



**UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA**

**PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT,  
EN UN HOSPITAL PÚBLICO DEL CONURBANO  
BONAERENSE.**

**Tutor:** María Marcela Bottinelli

**Tesista:** Maldonado Carolina Ruth

**Título a obtener:** Licenciatura en Psicología

**Facultad:** Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

**Fecha:** 11 de julio 2011

## ÍNDICE:

Resumen	1
Palabras claves	
1-Introducción y planteamiento del problema	3
1.1-Pregunta de investigación	
1.2-Relevancia	5
1.3-Objetivos	
1.3.1-Objetivo general	
1.3.1-Objetivos específicos	
2-Marco teórico	7
2.1-Delimitación conceptual del Síndrome de Burnout	
2.2-¿Qué es el síndrome de burnout?	
2.3-La medida y el diagnóstico del síndrome de burnout	10
2.4-VARIABLES ANTECEDENTES QUE CONTRIBUYEN A LA APARICIÓN	12
2.5-El proceso del desarrollo del burnout	14
2.6-Consecuencias del síndrome	15
2.7-Estrategias de afrontamiento	16
3-Antecedentes	18
3.1-Estudios sobre burnout en profesionales de salud	
3.2-Estudios sobre burnout en otras poblaciones	23

3.3-Algunos antecedentes de comparación en otras profesiones	29
4-Hipótesis	31
5-Metodología	32
5.1-Diseño	
5.2-Universo y muestra	
5.3-Fuentes e instrumentos de recolección de datos y principales variables de estudio	33
5.4-Algunas consideraciones sobre el trabajo de campo	35
6-Resultados	36
6.1-Characterización de la población estudiada	
6.2-Afectación, factores y consecuencias	41
6.3-Comparación de factores, síndrome y consecuencias y las características de la población	46
7-Conclusiones y discusiones	48
8-Bibliografía	51
9-Anexos	57
Índice de Gráficos:	
Gráfico N°1: Porcentajes de la población según sexo	36
Gráfico N°2: Porcentajes del estado civil en la población estudiada	37
Gráfico N°3: Porcentajes de jefes de hogar en la población estudiada	
Gráfico N°4: Tabla de frecuencias, nivel de estudio de los profesionales	38

Gráfico N°5: Distribución de profesiones de los profesionales	
De la salud	39
Gráfico N°6: Análisis global del síndrome de burnout en profesionales	
De la salud	41
Gráfico N°7: Porcentajes de las consecuencias físicas del burnout	42
Gráfico N°8: Consecuencias sociales del burnout	43
Gráfico N°9: Consecuencias psicológicas del burnout	44
Gráfico N°10: Los promedios de las subdimensiones del síndrome de burnout	45

## Resumen:

El síndrome del burnout, tal como describen los investigadores en el área “se caracteriza por la fatiga emocional, la despersonalización y una sensación de bajo logro personal, que aparecen como respuesta a una tensión emocional de índole crónica, originada por el deseo de lidiar exitosamente con otros seres humanos que tienen problemas”. (Zaldúa y Lodieu, 2000, p.157).

El presente trabajo tuvo como objetivo describir la prevalencia del Síndrome de Burnout, identificando las principales áreas de afectación. En los servicios de Guardia, Internación, Neonatología, Terapia Intensiva, Obstetricia y Pediatría, de un Hospital Público del conurbano bonaerense.

El diseño fue de tipo descriptivo, transversal, no experimental. Se caracteriza una población de profesionales de la salud en un momento acotado en la cual se pretende describir el nivel de Burnout. Para la recolección de datos se utilizaron fuentes primarias, mediante un cuestionario de burnout, CBB de Moreno (1997) aplicado directamente sobre los profesionales seleccionados.

La recolección de información se realizó a través de una encuesta anónima que contenía: un Cuestionario General sobre datos demográficos (edad, sexo, etc.), datos profesionales (área de trabajo, antigüedad en el cargo, etc.) y variables específicas.

La muestra fue de tipo no probabilística, estuvo compuesta por N= 105, de entre 23 y 67 años, con un promedio de edad de 42,31 años. (ds: 9,19). El 23,8% de ellos eran del sexo masculino, y el 76,2% del sexo femenino.

Los resultados principales muestran que, el 68 % de los sujetos identificaban un nivel medio de factores estresantes, mientras que el 7,6% reconocía un alto nivel de factores estresantes en el trabajo.

En relación al síndrome de burnout, se encontró que 55,2% de la población estudiada presentaron un nivel alto de afectación, mientras que el 37,1% presentó niveles medios de afectación del síndrome.

Respecto de las consecuencias, el 82% de los sujetos entrevistados presentaban algún tipo de consecuencias de afectación, lo cual indica la repercusión que experimentan del estrés laboral en su salud y sobre el rendimiento laboral.

Respecto del análisis de las dimensiones o ejes implicados en el estrés, se realizó un análisis global de la población, de los ítems que indicaron un puntaje significativo. Los aspectos significativos que mostraron afectación fueron: a)- la percepción de su trabajo como repetitivo Ítems 14 (3,39).

b) La categoría despersonalización que expresa dificultades en la relación personal de salud y paciente. Los ítems 3, 11, y 18, (con un puntaje de 3,65, 3,40 y 3,04.

c) La presencia o reconocimiento de las consecuencias físicas, o sea la repercusión de la salud por parte del estrés, el ítems 13, con un puntaje elevado (3,47).

