor predicción del Síndrome de Burnout. (Jorgesen, 1992).

\* Expectativas en el trabajo: Tienen que ver con el hecho de que se cumplan en el trabajo aquellas metas que la persona se forjó hacia él, que exista el éxito constatable que el individuo persigue. Conforme disminuye la probabilidad de que se cumplan las expectativas, mayor es la opción de que aparezca el Síndrome de Burnout. (Gann, 1979).

\* Relaciones con los compañeros: Dichas relaciones son decisivas en la dinámica que se genera y, por tanto, en cuanto al clima laboral resultante. Cuanto más aversivo es este clima, más probabilidad hay de padecer el Síndrome de Burnout. (Sandoval, 1993).

\* Rigidez organizacional: Esta rigidez se da en aquellas organizaciones excesivamente normativas en las que prácticamente todo está previamente definido, y las posibilidades de improvisar o de tomar decisiones están muy restringidas. En este tipo de organizaciones es más frecuente el Síndrome de Burnout. (Brissie, 1988).

\* Estresores económicos: Cuando existe inseguridad económica (contrato inestable, ausencia del mismo, insuficiencia económica, previsiones negativas sobre el futuro del puesto de trabajo, etc) aumenta la vulnerabilidad al Síndrome de Burnout. (Cooley, 1986).

\* Satisfacción laboral: La satisfacción laboral está provocada por los diversos componentes del trabajo que influyen en el individuo que lo desempeña. Cuando esta satisfacción no se encuentra en el trabajo aparece el Síndrome de Burnout. (Ashforth, 1993).

\* Adicción al trabajo: El término se ha aplicado a aquellos individuos que presentan una absoluta dedicación al trabajo, por encima de otras actividades familiares o personales. Estas personas son más propensas a padecer el Síndrome de Burnout. (Davis, 1985).

\* Desafío en el trabajo: Se refiere a la circunstancia que a veces se da en los trabajadores dentro del contexto laboral, de tener que estar continuamente demostrando su capacidad para desarrollar adecuadamente el desempeño laboral. A más desafío más Síndrome de Burnout, en concreto, mayor Despersonalización y menor Realización Personal. (Sarros, 1989).

\* Autonomía en el trabajo: Es la libertad de acción, dentro de unas normas establecidas por la organización, de que dispone el individuo para desarrollar adecuadamente su trabajo. A menor autonomía más Síndrome de Burnout, especialmente la dimensión de Agotamiento Emocional. (Lee y Asforth, 1993).

\* Compromiso con el trabajo: Cuando un trabajador puede comprometerse con su trabajo y con la organización que lo representa dedicando sus esfuerzos e ilusiones para lograr un aumento de su realización laboral, existe menos posibilidades de que aparezca el Síndrome. Niveles altos de Síndrome de Burnout podrían, por tanto, estar asociados con un bajo compromiso en la ocupación. (Reilly, 1994).

### *6.8.3. Variables inter personales o ambientales:*

Son variables no relacionadas con el contexto laboral y sí 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 menor apoyo social más posibilidades de padecer el Síndrome de Burnout. (Etzion, 1984).

\* 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 más aversivos aumenta la frecuencia de padecer el Síndrome de Burnout. (Sarros, 1988).

\* Comunicación: Cuando los flujos comunicativos se deterioran más en el ambiente social del individuo, la aparición del Síndrome de Burnout aumenta. Donde más incidencia tiene es en la dimensión reducida realización personal. (Sarros y Friesen, 1987).

\* 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 aversivas, más Síndrome de Burnout. (Sarros, 1988).

\* 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 él. A menor satisfacción vital más Síndrome de Burnout, en concreto y mayor nivel de Agotamiento Emocional. (Lee y Asforth, 1993).

\* 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 Síndrome de Burnout. (Golembiewski y Munzenrider, 1988).

\* 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 Síndrome de Burnout. (Leiter, 1992).

\* Recursos de afrontamiento familiares: Cuando la familia facilita la puesta en marcha de diversos recursos para afrontar las situaciones que pueden dar lugar al Síndrome de Burnout, la persona presenta menor vulnerabilidad a su padecimiento. Estos recursos de afrontamiento son independientes de los que puede poseer el individuo en su contexto laboral. (Leiter, 1990).

\* Cultura: El Síndrome de Burnout no afecta de la misma manera a individuos pertenecientes de una cultura u otra, 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. (Pines y Guendelman, 1995).

### 6.9 Cuestionario Breve de Burnout (C.B.B.)

Para Bustos y otros (1997), el Cuestionario Breve de Burnout está elaborado 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 en Gálvez y otros, 2005).

El Cuestionario Breve de Burnout considera procesos de tipo cognitivo implicados en el Síndrome de 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. (Citado en Gálvez y otros, 2005).

#### *6.9.1 Descripción del Cuestionario Breve de Burnout (C.B.B.)*

El Cuestionario tiene un total de 21 ítems integrados en 3 bloques teóricamente diferenciados: Antecedentes del Síndrome, Elementos del Síndrome de Burnout y Consecuentes del mismo. Ver Tabla 1.

**Tabla 1. ESTRUCTURA TEÓRICA DEL CBB**

<b>Estructura</b>		<b>Ítems</b>
Antecedentes	Caract. Tarea	2, 10,16
	Organización	4, 8,9
	Tedio	6, 14,20
Agotamiento emocional		1, 7,15
Despersonalización		3, 11,18
Realización Personal		5, 12,19
Consecuentes	Físicos	13
	Sociales	17
	Psicológicos	21

El primer bloque teórico del CBB está constituido por los posibles Antecedentes del Síndrome de Burnout: Características de la Tarea, Tedio y Organización. El factor Características de la Tarea evalúa la importancia que tiene en la génesis del Síndrome de 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 y de la implicación e identificación en el mismo. La variable Tedio como Antecedente del Síndrome de 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 Kafry (1981), acerca del Síndrome de 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), en el que se insiste en las bases organizacionales del Síndrome. En éste caso el CBB recoge más directamente los aspectos funcionales de la organización. (Citado en Gálvez y otros, 2005).

El segundo bloque integra los tres factores del Síndrome de Burnout recogidos en el modelo presentado por Maslach y Jackson (1981). 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 Síndrome de Burnout ha atendido a las consecuencias físicas, a las consecuencias sobre el clima familiar y al rendimiento laboral, aspectos todos ellos que han sido recogidos en la literatura sobre el tema. En todas las escalas el rango de respuestas es de 1 a 5. (Citado en Gálvez y otros, 2005).

#### 6.10 Cuestionario sobre Obstáculos y Facilitadores Organizacionales

El Cuestionario sobre Obstáculos y Facilitadores Organizacionales es una modificación del Cuestionario sobre Obstáculos, Facilitadores y Bienestar Psicológico relacionado con los estudios, creado por Bresó (2000), y que fue adaptado al contexto laboral de la profesión de Enfermería con el propósito de describir la frecuencia de los aspectos relacionados con circunstancias propias del contexto laboral que en un momento determinado pueden representar un obstáculo o facilitador que interfiere o ayuda, respectivamente en el ejercicio de las tareas laborales de los enfermeros (as).

##### *6.10.1 Descripción del Cuestionario sobre Obstáculos y facilitadotes Organizacionales*

El Cuestionario tiene un total de 35 ítems integrados en dos bloques teóricamente diferenciados: Obstáculos y Facilitadores. El primer bloque formado por 18 ítems está constituido por los posibles Obstáculos: 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, Desafío en el trabajo Exigencias Vitales, Problemas familiares, Demandas emocionales. El segundo bloque integrado por 17 ítems, constituye los posibles Facilitadores: Locus de control externo, Interés social, Personalidad resistente, Sexo, Edad, Auto eficacia, Auto concepto, Expectativas personales, Realización en el trabajo, Interacción Trabajador – Cliente, Participación en la toma de decisiones, Recompensa, 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 y Cultura. Todos estos aspectos han sido recogidos en la literatura sobre el tema por Bresó (2000), quienes definen los Obstáculos 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”, y por el contrario a los Facilitadores como “los 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”.

## 7. DEFINICION DE VARIABLES

### 7.1. Definición Conceptual

El Burnout según 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 elementos Antecedentes del Síndrome de 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 elementos Consecuentes del Síndrome de 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. (Homar y Pades, 2006).

Los Obstáculos Organizacionales 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 Facilitadores Organizacionales: “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: Ver Tabla 2.