**Palabras claves:** Síndrome de Burnout, personal de salud, agotamiento profesional- Sistema público de salud.

## **Título del Trabajo:**

“Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de salud, en un Hospital Público del conurbano bonaerense.”<sup>1</sup>

### **1- Introducción y Planteamiento del problema:**

En esta investigación se abordará el tema del Síndrome de Burnout, también conocido como “Síndrome del quemado” o de agotamiento profesional. El mismo fue definido por primera vez por el médico psicoanalista Herbert J. Freudenberger, en 1974, como un “conjunto de síntomas médico-biológicos y psicosociales inespecíficos, que se desarrollan en la actividad laboral, como resultado de una demanda excesiva de energía” (Freudenberger H. 1974, p159-166)

Si bien ha sido evaluado en distintos campos laborales, es necesario destacar que el síndrome del burnout, “se caracteriza por la fatiga emocional, la despersonalización y una sensación de bajo logro personal, que aparecen como respuesta a una tensión emocional de índole crónica, originada por el deseo de lidiar exitosamente con otros seres humanos que tienen problemas”. (Zaldúa y Lodieu, 2000, p.157).

Por lo anterior este síndrome, se refiere a una situación que es cada vez más frecuente entre los profesionales que prestan sus servicios, a través de una relación directa con las personas. Se identifican tres aspectos característicos del Burnout: cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal. Las consecuencias de este síndrome, según diferentes autores como Maslach, M y Jackson, S (1986) en (Duque y Pérez, 2007-2008), en el ámbito de trabajo están relacionadas con el riesgo de sufrir enfermedades psiquiátricas tales como depresión y trastornos de ansiedad, alcoholismo y/o farmacodependencia, ausentismo laboral, dificultades para trabajar en grupos, disminución en la satisfacción laboral, despersonalización en la relación con el paciente y disminución en el rendimiento laboral y pérdida de la productividad entre otras.

Las condiciones de precarización de trabajo, potencian esta afectación tal como lo muestran los estudios ya realizados por diversos autores específicamente en nuestro país (Zaldúa, Lodieu, Bottinelli, Gaillard y Pawlowicz, 2000).

---

<sup>1</sup>No se enuncia el nombre del Hospital por resguardo ético de las instituciones donde se desarrollan los proyectos de investigación, según el Código de Núremberg (1947).  
Resolución 1154/2003 del Ministerio de Salud de la Nación, Comisión de Salud Investiga.

“En el Sistema público de salud Argentina, el aumento de la desigualdad y pobreza, las políticas económicas – y por ende las políticas de salud- produjeron desplazamientos que tendieron a la concentración por grupos económicos internacionales de efectores de salud (clínicas, seguros, servicios) y la tendencia a atender desde lo público a los carenciados, desempleados y sin cobertura. Como consecuencia la población fragilizada y dañada dirige sus demandas al hospital. Entonces la tarea de los profesionales de salud se hace muy estresante, la desprotección social impacta al profesional y limita sus posibilidades terapéuticas” (Zaldúa, Lodieu, Bottinelli, Gaillard y Pawlowicz, 2000, p.166-167).

El sistema de salud pública en la provincia de Buenos Aires, área donde se realizará este trabajo, está compuesto por 78 hospitales de distintos niveles de complejidad. En el conurbano bonaerense atienden a la población denominada como vulnerable. Según estudios realizados por Zaldúa y Lodieu (2000); Zaldúa Bottinelli, Nabergoi, Lenta (2008), la vulnerabilidad de la población a la que se atiende aumenta también la afectación del personal de salud.

### **1.1-Pregunta de investigación:**

¿Cuál es la prevalencia del Síndrome de Bournout, y sus principales áreas de afectación, en el personal de salud de un Hospital Público del conurbano bonaerense?

### **1.2-Relevancia:**

Con los resultados de este estudio, se pretende la discusión de diferentes posturas teóricas sobre el tema.

Se brindará información al personal de salud de las distintas áreas y servicios, respecto de la presencia y/o tipos de afectación del síndrome.

Los datos, aunque anónimos podrán ser utilizados, con el acuerdo de los participantes, para diseñar planes de prevención colectivos y generar la posibilidad de tratamiento posible si fuese necesario, mejorando así su propia salud y la atención a la población.

### **1.3- Objetivos.**

#### **1.3.1- Objetivo General:**

Describir la prevalencia del Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout), identificando las principales áreas de afectación, en el personal de salud de un Hospital Público bonaerense.

### **1.3.2- Objetivos específicos:**

- 1- Identificar el nivel de afectación del cansancio emocional a través del CBB, en el personal de salud de un Hospital público del conurbano bonaerense.
- 2- Identificar el nivel de afectación de despersonalización a través del CBB, en el personal de Salud de un Hospital público del conurbano bonaerense.
- 3- Identificar nivel de afectación del área falta de realización, en el Personal el personal de Salud de un Hospital público del conurbano bonaerense.
- 4- Caracterizar a la población de profesionales del hospital, según su grado de afectación, (CBB) en cuanto a las características sociodemográficas y de servicio.
- 5- Identificar la cantidad de factores del síndrome de Burnout, percibidos por el personal de salud del Hospital Público del conurbano bonaerense a través del CBB.
- 6- Identificar las consecuencias físicas, psíquicas y sociales, del Síndrome de burnout que refieren los profesionales analizados.