**Tabla 2. Operacionalización de la variable de estudio el Síndrome de Burnout.**

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

**Tabla 3. Operacionalización de las Variables de estudio Antecedentes y Consecuentes del Síndrome de Burnout.**

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

**Tabla 4. Operacionalización de las Variables de estudio Obstáculos y Facilitadores Organizacionales.**

<p><b>OBSTÁCULOS ORGANIZACIONALES</b></p>	<p>Capacidad para restringir el desempeño.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de Comunicación</li> <li>• Actitud de los familiares de los pacientes</li> <li>• Ergonomía</li> <li>• Condiciones de acceso</li> <li>• Sobrecarga Laboral</li> <li>• Capacitación</li> <li>• Condiciones Locativas</li> <li>• Relación con los compañeros</li> <li>• Estresores económicos</li> <li>• Exigencias del Trabajo.</li> <li>• Comunicación con el jefe</li> <li>• Poco apoyo de la familia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inadecuada comunicación con el personal administrativo y de servicios.</li> <li>• Comunicación irritante e irrespetuosa de los familiares de los pacientes con los enfermeros.</li> <li>• Pocos incentivos laborales.</li> <li>• Inadecuación del mobiliario.</li> <li>• Transporte inadecuado</li> <li>• Problemas con los horarios</li> <li>• Poca oportunidad para capacitarse.</li> <li>• Aglomeración por espacio en las dependencias.</li> <li>• Excesiva competitividad entre compañeros.</li> <li>• Falta de recursos económicos propios.</li> <li>• Demasiadas tareas para poder hacerlas todas bien.</li> <li>• Funciones que requieren concentración, atención y memoria.</li> <li>• Falta de información acerca de qué tareas hacer, cómo, para qué hacerlas.</li> <li>• Vivir distante de la institución.</li> <li>• Poco apoyo de la familia.</li> <li>• Relación distante y de poca comunicación con los jefes.</li> <li>• Poca comprensión de las enfermedades que padecen los pacientes.</li> <li>• Inadecuado manejo de los recursos tecnológicos.</li> </ul>
<p><b>FACILITADORES ORGANIZACIONALES</b></p>	<p>Estrategias para mitigar los problemas ocasionados por los obstáculos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condiciones Locativas</li> <li>• Recompensa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infraestructura física adecuada</li> <li>• Posibilidades de ascensos y reconocimiento por el adecuado desempeño laboral.</li> </ul>

## 7.3. Control de Variables

7.3.1. *En los Sujetos* (Ver Tabla 5)**Tabla 5. Control de Variables en los sujetos.**

¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿POR QUÉ?
Institución	Que todos los sujetos de la muestra tenían vinculación fija con la Institución.	Los sujetos participantes no laboraban en otra institución.
Jornada laboral	Que a todos los enfermeros 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, ya que es al inicio del turno donde estos se encuentran sin presiones Psico sociales propias del ejercicio de su profesión.

7.3.2 *En los Instrumentos* (Ver Tabla 6)**Tabla 6. Control de Variables en los instrumentos.**

¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿POR QUÉ?
Validez y confiabilidad	Prueba piloto y análisis del alfa Cronbach.	Probar el instrumento y calcular su confiabilidad y valorar la capacidad de discriminar sus preguntas.

7.3.3 *En las investigadoras* (Ver tabla 7)**Tabla 7. Control de Variables en las investigadoras.**

¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿POR QUÉ?
Unidad de criterios	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 (Ver Tabla 8)

**Tabla 8. Variables no controladas.**

<b>¿QUÉ?</b>	<b>¿POR QUÉ?</b>
Aplicación de los Instrumentos de forma colectiva.	Porque debido a la sección donde laboran y su objeto de trabajo, estos no pudieron movilizarse a otro lugar. Y contar con el grupo para la aplicación del instrumento
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 los enfermeros (as) del área de Salud Mental del Hospital Universitario CARI E.S.E. de la Ciudad de Barranquilla, sin discriminar dichas variables.

## **8. METODOLOGÍA**

### 8.1. Paradigma

Esta investigación será diseñada, teniendo en cuenta los lineamientos del paradigma empírico – analítico que según Reales (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 Síndrome de Burnout con los Obstáculos y Facilitadores Organizacionales en los enfermeros(as) que laboran en el área de salud mental del Hospital Universitario CARI E.S.E de la ciudad de Barranquilla. (P.p.36-37).

### 8.2. Tipo De Investigación

La investigación es de tipo Correlacional – Descriptivo, ya que según Baptista; Fernández y Hernández (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. (P.p. 117-119-121-122).

De esta manera analizaremos la Relación del Síndrome de Burnout con los Obstáculos y Facilitadores Organizacionales en los enfermeros(as) del Hospital Universitario CARI E.S.E de la Ciudad de Barranquilla.

### 8.3. Diseño

El diseño que guió esta investigación es no experimental correlacional – descriptivo, ya que según Baptista y otros (2002), tiene como objetivo indagar la incidencia y valores en que se

manifiestan una o más variables, y a su vez nos permitió describir y analizar relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado. Es decir, recolectar datos sobre las Variables Socio Demográficas y Laborales, los elementos Antecedentes y Consecuentes del Síndrome de Burnout y los Obstáculos y Facilitadores Organizacionales en los enfermeros (as) del Hospital Universitario CARI E.S.E de la Ciudad de Barranquilla y analizar lo que arrojen estos datos para describir la relación existente entre estas variables en un momento determinado. (P.p. 267-273-274).

#### 8.4. Población:

En este Proyecto de Investigación, la población estuvo conformada por un grupo de 40 enfermeros (as) de ambos géneros que se encuentran laborando con un tipo de contratación fija en el área de salud mental del Hospital Universitario CARI E.S.E de 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 la 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 enfermeros (as), lo que permitió contextualizar las preguntas y mejorar la estructura de algunos reactivos.

En este estudio se trabajó con el total de los enfermeros (as) que cumplían criterios como:

- Tener una vinculación laboral fija con la Institución.
- No trabajar en otras Instituciones de Salud.

El acercamiento a la muestra se realizó con previa autorización del Director de Investigación del Hospital Universitario CARI E.S.E. de la Ciudad de Barranquilla, del Jefe de Recursos Humanos y de la Coordinadora de Enfermería. 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 de 40 enfermeros (as) que cumplían los criterios de vinculación laboral fija y no trabajar en otras Instituciones de Salud. Sin embargo, durante la fase empírica fue posible aplicar el instrumento a 36 sujetos por no contar con la disponibilidad de tiempo por parte de estos. Los instrumentos se aplicaron durante los meses de Julio a Diciembre de 2007. La aplicación fue individual, bajo la responsabilidad de las Investigadoras, quienes suministraron las indicaciones y las aclaraciones necesarias a cada uno de los enfermeros (as).

En la fase de Tabulación y Análisis de los Datos, se elaboró una matriz, que fue sometida a una depuración de resultados y se realizó el Análisis de Confiabilidad encontrándose con niveles bajos en las escalas de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Baja Realización Personal. Por lo tanto, se realizó el análisis de puntajes extremos y estereotipados, lo que implicó reducir la población a 20 sujetos con la finalidad de aumentar el nivel de Alfa Cronbach. Posteriormente, los datos fueron sometidos al análisis estadístico, mediante el uso del programa estadístico SPSS en su versión 15 en donde inicialmente se estableció el proceso teniendo en cuenta los siguientes pasos:

1. Posteriormente 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, 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 las Variables Socio Demográficas y Laborales,

de las Dimensiones del Síndrome de Burnout, los elementos Antecedentes y Consecuentes del mismo y los Obstáculos y Facilitadores Organizacionales.

2. Posteriormente al anterior análisis, en un primer momento se describió el análisis de frecuencia de las variables y en el segundo momento, se estableció el procedimiento de correlación bivariada que calculó el coeficiente de correlación de Spearman con sus niveles de significación con las variables ordinales que se presenta en el siguiente cuadro y que permitió dar respuesta a los objetivos de esta Investigación. (Ver tabla 9).

**Tabla 9. Procedimiento de Correlación bivariada del coeficiente de Spearman y sus niveles de significación con las variables ordinales.**

Variables		Burnout		
		Agotamiento	Despersonalización	Baja Realización Personal
<b>Variabes Socio demográficas</b>	Edad	Correlación de Spearman		
	Número de Hijos			
<b>Variabes Laborales</b>	Nº de trabajadas a la semana	Correlación de Spearman		
	Nº de pacientes atendidos			
	Tiempo de interacción con los pacientes			
<b>Antecedentes del Síndrome de Burnout</b>	Caract. de la tarea	Correlación de Spearman		
	Organización			
	Tedio			
<b>Consecuentes del Síndrome de Burnout</b>	Físicos	Correlación de Spearman		
	Sociales			
	Psicológicos			
<b>Obstáculos y Facilitadores Organizacionales</b>	Nivel de Comunicación	Correlación de Spearman		
	Actitud de los familiares de los pacientes			
	Ergonomía			
	Condiciones de acceso			
	Sobrecarga Laboral			
	Capacitación			
	Condiciones Locativas			

	Relación con los compañeros	
	Estresores económicos	
	Exigencias del Trabajo	
	Comunicación con el jefe	
	Poco apoyo de la familia.	
	Recompensa	

Por último, la presentación de los resultados, se organizaron en varias etapas que a continuación se describen:

El análisis estadístico de las variables, el cual se organizó teniendo en cuenta la siguiente estructura: Análisis Socio Demográfico, en donde se describe las características socio-económicas de la población de los enfermeros (as), el Análisis de las Variables Laborales, el Análisis de los elementos Antecedentes y Consecuentes del Síndrome y el Análisis de los Obstáculos y Facilitadores Organizacionales. Y por último el cruce de variables y confirmación de las hipótesis, lo cual permitió dar respuesta a la pregunta problema y a los objetivos de la Investigación.