## **2- Marco teórico:**

### **2.1- Delimitación conceptual del síndrome de burnout**

Burnout es una palabra de origen inglés que quiere decir “fundido” o “quemado”.

Así lo denominó por primera vez el investigador H. Freudenberger en la década del 70 en EEUU a partir de la observación de que muchos de los trabajadores, de una clínica para toxicómanos en Nueva York, sufrían una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad, depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes. Lo define como: “desgaste emocional, pérdida de motivación y compromiso para el trabajo”. (Zaldúa y Lodieu, 2000, p. 157)

En las mismas fechas (1974), en Duque y Pérez, (2007-2008), la psicóloga social Cristina Maslach utilizó el término burn out, para referirse a un conjunto de respuestas que afectaban a los profesionales de ayuda. Y crearon junto con su equipo un instrumento para medir el fenómeno, el Maslach Burnout Inventory (MBI), que ha sido traducido y utilizado en distintos países.

En 1986, Maslach y Jackson, lo definen como, un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas.

Pines y Aronson (1998) proponen una definición más amplia, no restringida a las profesiones de ayuda. Lo describen como un estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones con demandas emocionales.

Según, Duque y Pérez (2007-2008), la literatura ofrece al menos 17 denominaciones diferentes para el fenómeno. Considerando el grado de similitud, pueden ser clasificadas en tres grupos: 1) los constructos que toman como referencia al término original "burn out" , se habla de síndrome del quemarse el trabajo (síndrome del quemado), 2) denominaciones que toman el contenido semántico de la palabra o el contenido de la patología ( desgaste profesional, síndrome de cansancio emocional) y 3) definiciones que consideran que el síndrome de quemarse en el trabajo es sinónimo de estrés laboral (estrés asistencial, estrés profesional).

Según García Izquierdo y Velandrino (1992) a pesar de que el término tiene más de veinte años, aún no hay una definición unánime aceptada por los investigadores. Algunos autores igualan burnout a estrés y otros describen sólo variables relacionadas con la salud física y el bienestar, aunque la mayoría subrayan que es un síndrome manifestado por síntomas de agotamiento emocional, despersonalización y reducción del logro personal (Maslach y Jackson, 1982), agotamiento físico, mental y emocional (Pines, Aronson 1998). Si bien, como hemos visto, no existe una definición del burnout aceptada de manera universal, se encuentran algunos puntos de acuerdo. El burnout comparte características con otros tipos de estrés. Lo particular de este síndrome, está dado por su carácter de crónico y por ser una respuesta al estrés laboral característica de las profesiones de ayuda.

De las denominaciones propuestas, Gil Monte y Moreno Jiménez (2007), recomienda usar el término "síndrome de quemarse por el trabajo" para evitar en español el término burnout syndrome. Afirman dichos autores que esta denominación permite una mejor comprensión del fenómeno, porque permite identificar y evaluar el conjunto de síntomas para poder realizar un diagnóstico adecuado de la patología, también desvía la mirada hacia el trabajo y evita estigmatizar al trabajador y a su vez nos permite diferenciar el fenómeno de otros fenómenos psicológicos, como el estrés laboral, ansiedad etc.

Según Gil- Monte y Peiró (1997), se encuentran diferentes aproximaciones y explicaciones del fenómeno. Varios autores como Freudenberger (1974), y Fischer (1983), ven al síndrome como una entidad clínica, de carácter individual, clasificando sus síntomas, etiología y diagnóstico diferencial. Ellos dan mucha importancia a las variables sociodemográficas tales como la edad, el género, el tipo de personalidad y las características de la formación profesional.

Otros (Gil Monte, Peiró, Martínez Guerra, Zaldúa Lodieu, Bottinelli, 2000) han adoptado una postura psicosocial, en la que se sustenta este trabajo, lo consideran como un proceso, le otorgan mayor importancia a los elementos laborales, organizacionales, políticos y socioeconómicos.

Ellos caracterizan al síndrome como una falta de realización personal, agotamiento y despersonalización y lo relacionan con las condiciones de trabajo y las políticas asociadas.

## **2.2- ¿Qué es el síndrome de burnout?**

“El mismo se caracteriza por la fatiga emocional, la despersonalización y una sensación de bajo logro personal, que aparecen como respuesta a una tensión emocional de índole crónica, originada por el deseo de lidiar exitosamente con otros seres humanos que tienen problemas”. (Zaldúa y Lodieu, 2000, p.157).

El síndrome tridimensional es caracterizado por el agotamiento personal, despersonalización y reducida realización personal descritas por Maslach y Jackson, en Duque y Pérez (2007-2008).

- El agotamiento emocional, se caracteriza por la ausencia o falta de energía, entusiasmo y un sentimiento de escasez de recursos. Los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. Es una experiencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto diario y mantenido con personas a las que atienden como objeto de trabajo.