## 8.6. Instrumentos De Recolección De Información

### 8.6.1 *Cuestionario Breve de Burnout*

Burnout: Se evaluó mediante el Cuestionario Breve de Burnout que está conformado por un total de 21 ítems integrados en 3 dimensiones teóricamente diferenciados: Antecedentes del Síndrome, Elementos del Síndrome de Burnout y los elementos Consecuentes del mismo.

Antecedentes del Síndrome evalúa los siguientes aspectos:

- Características de la Tarea evalúa la importancia que tienen en la génesis del Síndrome de Burnout el desarrollo de tareas no motivantes para el sujeto. Ejemplo de ítems: “Me siento identificado con mi trabajo”.
- Organización evalúa los aspectos funcionales de la organización. Ejemplo de ítems: “Mi supervisor me apoya en las decisiones que tomo”.
- Tedio evalúa en qué medida la tarea es monótona y repetitiva. Ejemplo de ítems “Mi trabajo actual carece de interés”.

#### Síndrome de Burnout:

- Agotamiento que evalúa el desgaste físico y emocional. Ejemplo de ítems: “En general estoy más bien harto de mi trabajo”.
- Despersonalización que evalúa el trato cínico hacia los pacientes que hay que atender. Ejemplo de ítems: “Los usuarios de mi trabajo tienen frecuentemente exigencias excesivas y comportamientos irritantes”.
- Baja realización personal que evalúa la percepción negativa que la persona tiene de su propio trabajo. Ejemplo de ítems: “Mi trabajo profesional me ofrece actualmente escasos retos personales”.

#### Consecuencias del Síndrome de Burnout:

- Consecuencias físicas que evalúa los síntomas que presentan las personas al presentar el Síndrome de Burnout. Ejemplo de ítems: “Considera usted que el trabajo que realiza repercute en su salud personal”.

- Consecuencias sociales que evalúa los conflictos que presentan las personas en sus relaciones interpersonales. Ejemplo de ítems: “El trabajo está afectando mis relaciones familiares y personales”.
- Consecuencias psicológicas que evalúa los problemas que repercuten en el desempeño de las funciones de las personas que laboran. Ejemplo de ítems: “Los problemas de mi trabajo hacen que mi rendimientos sea menor”.

Las puntuaciones de las escalas se obtienen a través de la media de las puntuaciones de los sujetos en cada una de las escalas; puntuaciones altas en la escala indican elevada intensidad de estresores (factores antecedentes), alto Síndrome de Burnout y altas consecuencias, respectivamente. (Citado en Gálvez y otros, 2005).

#### *8.6.2 Cuestionario sobre Obstáculos y Facilitadores Organizacionales*

Obstáculos y Facilitadores Organizacionales: se evalúo mediante el Cuestionario sobre Obstáculos y Facilitadores Organizacionales, que está conformado por un total de 35 ítems divididos en dos bloques: Obstáculos y Facilitadores Organizacionales.

- Obstáculos Organizacionales evalúa los siguientes aspectos: Nivel de Comunicación, Actitud de los familiares de los pacientes, Ergonomía, Condiciones de acceso, Sobrecarga Laboral, Capacitación, Condiciones Locativas, Relación con los compañeros, Estresores económicos, Exigencias del Trabajo, Comunicación con el jefe y Poco apoyo de la familia. Ejemplos de ítems: “Inadecuada comunicación con el personal administrativo y de servicios; Comunicación irritante e irrespetuosa de los familiares de los pacientes con los enfermeros y Pocos incentivos laborales”.

- Facilitadores Organizacionales evalúa los siguientes aspectos: Recompensas y Condiciones Locativas. Ejemplos de ítems: “Infraestructura física adecuada y Posibilidades de ascensos y reconocimiento por el adecuado desempeño laboral”.

## 9. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

### 9.1. Análisis de Resultados

#### 9.1.1 Análisis de Frecuencia de las Variables Socio Demográficas y Laborales

En lo referente a la descripción de los Aspectos Socio Demográficos se encontró que la muestra objeto de estudio se caracterizó por estar compuesta por un total de 20 enfermeros (as), dándose una prevalencia del sexo femenino (70%) sobre los hombres (30%), las edades de esta muestra oscilan entre 22 y 69 años, siendo la edad media 45,25 años y una desviación típica de 12 años. Con respecto a los estudios realizados, se encontró que el 50%, es decir la mayoría de los enfermeros (as) realizaron otros estudios, el 30% tiene una formación profesional y el 20% de la muestra tienen titulado superior. El análisis del estado civil de la población señala que el 65%, es decir la mayoría tiene pareja habitual, el 30% no tiene pareja, mientras que el 5% de los enfermeros (as) no tiene pareja habitual. (Ver tabla 10).

**Tabla 10. Análisis De Frecuencia De Variables Socio Demográficas.**

VARIABLES	CATEGORÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Género	Hombre	6	30%
	Mujer	14	70%
	<b>Total</b>	20	100%
Edad X =45,25	22 - 35	5	25%
	36 - 47	5	25%
	48 - 55	5	25%
	56+	5	25%
	<b>Total</b>	20	100%
Estudios realizados	Formación profesional	6	30%
	Titulado superior	4	20%
	Otros	10	50%
	<b>Total</b>	20	100%
Estado civil	Con pareja habitual	13	65%
	Sin pareja habitual	1	5%
	Sin pareja	6	30%
	<b>Total</b>	20	100%

En cuanto a los datos laborales se halló que el 35% de los enfermeros (as) laboran en la sala recuperados mujeres, un 20% en sala larga estancia mujeres y otro 20% en Sala Tóxicos. En lo que respecta al cargo que desempeñan los sujetos de la muestra se encontró que la mayor parte de los enfermeros (as) correspondiente al 80% desempeñan el cargo de auxiliar de enfermería, el 15% ocupa el cargo de enfermera jefe y el 5% restante ocupa el cargo de Coordinador de enfermería. En cuanto a la situación laboral de los enfermeros (as) se encontró como resultado que el 100% de estos tienen vinculación fija con la Institución. Sobre la Jornada Laboral, se encontró que el 70% trabajan en el turno de la mañana, un 20% labora en el turno de la tarde, un 5% de la muestra trabaja en el turno de corrido y otro 5% en el de la noche. Sobre el número de horas que los enfermeros (as) laboran en la semana se encontró que el 65% trabajan entre 43-48 horas semanales, el 25%, laboran entre 30-42 horas semanales y otro 10% laboran más de 52 horas semanales. (Ver Tabla 11).

**Tabla 11. Análisis de Frecuencia de las Variables Laborales:**

<b>VARIABLES</b>	<b>Categorías</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Sección donde labora	Sala recuperado mujeres	7	35%
	Sala larga estancia mujeres	4	20%
	UCI mujeres	1	5%
	UCI hombres	2	10%
	Larga estancia hombres	1	5%
	Recuperados hombres	1	5%
	Tóxicos	4	20%
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>
Cargo que ocupa	Auxiliar de enfermería	16	80%
	Enfermera jefe	3	15%
	Coord. enfermería	1	5%
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>
Situación laboral	Vinculación fija	20	100%
Jornada Laboral	Mañana	14	70%
	Tarde	4	20%
	Noche	1	5%
	Corrido	1	5%
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>
Nº de horas que trabaja a la semana	30 -42	5	25%
	43- 48	13	65%
	+ 52	2	10%
	<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

### 9.1.2. Análisis De Frecuencia de las Variables Personales

#### 9.1.2.1. Síndrome de Burnout:

El Constructo del Burnout, definido como un estado de agotamiento físico, emocional y mental como consecuencia de la sobre implicación laboral y de las demandas emocionales del trabajo (Chopra; Sotile y Sotile, 2004), fue evaluado mediante el Cuestionario Breve de Burnout de Moreno, (1997). A continuación se describe cada una de sus dimensiones mediante el análisis de frecuencia.

Respecto al Agotamiento Emocional, se encontró que el 50% de los sujetos presentó un nivel medio, un 30% un nivel bajo y el 20% restante un nivel alto. Este último porcentaje señala que los enfermeros (as) experimentan en un nivel medio sensaciones de sobre esfuerzo físico que se produce como consecuencia del contacto con las personas a las que hay que atender. (Maslach, 1976 Citado en Hernández; Reig; Solano y Vizcaya, 2002). (Ver Tabla 12).

**Tabla 12. Frecuencia de los niveles de Agotamiento Emocional.**

Rangos	Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 3	Bajo	6	30%
4-8	Medio	4	50%
Más de 9	Alto	4	20%
<b>Total</b>		20	100%

En cuanto a la dimensión de Despersonalización, se encontró que el 60% presentó un nivel medio, el 25% un nivel bajo, mientras que el 15% restante de los enfermeros (as) presentó un nivel alto. Es decir, los sujetos de la muestra perciben en un nivel medio el desarrollo de una actitud impersonal hacia los “clientes” y los miembros del equipo en el que está integrado, mostrándose cínico, distanciado, y utilizando etiquetas despectivas para aludir a los usuarios o bien tratando de hacer culpables a los demás de sus frustraciones, produciéndose un descenso de

su compromiso laboral. (Farber, 1983 Citado en Alviani; De las Cuevas; De la Fuente; González y Ruiz, 1997). (Ver Tabla 13).

**Tabla 13. Frecuencia de los niveles de Despersonalización.**

Rangos	Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 6	Bajo	5	25%
7-11	Medio	12	60%
Más de 12	Alto	3	15%
<b>Total</b>		20	100%

En cuanto a la dimensión de Baja Realización Personal, se encontró que el 40% presentó un nivel bajo, el 35% presentó un nivel medio, mientras que el 25% restante de los enfermeros (as) presentó un nivel alto, es decir, no presentan 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. (Maslach, 1977 Citado en Perel, 2001). (Ver Tabla 14).

**Tabla 14. Frecuencia de los niveles de Baja Realización Personal.**

Rangos	Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 11	Bajo	8	40
12-14	Medio	7	35
Más de 15	Alto	5	25
<b>Total</b>		20	100

#### 9.1.2.2. Antecedentes del Síndrome de Burnout

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) encontrándose sobre estas lo siguiente:

Sobre los Antecedentes del Síndrome de Burnout, se encontró que en las Características de la Tarea, un 60% presentó un nivel medio, el 20% presentó un nivel bajo y sólo el 15% de los enfermeros (as) presentaron un nivel alto, percibiendo en un nivel medio dificultades o insatisfacción con las funciones de su trabajo. (Citado en Gálvez y otros, 2005). Con respecto al antecedente Organización, se encontró que el 60% de la muestra presentó un nivel medio, el 25% restante de los enfermeros (as) se encuentra dentro de los niveles más altos y el 15% presentó un nivel bajo. Es decir, en un nivel medio se perciben insatisfechos con el apoyo que les brindan sus superiores y compañeros experimentando así, relaciones interpersonales poco gratificantes en su trabajo. (Citado en Gálvez y otros, 2005). Por último, sobre el antecedente Tedio, se encontró que el 60% presentó un nivel medio, el 30% de los enfermeros (as), presentó los niveles más altos y el 10% presentó un nivel bajo. Es decir, en un nivel medio perciben su trabajo como aburrido, repetitivo y poco interesante. (Citado en Gálvez y otros, 2005). (Ver Tabla 15).

**Tabla 15. Frecuencia de los niveles de Antecedentes del Síndrome de Burnout.**

<b>Antecedentes</b>	<b>Rangos</b>	<b>Niveles</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Características de la tarea	Menos de 9	Bajos	4	20%
	10-13	Medio	13	60%
	Más de 14	Alto	3	15%
	<b>Total</b>		20	100%
Organización	Menos de 12	Bajos	3	15%
	13-15	Medio	12	60%
	Más de 16	Alto	5	25%
	<b>Total</b>		20	100%
Tedio	Menos de 5	Bajos	2	10%
	6-8	Medio	12	60%
	Más de 9	Alto	6	30%
	<b>Total</b>		20	100%

### *9.1.2.3. Consecuentes del Síndrome de Burnout:*

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. (Homar y Pades, 2006).

En cuanto a los Consecuentes Físicos, se evidencia que el 75% de la muestra evidenció un nivel medio, el 20% restante de los enfermeros (as) presentó un nivel alto y el 5% restante presentó un nivel bajo. Es decir, en un nivel medio manifiestan algunos síntomas que repercuten negativamente en su salud, como dolores de cabeza, insomnio, etc. (Citado en Gálvez y otros, 2005). En el aspecto social, se encontró como resultado que el 90% de la muestra presentó un nivel bajo y el 10% restante de los enfermeros (as) presentó un nivel alto señalando bajas dificultades en sus relaciones familiares y personales. (Citado en Gálvez y otros, 2005). En cuanto a los Consecuentes Psicológicos, se encontró que el 85% de la muestra presentó un nivel bajo, observándose así que sólo el 15% de los enfermeros (as) presentó los niveles más altos, percibiendo en un nivel bajo que los problemas de su trabajo los está afectando psicológicamente. (Citado en Gálvez y otros, 2005). (Ver Tabla 16).

**Tabla 16. Frecuencia de los niveles de los Consecuentes del Síndrome de Burnout.**

Consecuentes	Rangos	Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Consecuentes Físicos	Menor de 1	Bajos	1	5%
	2-4	Medio	15	75%
	Más de 5	Alto	4	20%
	<b>Total</b>		20	100%
Consecuentes Sociales	2-3	Bajos	18	90%
	Más de 3	Alto	2	10%
	Total		20	100%
Consecuentes Psicológicos	2-3	Bajos	17	85%
	Más de 3	Alto	3	15%
	<b>Total</b>		20	100%

#### 9.1.2.4. Obstáculos y Facilitadores Organizacionales

Los Obstáculos Organizacionales 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”. 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”. (Tesluk y Matthieu, 1999 Citado en Agut y Otros, 2001). Estas variables se evaluaron mediante los siguientes indicadores: Nivel de comunicación, actitud de los familiares de los pacientes, recompensas, ergonomía, condiciones de accesos, sobrecarga laboral, capacitación, condiciones locativas, relación con los compañeros, estresores económicos, exigencias del trabajo, exigencias del trabajo, comunicación con el feje, apoyo familia.

De acuerdo a los resultados arrojados se evidencia que el 40% presenta un nivel bajo, el 35% de la muestra se encuentra en un nivel medio y el 25% restante se encuentra dentro de los niveles más altos. Es decir, en un nivel bajo, los enfermeros (as) señalan que los flujos

comunicativos se han deteriorado en su ambiente laboral. (Sarros, 1988 Citado en Garcés, 2004). (Ver Tabla 17).

**Tabla 17. Frecuencia de los niveles de “Comunicación”.**

Rangos	Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 1	Bajos	8	40
2-3	Medio	7	35
Más de 3	Alto	5	25
<b>Total</b>		20	100

Los datos encontrados, señalan que el 70% de la muestra se encuentra en un nivel medio, un 15% en un nivel bajo y otro 15% se encuentra dentro de los niveles mas altos. Esto indica, que la comunicación de los familiares de los pacientes con los sujetos de la muestra se percibe en un nivel bajo como irritante e irrespetuosa. (Bresó, 2000). (Ver Tabla 18).

**Tabla 18. Frecuencia de los niveles de “Actitud de los familiares de los pacientes”.**

Rangos	Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 0	Bajos	3	15%
1-2	Medio	14	70%
Más de 3	Alto	3	15%
<b>Total</b>		20	100%

Sobre las Recompensas, se encontró que el 45% se encuentra dentro de un nivel bajo, el 30% restante de los enfermeros (as) presenta los niveles más altos y el 25% restante de la muestra se encuentra dentro de un nivel medio. Es decir, en un nivel bajo perciben poca oportunidad para recibir reconocimiento tanto económico como social por su buen desempeño, o a una trayectoria profesional relevante. (Burke y Richardsen, 1991 Citado en Garcés, 2004). (Ver Tabla 19).

**Tabla 19. Frecuencia de los niveles de “Recompensas”.**

<b>Rangos</b>	<b>Niveles</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Menor de 0	Bajos	9	45%
1-2	Medio	5	25%
Más de 3	Alto	6	30%
<b>Total</b>		20	100%

Sobre la Ergonomía, se encontró como resultado que el 50% de la muestra presenta un nivel medio, el 30% un nivel bajo y el 20% restante presentó los niveles más altos, señalando así que en un nivel medio la Inadecuación del mobiliario y el uso de recursos como lo son las sillas poco ergonómicas, papelería, etc. (Bresó, 2000). (Ver Tabla 20).

**Tabla 20. Frecuencia de los niveles de “Ergonomía”.**

<b>Rangos</b>	<b>Niveles</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Menor de 0	Bajos	6	30%
1-2	Medio	10	50%
Más de 3	Alto	4	20%
<b>Total</b>		20	100%

Sobre El transporte inadecuado, se encontró como resultado que el 55% de la muestra presenta un nivel medio, el 35% un nivel bajo y el 10% restante presentó los niveles más altos, señalando así en un nivel medio dificultades para acceder fácilmente a la Institución. (Bresó, 2000). Sobre la situación de vivir distante a la Institución donde laboran, se encontró como resultado que el 75% de la muestra presenta un nivel bajo, el 15% presenta un nivel alto y el 10% restante presentó los niveles medios, señalando así que en un nivel bajo estos presentan problemas para acceder fácilmente a la Institución. (Bresó, 2000). (Ver Tabla 21).

**Tabla 21. Frecuencia de los niveles de “Condiciones de acceso-Trasporte inadecuado/Vivir distante ala Institución”.**

<b>Trasporte inadecuado</b>			
<b>Rangos</b>	<b>Niveles</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Menor de 0	Bajos	7	35
1-2	Medio	11	55
Más de 3	Alto	2	10
<b>Total</b>		20	100
<b>Vivir distante ala Institución</b>			
<b>Rangos</b>	<b>Niveles</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
1-1	Bajos	15	75%
2-2	Medio	2	10%
Más de 3	Alto	3	15%
<b>Total</b>		20	100%

En cuanto a la sobrecarga laboral, el 75% de la muestra presentó un nivel bajo y el 25% restante un nivel alto, señalando en un nivel bajo una carga horaria y turnos rotatorios muy seguidos. (Bresó, 2000). (Ver Tabla 22).