-La despersonalización, puede ser definida como el desarrollo de sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias de trabajo. Estas personas son vistas de forma deshumanizada, debido a un endurecimiento afectivo, lo que conlleva que les culpen de sus problemas.

-La falta de realización personal en el trabajo, se define como la tendencia de esos profesionales a evaluarse negativamente y de forma especial, esa evaluación negativa, afecta a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden y se presentan insatisfechos con sus resultados laborales. (Gil Monte y Peiró, 1997; Duque y Pérez, 2007-2008; Zaldúa, 2000; Bottinelli, 2000).

El síndrome de burnout según la OMS (2000), se ha detectado en una amplia variedad de trabajadores de la atención sanitaria. Entre los profesionales de riesgo se encuentran los enfermeros, los trabajadores sociales, los médicos generales, los especialistas que atienden a pacientes con enfermedades crónicas e incurables, los miembros del personal del servicio de urgencias, etc. El síndrome se ha observado además en otros cuidadores, familiares y educadores.

### **2.3- La medida y diagnóstico del síndrome del Burnout:**

Según Gil Monte y Moreno Jiménez (2007), en los años 70, los estudios de investigación, se dirigieron a la delimitación conceptual del fenómeno y la creación de instrumentos para su evaluación.

En relación a la evaluación psicométrica del síndrome, se desarrollaron numerosos instrumentos para su evaluación.

Cabe destacar el Staff Burnout Scale for Professionals (SBS- HP), que fue creado por Jones (1980) citado en Gil Monte y Moreno Jiménez (2007). Mide el Síndrome de estar quemado, definiéndolo como un síndrome de agotamiento físico y emocional; que es acompañado de actitudes negativas hacia el trabajo. Presenta 20 ítems, y se agrupa en cuatro dimensiones denominadas: insatisfacción laboral, tensión psicológica e impersonal, problemas de salud y deterioro de las relaciones laborales.

En segundo lugar, el Tedium Measure (TM) desarrollado por Pines y Aronson (1981) citado en Gil Monte y Moreno Jiménez (2007). Esta escala evalúa el síndrome de burnout, a través de tres dimensiones: agotamiento físico, emocional y agotamiento mental, consta de 21 ítems.

Y el Maslach Bournout Inventory (MBI), construido por Maslach y Jackson (1981) citado en Gil Monte y Moreno Jiménez (2007), contiene 22 ítems, evalúa el síndrome a través de sus tres dimensiones: baja realización en el trabajo, agotamiento emocional y despersonalización.

En la década de los 80, se publican numerosos trabajos, que informan sobre las cualidades psicométricas del MBI y la elaboración de teoría para explicar el síndrome del quemado.

Según Gil Monte y Moreno Jiménez (2007), en la década de los 90, se incorporaron modelos teóricos y metodológicos que permitieron la elaboración de modelos causales y factoriales. Se elabora entonces una nueva versión del MBI. El MBI-GS (Maslach Burnout Inventory - General

Survey).(Maslach, Jackson y Leiter, 1996). Este instrumento fue pensado para ser aplicado en cualquier grupo profesional, y no sólo en profesionales que realizan tareas asistenciales.

El MBI en sus múltiples versiones, fue el instrumento más utilizado en la evaluación del burnout en la década de los 80 y 90.

Según García Izquierdo y Velandrino (1992), en la década del 90, el MBI ha presentado problemas teóricos y psicométricos. Si bien es según Moreno-Garrosa, Benavides, Pereira y Gálves (2003), un instrumento insustituible, es necesario el desarrollo de otros cuestionarios complementarios para relevar los aspectos teóricos desarrollados. Esto se ha producido en países no anglosajones, como es el caso del Cuestionario Breve de Burnout (CBB) (Moreno-Jiménez, Bustos, Matallana y Mirales, 1997) que proporciona una puntuación global de los antecedentes, del síndrome y sus consecuencias. Esto lo diferencia del burnout que es una escala exclusiva para la evaluación del síndrome, por lo tanto el CBB no se propone como alternativo al MBI, sino como complementario.

Según Gil Monte y Moreno Jiménez (2007), en el siglo XXI, el síndrome de quemarse en el trabajo, (SQT), se convierte en un problema de salud, relacionado a los riesgos psicosociales de la actividad laboral.

Organizaciones internacionales (OPS, OMS, OIT)\* y nacionales (SRT, MSN)\*, lo ubican entre las patologías laborales, que deben ser prevenidas. Y que demandan programas de intervención dirigidas a la prevención y tratamiento.

El diagnóstico del síndrome, exige evaluaciones alternativas y complementarias, como el enfoque clínico de la evaluación. Según Bulbena Villarrasa, Berios y Fernandez de Larrinoa Palacios (2000), la entrevista clínica y el estudio de casos son métodos necesarios para el diagnóstico clínico. Pueden ser utilizados como una estrategia dentro de la medicina preventiva o como la identificación de casos de burnout, pero el diagnóstico personal necesita la experiencia del psicólogo clínico laboral.

#### **2.4- Variables antecedentes que contribuyen a la aparición del Burnout.**

Gil Monte y Peyró (1997), expresan que el síndrome de quemarse por el trabajo está conformado por una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales. Las profesionales de salud, educación, los trabajadores sociales, policías, han sido caracterizados como ocupaciones tendientes al desarrollo del síndrome.