**Tabla 22. Frecuencia de los niveles de “Sobrecarga Laboral”.**

<b>Rangos</b>	<b>Niveles</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
1-2	Bajos	15	75%
Más de 3	Alto	5	25%
<b>Total</b>		20	100%

En cuanto a las oportunidades de capacitación, se encontró como resultado que el 55% de la muestra se encuentra en un nivel medio, el 40% en un nivel bajo y solo el 5% restante en un nivel alto, percibiendo así en nivel medio pocas oportunidades para capacitarse. (Bresó, 2000). Sobre la poca comprensión de las enfermedades que presentan los pacientes, se encontró como resultado a diferencia de la anterior que el 100% de la muestra presentó un nivel medio, con respecto a la comprensión de dichas enfermedades. (Bresó, 2000). Con respecto al manejo de los recursos tecnológicos se encontró como resultado que el 75% de la muestra presentó un nivel alto

y el 25% un nivel medio, lo cual significa que la mayoría de los enfermeros (as) en nivel medio perciben un manejo inadecuado de los recursos tecnológicos como base de datos, Internet, etc. (Bresó, 2000). (Ver Tabla 23).

**Tabla 23. Frecuencia de los niveles de “Capacitación- Poca oportunidad para capacitarse/ Poca comprensión de las enfermedades que padecen los pacientes/ Inadecuado manejo de los recursos tecnológicos”.**

<b>Poca oportunidad para capacitarse</b>			
<b>Rangos</b>	<b>Niveles</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
1-1	Bajos	8	40
2-2	Medio	11	55
Más de 3	Alto	1	5
<b>Total</b>		20	100
<b>Poca comprensión de las enfermedades que padecen los pacientes</b>			
<b>Rangos</b>	<b>Niveles</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>0-2</b>	Medio	20	100
<b>Total</b>		20	100
<b>Inadecuado manejo de los recursos tecnológicos</b>			
<b>Rangos</b>	<b>Niveles</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>0-1</b>	Medio	5	25%
<b>Más de 2</b>	Alto	15	75%
<b>Total</b>		20	100%

Sobre la Infraestructura Física adecuada, se encontró como resultado que 60% presenta un nivel bajo, el 25% de la muestra presenta un nivel medio y el 15% restante un nivel alto señalando en nivel bajo aglomeración por espacios en las dependencias. Sobre la Aglomeración por espacio en las dependencias, se encontró como resultado que el 65% presenta un nivel medio, el 25% de la muestra presenta un nivel bajo y el 10% restante un nivel alto señalando en un nivel medio aglomeración por espacios en las dependencias. (Bresó, 2000). (Ver Tabla 24).

**Tabla 24. Frecuencia de los niveles de “Condiciones Locativas-Infraestructura física adecuada”.**

<b>Infraestructura Física Adecuada</b>			
<b>Rangos</b>	<b>Niveles</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Menor de 3	Bajos	12	60%
4-4	Medio	5	25%
Más de 5	Alto	3	15%
<b>Total</b>		20	100%
<b>Aglomeración por espacio en las dependencias</b>			
<b>Rangos</b>	<b>Niveles</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Menor de 0</b>	Bajos	5	25%
<b>1-2</b>	Medio	13	65%
<b>Más de 3</b>	Alto	2	10%
<b>Total</b>		20	100%

Sobre la relación entre compañeros, se encontró que el 95% de la muestra se encuentra en un nivel bajo y el 5% restante en un nivel alto, percibiendo en un nivel bajo las relaciones que se generan entre ellos como decisivas en cuanto al clima laboral resultante. (Bresó, 2000). (Ver Tabla 25).

**Tabla 25. Frecuencia de los niveles de “Relación con los compañeros”.**

<b>Rangos</b>	<b>Niveles</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
0-1	Bajos	19	95
Más de 2	Alto	1	5
<b>Total</b>		20	100

En cuanto a los estresores económicos, representó para el 80% de la muestra un nivel bajo y para el 20% restante un nivel alto, señalando así en un nivel bajo inseguridad económica (contrato inestable, ausencia del mismo, insuficiencia económica, previsiones negativas sobre el futuro del puesto de trabajo, etc.) (Bresó, 2000). (Ver Tabla 26).

**Tabla 26. Frecuencia de los niveles de “Estrés económicos”.**

Rangos	Niveles	Frecuencia	Porcentaje
0-1	Bajos	16	80%
Más de 3	Alto	1	20%
<b>Total</b>		20	100%

Sobre la cantidad de tareas para hacerlas todas bien, se encontró como resultado que el 65% de la muestra presentó un nivel medio, mientras que el 35% restante presentó un nivel bajo sobre las tareas a desarrollar. En cuanto a las funciones que requieren mucha concentración, atención y memoria, se encontró que para el 55% de la muestra existe un nivel bajo, mientras que el 45% evidenció un nivel medio sobre las tareas que requieren concentración, atención y memoria. (Bresó, 2000). (Ver Tabla 27).

**Tabla 27. Frecuencia de los niveles de “Exigencias del Trabajo-Demasiadas tareas para poder hacerlas todas bien/ Funciones que requieren mucha concentración, atención y memoria”.**

<b>Demasiadas tareas para poder hacerlas todas bien.</b>			
Rangos	Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 0	Bajos	7	35
1-2	Medio	13	65
<b>Total</b>		20	100
<b>Funciones que requieren mucha concentración, atención y memoria.</b>			
Rangos	Niveles	Frecuencia	Porcentaje
<b>Menor de 0</b>	Bajos	11	55%
<b>1-3</b>	Medio	9	45%
<b>Total</b>		20	100%

Sobre la falta de información acerca de las tareas a realizar, se encontró como resultado que el 100% de la muestra presentó un nivel medio sobre la información acerca de qué tareas hacer (cómo. para qué hacerlas). (Bresó, 2000). Sobre la Relación distante y la poca comunicación con los jefes, se encontró como resultado, que el 100% de la muestra presentó un nivel medio sobre este aspecto. (Bresó, 2000). (Ver Tabla 28).

**Tabla 28. Frecuencia de los niveles de “Comunicación con el jefe- Falta de información acerca de qué tareas hacer/ Relación distante y poca comunicación con los jefes”.**

<b>Falta de información acerca de qué tareas hacer</b>			
<b>Rangos</b>	<b>Niveles</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
1-2	Medio	20	100%
<b>Total</b>		20	100%
<b>Relación distante y poca comunicación con los jefes</b>			
<b>Rangos</b>	<b>Niveles</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>1-1</b>	Medio	20	100
<b>Total</b>		20	100

Sobre el apoyo de la familia, se encontró que para el 95% de la muestra representó un nivel bajo, mientras que para el 5% restante representó un nivel alto, percibiendo así poco apoyo por parte de esta. (Bresó, 2000). (Ver Tabla 29).

**Tabla 29. Frecuencia de los niveles de “Poco apoyo de la familia”.**

<b>Rangos</b>	<b>Niveles</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
0-1	Bajo	19	95
Más de 2	Alto	1	5
<b>Total</b>		20	100

## 9.2. Correlación de las Variables y Comprobación de las Hipótesis

El objetivo de la presente investigación, es analizar la relación del Burnout con los Obstáculos y Facilitadores Organizacionales de los enfermeros (as) del área de Salud Mental del Hospital Universitario CARI E.S.E. de la Ciudad de Barranquilla. El análisis de los resultados y comprobación de hipótesis se inició con la descripción de la relación de las diferentes dimensiones que definen el Síndrome de Burnout, con algunos datos sociodemográficos y laborales, se continuó con la relación del síndrome con los antecedentes y consecuentes de este.

Posteriormente se describió la relación del síndrome del burnout con los obstáculos y facilitadores, para dar respuesta a los objetivos mediante la correlación de Spearman.

### 9.2.1 Relación de las Dimensiones del Síndrome de Burnout con las Variables Socio demográficas y laborales

La relación de las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal con las Variables Socio Demográficos y Laborales permitió analizar los siguientes resultados. (Ver tabla 30).

**Tabla 30. Correlaciones de las dimensiones del Síndrome de Burnout con las variables socio demográficas y laborales.**

Rho de Spearman	Agotamiento	Despersonalización	Baja Realización Personal	Edad	Número de hijos	Tiempo de experiencia en la profesión	Tiempo que lleva en el mismo centro	Tiempo del cargo	Número de horas que trabaja en la semana	Número de personas que atiende diariamente	Tiempo de jornada diaria en interacción con los beneficiarios de su trabajo
Agotamiento	1,000	,474(*)	,002	-,349	,326	-,360	,245	-,180	-,224	,013	-,123
Despersonalización		1,000	,031	-,402	,244	-,359	,028	-,195	-,209	,064	-,223
Baja Realización Personal			1,000	,082	,154	-,040	-,247	,028	-,158	-,322	,010

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

Los datos sugieren, que a diferencia de lo que se esperaba, no se encontró relación entre las dimensiones del burnout (agotamiento, despersonalización y baja realización personal) con edad, número de hijos, tiempo de experiencia en la profesión, tiempo que lleva en el mismo centro, tiempo del cargo, número de horas que trabaja a la semana, numero de pacientes que atiende diariamente y tiempo de jornada que pasa en interacción con los beneficiarios de su trabajo. Por consiguiente, solamente se encontró asociación positiva entre agotamiento y despersonalización, (474\*). Por lo tanto, los enfermeros (as) que presentan mayor sensación de estar emocionalmente

y físicamente agotado por el contacto diario y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo, experimentan mayor actitud negativa, fría, distante e impersonal hacia los beneficiarios de su trabajo.

### 9.2.2 Relación de las Dimensiones del Burnout con los Antecedentes y Consecuentes del Síndrome

La relación de las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal con los antecedentes y consecuentes del síndrome permitió analizar los siguientes resultados. (Ver tabla 31).

**Tabla 31. Correlaciones de las dimensiones del Burnout con los antecedentes y consecuentes del Síndrome.**

Rho de Spearman	Caract_Tarea	Organización	Tedio	Consecuentes físicos	Consecuentes sociales	Consecuencias psicológicas
Agotamiento	-,324	-,238	,277	,485(*)	,342	,634(**)
Despersonalización	-,507(*)	,204	,408	,449(*)	,069	,045
Baja Realización Personal	,000	,515(*)	-,141	-,208	-,240	-,096

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

Los datos señalan correlación positiva entre agotamiento con consecuentes físicos (485\*) y psicológicos (634\*\*). Sin embargo, la despersonalización no se correlaciona con organización (-0,238), tedio (0,277), consecuentes sociales (0,069) y psicológicos (0,45), en tanto que se halla asociación positiva entre despersonalización con características de la tarea (-507\*) y consecuentes físicos (449\*). . A diferencia de lo que se esperaba, la baja realización personal se correlaciona positivamente con organización (515\*). Por último, características de la tarea se correlaciona negativamente con los consecuentes físicos (-479\*\*), mientras que tedio se correlaciona positivamente con estos (639\*\*).

Estos datos evidencian que a mayores sentimientos de cansancio físico y emocional mayor tendencia a desarrollar síntomas como dolor de cabeza, insomnio, etc., que repercuten negativamente en su salud, y así mismo los problemas que presentan en su trabajo hace que su rendimiento sea menor. En los enfermeros(as), que experimentan mayor sentimientos de distanciamiento emocional en la relación con los pacientes, se asoció con mayores funciones que ejercer en su trabajo y mayor tendencia a desarrollar síntomas como dolor de cabeza, e insomnio.

Por otra parte, los sujetos que perciben mayor sentimiento de baja realización personal, traducida en pérdida de interés por el trabajo, irritabilidad, baja productividad y baja autoestima se asoció mayor tendencia a la insatisfacción con el apoyo que les brindan sus superiores y compañeros percibiendo así, relaciones interpersonales poco gratificantes en su trabajo. Así mismo, los enfermeros(as) que desempeñan mayores funciones en su trabajo, tiende a asociarse con mayores consecuentes físicos, también mencionados anteriormente. Por último, los enfermeros (as) que perciben su trabajo como aburrido, repetitivo y poco interesante, se asocian con mayores consecuentes físicos que repercuten en su salud.

### *9.2.3 Relación de las Dimensiones del Síndrome de Burnout con los Obstáculos y Facilitadores Organizacionales*

La relación de las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal con los obstáculos y facilitadores permitió analizar los siguientes resultados. (Ver tabla 32).

**Tabla 32. Correlaciones de las dimensiones del Síndrome de Burnout con los Obstáculos y Facilitadores Organizacionales.**

Rho de Spearman	Actitud de los familiares de los pacientes con los enfermeros.	Recompensa	Ergonomía	Sobrecarga Laboral	Aglomeración por espacio en las dependencias.	Relación con los compañeros	Estresores económicos	Apoyo familia	Condiciones de accesos	Capacitación	Exigencias del trabajo	Infraestructura Física adecuada	Comunicación con el jefe
Agotamiento	,185	,201	,260	,086	,276	,427	,048	,166	-,011	,106	,298	,218	,342
Despersonalización	,285	-,028	,196	-,125	,104	,139	-,098	,143	,072	,144	,191	,170	,038
Baja realización personal	,188	,192	-,230	-,444(*)	-,586(**)	-,182	-,342	-,029	-,160	,006	,005	-,402	,170

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

En cuanto a la correlación de las variables del burnout: agotamiento y despersonalización con los obstáculos y facilitadores no se halló asociación con actitudes de los familiares de los pacientes con los enfermeros (0,185; 0,285), recompensa (0,201; -0,028), ergonomía (0,260; 0,196), sobrecarga laboral (0,086; -0,125), aglomeración por espacio en las dependencias (0,276; 0,104), relación con los compañeros (0,427; 0,139), estresores económicos (0,048; -0,088), apoyo de la familia (0,166; 0,143), condiciones de acceso (0,011; 0,072), capacitación (0,106; 0,144), exigencias del trabajo (0,298; 0,191), infraestructura física adecuada (0,218; 0,170) y comunicación con el jefe (0,342; 0,038). De igual forma, la variable baja realización personal no se correlacionó con los obstáculos y facilitadores como las actitudes de los familiares (0,188), recompensa (0,192), ergonomía (-0,230), relación con los compañeros (-0,182), estresores económicos (-0,342), apoyo de la familia (-0,029), condiciones de acceso (-0,160) capacitación (0,006), exigencias del trabajo (0,005), infraestructura física adecuada (-0,402) y comunicación con el jefe (0,170). Sin embargo, se halló asociación negativa entre la baja realización con la sobrecarga laboral (-444\*), y con aglomeración por espacio en las dependencias (-586\*\*).

Estos datos evidencian que a mayores sentimientos de baja realización personal, traducida en pérdida de interés por el trabajo, irritabilidad, baja productividad y baja autoestima se asoció con mayor tendencia a tener problemas con los horarios (carga horario, turnos rotatorios seguidos, etc) y a su vez con la percepción de mayor aglomeración por espacio físico en las dependencias donde ejercen sus funciones.

## 10. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente estudio tiene como objetivo establecer la relación del Burnout con los obstáculos y facilitadores de los enfermeros (as) del Hospital Universitario CARI E.S.E de la Ciudad de Barranquilla. Una vez realizada la interpretación conjunta de los resultados expuestos anteriormente, se puede establecer el siguiente análisis:

### - Análisis de frecuencia de las Variables Socio Demográficas y Laborales

En cuanto a las variables laborales como horas trabajadas y cargo desempeñado, sobre la primera se halló que la mayoría de los sujetos de la muestra (65%) laboran entre 43 y 48 horas a la semana, al igual que en el estudio de Muñoz (2002); y sobre el cargo desempeñado, se encontró que la mayor parte de los enfermeros (as) (80%), ocupan el cargo de auxiliar de enfermería y el resto (20%) de enfermero (a) jefe, a diferencia del estudio de Fernández y otros, (2002), donde los sujetos de la muestra se desempeñaban como auxiliares paramédicos (70%).

### - Análisis de frecuencia de las Dimensiones del Burnout

En cuanto al análisis de frecuencia de las dimensiones de estudio se halló presencia de niveles medio en las dimensiones de agotamiento (50%) y despersonalización (60%), lo que evidencia que los enfermeros (as) experimentan moderadamente sensaciones de sobre esfuerzo físico que se produce como consecuencia del contacto con las personas a las que hay que tienen que atender, a su vez desarrollan moderadamente una actitud impersonal hacia los “clientes” y los miembros del equipo en el que está integrado, mostrándose cínico, distanciado, y utilizando etiquetas despectivas para aludir a los usuarios o bien tratando de hacer culpables a los demás de sus frustraciones, produciéndose en un nivel medio un descenso de su compromiso laboral. En cuanto a la dimensión de baja realización personal se encontró presencia de niveles bajos (40%), entendiéndose con estos datos que los enfermeros (as) no tienden a evaluarse negativamente, lo que ayuda a aumentar significativamente la auto eficacia, percibiéndose con sentimientos de utilidad y confianza en las habilidades propias de los sujetos.

Estos datos sugieren que el trabajo que realizan diariamente los enfermeros (as) que laboran en el Hospital universitario CARI E.S.E de la Ciudad de Barranquilla, le implica moderadamente un desgaste físico y emocional, con moderadas actitudes de cinismo hacia los clientes que tienen que atender y con alto grado de realización personal. Resultados que son equiparables a otros estudios como el de Abio y otros, (2004), el de Faura, Monegal, Ortega, Roigé, Roigé y Serra (1995), realizado sobre: “Prevalencia del Síndrome de Burnout en enfermeras de hospitalización y de atención primaria”. Sin embargo, difiere de los resultados encontrados en otras investigaciones como la realizada por Santamaría y Soto (2005), sobre “Prevalencia del Burnout en la enfermería de atención primaria”, donde los sujetos de la muestra evidenciaron valores elevados en las tres subescalas del Síndrome, y la de Marrero (2003), sobre: El Burnout en enfermeros de servicios de Neonatología donde se utilizó el Cuestionario Breve de Burnout (C.B.B) en donde la dimensión de despersonalización fue la más afectada en el personal de enfermería.