Son profesiones en las que inciden estresores como la escasez de personal, que supone sobrecarga laboral, trabajo en turnos, tratos con usuarios problemáticos, en algunas de ellas contacto directo con la enfermedad, el dolor y la muerte, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, etc. Todos estos estresores han sido identificados en la literatura como antecedentes del síndrome”. (Gil Monte y Peyró, 1997, p 16

\*Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Organización Internacional del Trabajo .

\*Superintendencia de Riesgos Laborales, Ministerio de Salud de la Nación.

Gil Monte y Moreno Jiménez (2007), han elaborado una clasificación para ordenar las variables que intervienen en el desarrollo del burnout. Esta clasificación toma como referencia el modelo sistémico de la organización y agrupa esas variables en cuatro sistemas: antecedentes del burnout, antecedentes vinculados a las características físicas y tecnológicas de la organización, antecedentes interpersonales y antecedentes de carácter individual.

Los autores describen, en relación a las primeras, que las transformaciones del entorno socioeconómico y del mercado laboral han provocado un fuerte crecimiento del sector servicios, así como el advenimiento de nuevas formas de trabajo que se caracterizan por la necesidad de trabajar mas tiempo en contacto con los clientes de la organización y por la demanda de una mayor implicación del sujeto en su trabajo.

Con respecto a las organizaciones, cuando éstas adoptan una forma burocrática, su estructura se puede caracterizar como burocracia mecánica o burocracia profesional. “En las burocracias mecánicas, el SQT tiene su origen en la rutina, en la monotonía y en la falta de control, derivadas de la estructura, mientras que en las burocracias profesionalizadas está causado por la relativa laxitud de esta estructura que origina disfunciones en el rol y una alta frecuencia de conflictos interpersonales” (Gil Monte, y Moreno Jiménez, p 35).

El tercer nivel según Gil Monte y Moreno Jiménez (2007), es el de la interacción social tiene que ver con la calidad de las relaciones interpersonales que se establecen en el contexto social de la organización, ejemplo de ello la falta de control de la tarea, los conflictos interpersonales, la percepción de la inequidades los intercambios, junto a la ausencia de programas de socialización laboral adecuados, etc.)

La última variable a considerar, tiene que ver con el sistema personal, son los aspectos que explican la motivación para la ayuda (conducta psicosocial, altruismo, etc.) y el nivel de idealismo existente sobre la profesión.

## **2.5- El proceso de desarrollo del Burnout:**

Maslach y Jackson (1982) caracterizan tres fases del síndrome: primera de cansancio emocional, la segunda de despersonalización y la tercera de abandono de la realización personal. El cansancio o el agotamiento emocional sobreviene luego de haber intentado modificar las situaciones estresantes pero habiendo fracasado en la gestión de resolver el estrés que generan. La actividad laboral pierde así para el sujeto el atractivo que pudo tener en otro momento. Sentimientos de tedio y aburrimiento pueden aparecer. “Las autoras consideran que la despersonalización es el núcleo del burnout. La despersonalización es la consecuencia del fracaso frente a la fase anterior y la defensa construida por el sujeto para protegerse frente a los sentimientos de impotencia, indefensión y desesperanza personal. El abandono de la realización personal llega cuando el trabajo pierde el valor que tenía para el sujeto. Esta situación es resultado del fracaso frente a los intentos previos realizados para modificar factores personales e institucionales”. (Zaldúa y Lodieu, 2000, p. 158)

Otra investigación ha identificado el proceso de burnout como atravesando cuatro fases. Según Edelwich y Brodsky citados por Duque y Pérez (2007-2008) las fases serían:

-Etapa de idealismo y entusiasmo: el individuo posee un alto nivel de energía para el trabajo, expectativas poco realistas sobre él y aun no sabe lo que puede alcanzar con éste. La persona se involucra demasiado y existe una sobrecarga de trabajo voluntario. El no cumplimiento de estas expectativas le provoca, en esta etapa, un sentimiento de desilusión que hace que el trabajador pase a la siguiente etapa.

-Etapa de estancamiento: supone una disminución de las actividades desarrolladas cuando el individuo constata la irrealidad de sus expectativas, sufre la pérdida del idealismo y del entusiasmo, el individuo empieza a reconocer que su vida necesita algunos cambios, que incluyen el ámbito profesional.

- La etapa de apatía y frustración: es la fase central del síndrome de burnout. La frustración de las expectativas lleva al individuo a la paralización de sus actividades, desarrollando apatía y falta de interés. Comienzan a surgir los problemas emocionales, conductuales y físicos. Una de las

respuestas comunes en esta fase es la tentativa de retirada de la situación frustrante. Se evita el contacto con los compañeros, hay ausentismo al trabajo y en muchos casos se da el abandono del mismo.

-Durante la etapa de distanciamiento: la persona está crónicamente frustrada en su trabajo, con un sentimiento de vacío total que puede manifestarse como distanciamiento emocional y desvalorización profesional.

Posteriormente, Price y Murphy (1984) citado por Gil Monte y Moreno Jiménez (2007), publican un modelo en el que los sentimientos de culpa, son una variable importante para entender el deterioro psicológico en el que deriva el burnout. Según los autores atravesarían seis fases:

1) La primera es una fase de desorientación donde aparecen sentimientos de fallo profesional. 2) La segunda fase se caracteriza por la inestabilidad emocional. 3) La tercera fase consiste en la aparición de sentimientos de culpa debido al fracaso profesional. 4) La cuarta fase, se caracteriza por la tristeza, que si se supera puede desembocar en 5) un pedido de ayuda y 6) el reestablecimiento del equilibrio inicial con el que comenzó la profesión.

## **2.6-Consecuencias del Síndrome:**

Gil Monte (1997) clasifica las consecuencias en dos grupos: consecuencias para el individuo y consecuencias para la organización. En el caso de las primeras, se encuentran las manifestaciones psicósomáticas que se derivan del síndrome (Dolor precordial y palpitaciones, hipertensión, crisis asmáticas, aparición de alergias, dolores cervicales y de espalda, insomnio, etc). Así mismo señala el deterioro de las relaciones interpersonales fuera del ámbito de trabajo, especialmente relaciones conyugales y de pareja.

En relación a las consecuencias que se derivan para la organización, se observan cuatro principalmente: la satisfacción laboral, la propensión al abandono de la organización, el ausentismo y el deterioro de la calidad de servicio de la organización. El síndrome de burnout afecta negativamente la satisfacción laboral y por ende positivamente a las otras tres consecuencias.

Según Carri y Trjtenberg, (2007), entre las consecuencias, se encuentran distintos tipos de problemas: Interpersonales (donde padece deterioro de la vida social y familiar), e individuales, como los trastornos físicos (dolor de cabeza), Psicológicos (ansiedad, depresión) y conductuales,

que disminuyen el rendimiento laboral (ausentismo, retraso, deterioro de la calidad del trabajo). Y pueden llevar incluso en casos extremos a la muerte.

La sintomatología del burnout, entonces, siguiendo a Montesdeoca Hernández (1997), citado en Zaldúa, et al.(2000) se clasifica en física, psíquica y laboral. Los síntomas físicos más frecuentes: cefaleas, fatiga, insomnio, problemas gastrointestinales, etc. Con respecto a los síntomas psíquicos: falta de interés, problemas de concentración, irritabilidad, depresión, tristeza, etc, y en relación a los síntomas laborales: sobreinvolucramiento (llevan trabajo a casa, aumentan las horas de trabajo, etc.), no comparten, ni delegan trabajo, entre otros.

## **2.7- Estrategias de afrontamiento**

En relación con el burnout se han propuesto diversas estrategias, tanto desde la reflexión teórica como del trabajo con los propios trabajadores de la salud. A nivel individual algunos autores recomiendan hacer terapia individual psicológica.

Poniendo énfasis en el polo de la salud, Zaldúa, et al. (2000) trabaja con los conceptos de resiliencia y sistema de apoyo. El primero es desarrollado por Stefan Vanistendael citado por Zaldúa, G et al. Y se basa en la capacidad de resistir frente a la destrucción (la capacidad de proteger la propia vida aún encontrándose bajo presión), el otro se refiere a la capacidad de crear una respuesta vital positiva frente a circunstancias difíciles. Los sistemas de apoyo, constructo elaborado por Caplan y citado por Zaldúa y Lodieu (2000), son aquellos que refuerzan o construyen los recursos de competencia, que son los que permiten al sujeto afrontar situaciones de riesgo.

Entre los diferentes tipos de apoyo social, House citado por Zaldúa, G et al. (2005) ha sistematizado distintos tipos de apoyo social: 1- el apoyo emocional, relacionado con el afecto y la confianza, 2- el apoyo instrumental que comprende los recursos materiales, económicos o de servicios con los que se cuentan, 3- el apoyo informativo, que le posibilita a una persona conocer su situación y poseer instrumentos para afrontarla, 4- el apoyo evaluativo, vinculado con el feedback que se tiene de las propias acciones, y también con la posibilidades obtener reconocimiento por la tarea que se realiza.

### **3- Antecedentes:**

#### **3.1- Estudios sobre Burnout en profesionales de salud**

En nuestro país, Zaldúa y Lodieu (2000) realizaron un trabajo de investigación exploratoria sobre el Síndrome de Burnout, en profesionales de salud de Hospitales Públicos. Combinaron para ello técnicas cualitativas y cuantitativas, utilizando el CBB, Cuestionario Breve de Burnout.

Como resultado, se encontraron que el 10,7% de los profesionales padecían el síndrome, de los cuales el 76,5% eran médicos y el 23,5% enfermeros.

Concluyeron que el estrés crónico laboral, se debe en primer lugar a las características propias del trabajo asistencial, contacto duradero con el dolor, la muerte, el desmantelamiento de los servicios hospitalarios, la sobrecarga laboral, la crisis salarial.

En el trabajo presentado en el Primer Congreso Marplatense de Psicología, Zaldúa y Bottinelli (2003) resumen un proceso de investigación realizado en hospitales públicos, desde el enfoque de la epidemiología y la psicología crítica. Concluyen que las políticas neoliberales, han afectado las condiciones en que se realizan las prácticas de salud, la precarización de laboral de los trabajadores de salud y las condiciones sanitarias de la población que constituyen los vértices de un trípode negativo en el que se desenvuelven los actos de salud, con distintos perfiles de desgaste y afrontamiento de las instituciones, género y posiciones profesionales.