- Análisis de frecuencia de los Antecedentes y consecuentes del Síndrome de Burnout

Teniendo en cuenta la perspectiva del Síndrome del Burnout como proceso que se encuentra mediado por unos elementos característicos como los son los antecedentes y consecuentes del mismo (Moreno, 1997), se señala en nuestro estudio que los antecedentes (Características de la Tarea, Organización y Tedio) se encuentran en niveles medios (60%) evidenciando en forma moderada dificultades e insatisfacción con las funciones de su trabajo, insatisfacción con el apoyo que les brindan sus superiores y compañeros y percepción de su trabajo como aburrido, repetitivo y poco interesante.

Sin embargo, aún cuando estos resultados son importantes en nuestra investigación, no se pudieron contrastar con los arrojados por otros estudios, ya que actualmente no existen investigaciones sobre el Burnout en enfermeros (as), donde se hayan estudiado estas variables (elementos antecedentes y consecuentes).

- Análisis de Frecuencia de los Obstáculos y Facilitadores Organizacionales

Con respecto a los obstáculos y facilitadores organizacionales, los cuales se definen según Tesluk y Matthieu (1999), como los factores que posibilitan o interfieren en el desempeño laboral de los sujetos, nuestro estudio arrojó como resultado lo siguiente:

- Nivel de comunicación, nivel bajo (40%).
- Actitud de los familiares de los pacientes, nivel medio (70%).
- Recompensa, nivel bajo, (45%).
- Ergonomía, nivel medio, (50%).
- Condiciones de acceso: Transporte inadecuado, nivel medio, (55%)  
Vivir distante a la Institución, nivel bajo, (75%).
- Sobrecarga laboral, nivel bajo, (75%).
- Capacitación: Poca oportunidad para capacitarse, nivel medio, (55%).  
Poca comprensión de las enfermedades que padecen los pacientes, nivel medio, (100%).
- Inadecuado manejo de los recursos tecnológicos, nivel alto, (75%).
- Condiciones Locativas: Infraestructura física adecuada, nivel bajo, (60%).  
Aglomeración por espacio en las dependencias, nivel medio (65%).
- Relación con los compañeros, nivel bajo (95%).
- Estresores económicos, nivel bajo, (80%).
- Exigencias del Trabajo: Demasiadas tareas para hacerlas todas bien, nivel medio, (65%).  
Funciones que requieren mucha concentración, atención y memoria, nivel bajo, (55%).
- Comunicación con el jefe: Falta de información acerca de las tareas que hay que hacer, nivel medio, (100%).  
Relación distante y de poca comunicación con los jefes, nivel medio, (100%).
- Poco apoyo de la familia, nivel bajo, (95%).

De igual forma, estas variables no se pudieron contrastar con otras investigaciones, debido a la ausencia de estudios realizados sobre estos elementos organizacionales. Sin embargo, es

importante señalar que los enfermeros (as) que laboran en el área de Salud Mental del Hospital Universitario CARI E.S.E. de la Ciudad de Barranquilla consideran como obstáculo solo la variable el inadecuado manejo de los recursos tecnológicos, la cual presentó un nivel alto (75%), mientras que las demás variables que se tuvieron en cuenta para la aplicación del instrumento, presentaron niveles bajos, es decir son considerados como facilitadores en el ejercicio de sus funciones.

#### - Relación de las Dimensiones del Síndrome de Burnout con las Variables Socio Demográficas y Laborales

Un dato muy significativo encontrado en nuestra población, es que los factores socio demográficos y laborales explorados, entre los cuales destacamos la edad, el número de hijos, el tiempo de experiencia en la profesión, el tiempo que llevan en el mismo centro, el tiempo del cargo, el número de horas que trabajan a la semana, el numero de pacientes que atienden diariamente y el tiempo de jornada que pasan en interacción con los beneficiarios de su trabajo; no guardan una relación estrecha con las dimensiones del Síndrome de Burnout, a diferencia de la investigación realizada por Muñoz (2002), en la cual se utilizó el instrumento MBI Inventario de Burnout de Maslach y Jackson (1981), arrojando como resultado que: a) La dimensión de Agotamiento emocional está relacionada inversa y débilmente con la presencia de hijos, con la edad del profesional, con el número de años de trabajo, con el número de hijos y con el número de horas de atención a los pacientes. b) La dimensión de baja realización personal se relaciona directa y débilmente con la edad del profesional, con los años de ejercicio de la profesión, y con los años de trabajo en la Institución .

Teniendo en cuenta la hipótesis N° 1: Niveles altos en las tres dimensiones del Síndrome de Burnout se asocian negativamente con las variables Socio Demográficas y Laborales, se encontró que esta no se pudo comprobar debido a la inexistencia de relación entre cada uno de ellos. Esto indica, que en los enfermeros (as) que laboran en el área de salud mental del Hospital Universitario CARI E.S.E de la Ciudad de Barranquilla dichas variables no representan un indicador en el desarrollo del Burnout, por esto los niveles medios y bajos en las tres dimensiones del Síndrome, explicadas anteriormente.

- Relación de las tres dimensiones del Síndrome de Burnout con los Antecedentes y Consecuentes del mismo.

En primer lugar, la dimensión de Agotamiento emocional no se relacionó con los Antecedentes del síndrome de Burnout, ni con los consecuentes sociales del mismo; sin embargo, se relacionó positivamente con los Consecuentes físicos (485<sup>(\*)</sup>) y psicológicos (634<sup>(\*\*)</sup>), estos resultados, impiden confirmar la primera parte de la Hipótesis N° 2 (Niveles altos de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Baja Realización Personal se asocian positivamente con los Antecedentes del Síndrome de Burnout), en cuanto a Agotamiento se refiere por no existir dicha asociación, pero confirma una parte de la Hipótesis N° 3 (Niveles bajos de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Baja Realización Personal se asocian positivamente con los Consecuentes del Síndrome de Burnout). En segundo lugar, la dimensión de Despersonalización sólo se relacionó de manera positiva con el Antecedente Características de la tarea (-507<sup>\*</sup>) y con los Consecuentes físicos (449<sup>\*</sup>), confirmando así una parte de la Hipótesis N° 2 y una parte de la Hipótesis N° 3.

Por otro lado, la dimensión de Baja realización personal sólo tuvo asociación positiva con el Antecedente del Síndrome Organización (515<sup>(\*)</sup>), confirmando así otra parte de la Hipótesis N° 2 (Niveles altos de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Baja Realización Personal se asocian positivamente con los Antecedentes del Síndrome de Burnout). Estos resultados, señalan que los enfermeros (as) no tienen tendencias significativas sobre el desarrollo de síntomas característicos del proceso del Síndrome. De hecho, sólo se hallaron niveles medios y bajos en las tres dimensiones del Síndrome.

Por último, hay que señalar que estos datos difieren de los arrojados en la investigación de Marrero (2003), donde el Tedio fue el Antecedente de más alta correlación significativa con el nivel de Burnout.

- Relación de las tres dimensiones del Síndrome con los Obstáculos y Facilitadores Organizacionales.

Las dimensiones del Síndrome, Agotamiento y Despersonalización, no tuvieron relación alguna con los obstáculos y facilitadores organizacionales, así como estos últimos no se relacionaron con la dimensión Baja realización personal, sin embargo, esta dimensión si se relacionó de manera negativa con algunos obstáculos como lo son la Sobre carga laboral (-444(\*)) y la Aglomeración por espacio en las dependencias.

Estos datos, evidencian que los enfermeros (as) con mayor tendencia a tener sentimientos de baja realización personal, traducida en pérdida de interés por el trabajo, irritabilidad, baja productividad y baja autoestima tienden más a tener problemas con los horarios (carga horario, turnos rotatorios seguidos, etc.) y a su vez percepción de mayor aglomeración por espacio físico en las dependencias donde ejercen sus funciones. En relación a otras investigaciones no se pudieron contrastar estos resultados debido a la ausencia de estudios relacionados con ellos.

## 11. CONCLUSIONES

Luego de analizar detalladamente los resultados arrojados en nuestro estudio hemos llegado a las siguientes conclusiones:

- En lo que respecta a las variables sociodemográficas, nos encontramos ante una población con una edad media de 45.25 años, representada en su mayoría por el sexo femenino con un 70% de mujeres y sólo el 30% de hombres; la mitad de la muestra (50%), realizaron estudios técnicos, siendo estos auxiliar de enfermería, el resto del personal tienen formación profesional (30%) y titulado superior (20%).
- Con respecto al estado civil, se encontró que la mayoría de la muestra (65%) tiene pareja habitual, además en nuestra investigación el estado civil no se asoció con otras variables.
- En cuanto a las variables laborales como horas trabajadas y cargo desempeñado, sobre la primera se halló que la mayoría de los sujetos de la muestra (65%) laboran entre 43 y 48 horas a la semana, y sobre el cargo desempeñado, se encontró que la mayor parte de los enfermeros (as) (80%), ocupan el cargo de auxiliar de enfermería y el resto (20%) de enfermero (a) jefe.
- La muestra ha presentado un grado bajo de Burnout en la dimensión de Baja realización personal (40%) y un grado medio de Burnout en las dimensiones de Agotamiento emocional (50%) y Despersonalización (60%).
- Sobre los Antecedentes del Síndrome se encontró que el 60% de los sujetos de la muestra se halla en niveles medios en los aspectos correspondientes a Características de la tarea, Organización y tedio; y en cuanto a la correlación de las dimensiones del Síndrome entre sí, sólo se relacionó el Agotamiento emocional con la Despersonalización (474(\*)).