Por otro lado Vignolo, Sánchez y Koen (2004) emplearon el MBI para medir el nivel de desgaste profesional y para medir la dificultad para expresar los afectos, el HADS (depresión y ansiedad) y Alexitimia.

La muestra utilizada en dicho estudio estaba integrada por (N=97) profesionales de un Hospital Público de la ciudad de Buenos Aires.

Los resultados obtenidos mostraron, que el 66% de los encuestados presentó un alto nivel de desgaste emocional, el 45% un alto nivel de desrealización. El 11% presentaron dificultades para expresar los afectos, el 25% cursaron con trastornos de ansiedad y el 18% depresión.

Como consecuencia, resaltan el hallazgo de un alto porcentaje de médicos residentes, que se encontraron afectados de estrés laboral, acompañados con un alto riesgo somático.

Ortega Herrera., Ortiz Viveros., y Coronel. (2007), realizaron un estudio descriptivo, transversal y correlacional con una población de 119 profesionales de salud (61 enfermeros y 58 médicos), de los distintos servicios y turnos de un Centro Estatal de Cancerología de México. El 56% eran

mujeres y la edad promedio fue de 40 años. Los autores utilizaron tres instrumentos, en primer lugar, el Cuestionario de Información General, que fue construido por ellos mismos y contenía aspectos sociodemográficos y características laborales de los sujetos encuestados, tales como edad, sexo, profesión, turno, antigüedad, tipo de contrato.

En segundo lugar, el Maslach Burnout Inventory (MBI) y el Inventario de Puntos de Vista Personales, que está compuesto por 50 items, que evalúan las tres dimensiones que componen la personalidad resistente, que son reto, compromiso y control. Es una escala tipo Likert.

Sus resultados demostraron, que el 36% padecían burnout (nivel medio- alto), siendo los enfermeros los más afectados, en comparación con los médicos.

Además concluyen, que los sujetos del sexo femenino mostraron un mayor nivel de burnout que los del sexo masculino. Por último señalan que a mayor presencia del síndrome, menor personalidad resistente poseen los sujetos.

Leda Lara, Chavés, Morante Benadero. (2007) citado en Gil Monte y Moreno Jiménez, (2007) por su parte llevaron a cabo un estudio de prevalencia, realizado con una muestra de profesionales de enfermería (N= 557) pertenecientes a Hospitales Públicos de tercer nivel del estado de México. Los encuestados poseían una antigüedad mayor a un año en la institución. Los autores emplearon el CBB, (Cuestionario Breve del Burnout, 1997). Los resultados obtenidos presentaron que, la totalidad de los sujetos se agruparon en los niveles medios y altos del síndrome, y dentro de las variables influyentes en la aparición del síndrome, pudieron encontrar múltiples factores, como el tedio las características de la tarea, que se constituyeron en los principales predictores. En Colombia, 173 psicólogos fueron evaluados, a través del Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI\_HSS) de Maslach y Jackson) por Alarcón y Rodríguez Muñoz. (2007), citado en Gil Monte, y Moreno Jiménez (2007).

Los autores hallaron que los grados de afectación, variaban según el criterio diagnóstico elegido. Los criterios basados en percentiles proporcionaban tasas de prevalencia superiores en todos los casos, mientras que empleando los criterios apoyados en las frecuencias, las tasas de prevalencia disminuyeron.

Los autores informan, que el 19% de los entrevistados, presentaron puntajes elevados de agotamiento emocional, en relación a la realización personal, aparecieron solo un 6% de psicólogos en el nivel medio y ninguno presentó niveles bajos de realización personal. Además encontraron diferencias significativas entre los sexos, los hombres obtuvieron una media inferior al de las mujeres en agotamiento emocional, aunque tanto en las dimensiones despersonalización, como en la realización personal no se encontraron diferencias significativas.

Chacón Roger, Grau Abalo, Llantá Abreu, Grau Abalo. (2007) citado en Gil Monte y Moreno Jiménez, (2007), realizan un estudio experimental, con dos grupos, uno experimental (que recibió un programa de intervención dirigido al control del SQT) y un grupo que no recibió influencia.

La muestra era de 63 enfermeros, que padecían SQT, de los cuales, 23 pertenecían a dos hospitales oncológicos de Cuba.

El grupo experimental estuvo conformado por 31 enfermeros, y el de control por 32. Los resultados de este estudio demuestran que el tratamiento con el programa de intervención tiene una influencia favorable sobre el diagnóstico de SQT.

Marucco, Gil Monte., y Flamneco, E. (2007-2008), se propusieron determinar la prevalencia del SQT (burnout) en pediatras de Hospitales de la Región Sanitaria VI del conurbano bonaerense.

La muestra utilizada por los autores fue de tipo no aleatoria, estaba integrada por 123 pediatras, todos de planta estable, de los cuales 89 eran mujeres (72,4%) y 34 hombres (27,6%).

Utilizaron dos instrumentos, el Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) y el Cuestionario para Evaluación del Síndrome de Quemarse por el trabajo (CESQT). Hallaron que la prevalencia del SQT (burnout), en los pediatras era del 3,25% con ambos instrumentos.