- La dimensión del Síndrome, Baja realización personal se relacionó de manera negativa con algunos obstáculos como lo son la Sobre carga laboral y la Aglomeración por espacio en las dependencias.
- El 75% de los sujetos se hallan en un nivel medio de Consecuentes físicos, mientras que se hallaron niveles bajos tanto en Consecuentes sociales (90%) como en Consecuentes psicológicos (85%).
- La dimensión de Agotamiento emocional se relacionó positivamente con los Consecuentes físicos (485\*) y psicológicos (634(\*\*)).
- La dimensión de Despersonalización sólo se relacionó de manera positiva con el Antecedente Características de la tarea (-507\*) y con los Consecuentes físicos (449\*).
- Por último, en contraste a lo que se esperaba, la dimensión de Baja realización personal sólo tuvo asociación positiva con el Antecedente del Síndrome Organización (515\*).

## 12. 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](http://www.espacioblog.com).

Albar, M., Algaba, S., Carballo, E., García, A., González, M., Gutierrez, 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 Vázquez, 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., Moreno, B. y Oliver, C. (1991). *El "Burnout", una forma específica de estrés laboral*. Recuperado en 1991 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](http://www.ergonomía.cl/burnout_Chile.html).

Baptista, P., Fernández, C., y Hernández, R. (2003). Diseños de Investigación. En Baptista, P., Fernández, C., y Hernández, R. *Metodología de la Investigación* (pp. 183-294). México. Edit. Mc Graw Hill.

Bresó, E., Salanova, M., y Schaufeli, W. (2003). *Hacia un modelo espiral de la autoeficacia en el estudio del burnout y del engagement* disponible en <http://diadnet.unirioja.es>.

Chacón, M. y Grau, J. (1997). *Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos*. Revista cubana oncológica, 13, 118-125. Recuperado en Enero 29, 1997 disponible en <http://bvs.sld.cu>.

Chopra, S., Sotile, M. Y Sotile, W. (2004) Physician Burnout. *Chicago*, 291 (5), P. 633. Recuperado en febrero 4, 2004 de la base de datos PROQUEST disponible en: <http://gateway.proquest.com>.

Cifre, E., Grau, R., Llorens, S., Martínez, I. y Salanova, M. (2005). Antecedentes de la autoeficacia 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.

Dumeynieu, I., y Lipko, E. (2004). Patología laboral del equipo de salud mental. En Dumeynieu, I., y Lipko, E. *Patología Laboral*. (pp. 17-33). Argentina: Editorial Lugar.

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.

Fernandez, C., Nuñez, V., Riquelme, P., Sanhuesa, O. y Valenzuela, S. (2003). Salud laboral: Situación de los accidentes de trabajo en el equipo de enfermería. *Enfermería Clínica*, 13, 94-102.

Gálvez, M., Garrosa, E., González, J., y Moreno, B. (2005). *La evaluación procesal del burnout o desgaste profesional: El cuestionario breve de burnout (CBB)*. Recuperado en 2005 disponible en Manual de escalas y cuestionarios iberoamericanos en psicología clínica y de la salud.

Garcés, E. (2004). *Tesis Sobre el burnout*. Recuperado en mayo 21, 2004 disponible en <file:///c:/documents%20and%20settings/usuario>.

García, I., Lagares, A., Pedrero, E., Puerta, C. y Sáez, A. (2004). *Estudio del burnout en profesionales de drogodependencias*. Recuperado en mayo 16, 2004 disponible en <http://db.doyma.es>.

Garrosa, E., González, J. y Moreno, B. (2001). *Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida*. Recuperado en 2001 disponible en <http://www.uam.es>.

Gil-Monte, P. y Peiró, J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de psicología*, 15, 261-268. Recuperado en marzo 30, 1998 disponible en <http://www.um.es>.

Gil-Monte, P. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología em estudo*, 7, 1-10. Recuperado en abril 1, 2002 disponible en <http://www.dpi.uem.br>.

Guil, R., Guillen, C. y Mestre, J. (2000). Estrés laboral. En 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](http://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](http://www.mtas.es).

Leiter, M., Maslach, C. y Schaufeli, W. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52, 397-422. Recuperado en 2001 disponible en [www.db.doyma.es](http://www.db.doyma.es).

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). *Auto eficacia, diferencias de género y comportamiento vocacional*. Revista electrónica de motivación y emoción, 6, 1-13. Recuperado en 1997 disponible en [www.reme.uji.es](http://www.reme.uji.es).

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*. Revista "claves en psicoanálisis y medicina: hacia la interdisciplina", 17, 1-9. Recuperado en 2001 disponible en [www.elmurocultural.com](http://www.elmurocultural.com).

Prieto, L. (2000). *El análisis de las Creencias de Auto eficacia: un avance hacia el desarrollo profesional del docente*. Recuperado en 2000 disponible en [www.yalocin.com](http://www.yalocin.com).

Reales A. (2002). Paradigma. En Reales, A. *Socioinvestigación* (pp. 33-50) Barranquilla: Editorial Antillas.

Román, J. (2003). *Estrés y Burnout en Profesionales de la Salud de los niveles primario y secundario de atención*. Recuperado en enero 24, 2003 disponible en <http://www.bvs.sld.cu>.

Salanova, M. (2005). *Laudatio al profesor Albert Bandura*. Recuperado en junio 12, 2002 disponible en [www.wont.uji.es](http://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. En 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>.

# ANEXOS

### CUESTIONARIO SOBRE OBSTÁCULOS Y FACILITADORES

Los aspectos que continuación se describen podrían ser OBSTÁCULOS. Señale en qué medida han supuesto un obstáculo para usted e interfieren en las tareas académicas.

0	1	2	3	
Nunca	A veces	Habitualmente	Siempre	
Inadecuada comunicación con el personal administrativo y de servicios (bibliotecas, secretaria, etc.)	0	1	2	3
Inadecuación del mobiliario (ej. pupitres poco ergonómicos, pizarras, etc).	0	1	2	3
Transporte inadecuado (ej. aglomeración en horas pico en los autobuses, acceso difícil a la Universidad)	0	1	2	3
Problemas con los horarios (ej. solapamientos de clases, dispersión horaria, etc).	0	1	2	3
Biblioteca con pocos libros (ej. pocos ejemplares en sala)	0	1	2	3
Aglomeración por espacio en la biblioteca, sala de Internet y otras dependencias.	0	1	2	3
Excesiva competitividad entre compañeros	0	1	2	3
Falta de recursos económicos propios	0	1	2	3
Demasiadas tareas para poder hacerlas todas bien	0	1	2	3
Asignatura y/o tareas que requieren mucha concentración, atención y memoria	0	1	2	3
Falta de información acerca de qué tareas hacer, cómo, para qué hacerlas.	0	1	2	3
Vivir distante a la universidad (municipios, barrios distantes, etc.)	0	1	2	3
Poco apoyo de la familia	0	1	2	3
Relación distante y de poca comunicación con los profesores	0	1	2	3
Poca comprensión lectora del inglés	0	1	2	3
Inadecuado manejo de los recursos tecnológicos (bases de datos, Internet, etc.)	0	1	2	3

Mencione Otras Variables que podrían ser Obstáculos e interfieren en las tareas de acuerdo a su vivencia:

---



---

B Los siguientes indicadores podrían ser FACILITADORES. Señale en qué medida han supuesto un facilitador y ayudar en las tareas académicas.

0	1	2	3	
Nunca	A veces	Habitualmente	Siempre	
Acceso a apuntes y otros materiales	0	1	2	3
Compañerismo (tolerancia, caracteres afines, cohesión grupal)	0	1	2	3
Adecuadas relaciones con los profesores.	0	1	2	3
Buenas relaciones con el personal de administración y servicios (biblioteca, secretarías, etc.)	0	1	2	3
Apoyo social de la familia y amigos	0	1	2	3
Los profesores o compañeros me informan de cómo estoy realizando el trabajo (feed-back)	0	1	2	3
Biblioteca (acceso adecuado a libros)	0	1	2	3
Vivir en la ciudad donde se estudia	0	1	2	3
Tener recursos económicos (ej. Facilidad para pago de matrícula, compra de libros, Computador, etc.)	0	1	2	3
Tener autonomía para determinar que tareas realizar cada día	0	1	2	3

Aulas de clases cómodas (ventilación, iluminación y sillas cómodas)	0	1	2	3
Cuenta con medios para su movilización para llegar al universidad (carros, motos, rutas de buses)	0	1	2	3
Acceso adecuado a las diferentes dependencias biblioteca, sala de Internet, etc.	0	1	2	3
Lectura adecuada de artículos y textos en inglés	0	1	2	3
Adecuado manejo de bases de datos, Internet, entre otros	0	1	2	3

Señale Otras Variables que podrían ser facilitadores de acuerdo a su vivencia:

---

---