Por otro lado Prop (2008), se propuso medir el nivel del síndrome de burnout, en 53 enfermeras de sexo femenino, y comparar sus formas de afrontamiento frente a situaciones que evalúen como amenazantes.

La muestra que se utilizó en este estudio, fue un muestreo no probabilístico, intencional que realizaba sus actividades en Unidad de terapia intensiva de adultos, de diferentes nosocomios hospitalarios, sanatorios y clínicas de la provincia de Entre Ríos (Argentina)-

La edad oscilaba entre los 24 y 54 años, con un promedio de 36 años. El 41,5% de las enfermeras trabajaba en instituciones públicas, el 43,4% en instituciones de salud privadas y el 15,1% en ambos tipos de instituciones.

Para dicha investigación se recurrió a dos tipos de instrumentos: el Inventario de Burnout de Maslach (1997), y el Inventario de Modos de Afrontamiento de (Lazarus y Folkman, 1986). Este último está formado por 67 ítems, en calidad de afirmaciones que evalúan los diferentes modos de enfrentar los problemas con una escala tipo Likert.

El autor concluye en su estudio, que tenderían a usar estrategias de afrontamiento menos disfuncionales, a medida que aumenta el nivel de burnout, en cuanto a las dimensiones, despersonalización y baja realización personal.

Noguera, L.F., y Calvo Francés, F. (2008) realizaron un estudio descriptivo del Síndrome de Burnout en una muestra de 101, enfermeras profesionales de los Hospitales Públicos del área sur de Gran Canaria.

Como instrumentos utilizaron el MBI, en su adaptación española llevada a cabo, para TEA por Seisdedos (1997).

En sus resultados no se evidencian diferencias significativas por sexo, cargo y turno. Los autores concluyeron que los niveles de CE (cansancio emocional) y DP (despersonalización) eran elevados, por arriba de los encontrados en otros profesionales sanitarios de la Comunidad Autónoma.

En Colombia, Paredes, Sanabria Ferrand. (2008), se propusieron determinar la prevalencia del síndrome del burnout y su posible relación con el bienestar psicológico, las variables sociodemográficas y laborales.

La muestra estaba constituida por 138 residentes de las especialidades médico quirúrgicas pertenecientes a hospitales universitarios. El 53,7% eran hombres y el 46,3% mujeres.

El 56,6% pertenecían a especialidades quirúrgicas, la mayoría no tenía hijos y el 70% eran solteros. En relación a la jornada laboral, el 78,6% trabajaba más de 18 horas en la institución.

Aplicaron el Cuestionario breve de burnout (CBB), y a su vez recogía datos sociodemográficos y la Escala de bienestar psicológico (BIES-A), que estaba conformada por cuatro dimensiones: control de situaciones, aceptación de sí mismo, vínculos psicosociales, autonomía y proyectos.

Hallaron como resultado que, el 12,6% de los residentes evidenció un alto nivel del síndrome, el 36,4% niveles moderados, mientras que el 57% presento niveles bajos de afectación.

Se encontró una asociación entre el síndrome y el bienestar psicológico y entre éste último y las jornadas largas de trabajo.

No encontraron asociaciones estadísticamente significativas con las variables sociodemográficas y laborales.

Rodríguez García, Oviedo Zúñiga, Vargas Santillán, Hernández Velázquez y Pérez Fiesco (2009), realizaron un tipo de estudio descriptivo acerca de la prevalencia del síndrome de burnout, en 122 enfermeros pertenecientes a dos Hospitales de México.

La muestra fue de tipo intencional, de 61 enfermeros tomados de cada una de las instituciones.

Se aplicaron dos cuestionarios, el primero que permite obtener información sociodemográfica de los sujetos, edad, turno, servicio, antigüedad, estado civil, entre otros.

El segundo instrumento, fue la escala Maslach de 1986 (Leiter y Maslach, 2005). Está conformado por 22 ítems, en calidad de afirmaciones, que miden cansancio emocional,

despersonalización y realización personal. Fue adaptado al país de México por Moreno y otros (1991).

Hallaron un nivel alto del síndrome de burnout, una prevalencia del 27% en el Hospital de Ecatepec y el 24% en el Hospital de Cuautitlan. Y los principales factores del síndrome fueron el turno, servicio, ausentismo, gravedad del paciente, y supervisión de los superiores

### **3.2- Estudios de Burnout en otras poblaciones:**

Zaldúa, Botinelli, Pawlowicz y Nabergoi (2005) diseñaron una investigación, sobre el burnout en trabajadores bancarios de cuatro bancos de la ciudad de Buenos Aires. La muestra conformada por 100 trabajadores, con más de cinco años de antigüedad, de entre 25 y 65 años. El 54% de ellos eran varones y el 46% mujeres.

Los autores encontraron que los empleados bancarios, se ubicaban sobre la media de afectación del síndrome, en las categorías de cansancio emocional y realización personal, y casi la mitad de la población tratada se encontraba afectada por niveles altos de estrés en dichas categorías.

Las mujeres sufren mayor estrés laboral en relación a los hombres en todas las categorías.

Gil Monte, Carretero, Roldán y Núñez Roman (2005), presentaron un estudio de prevalencia respecto del SQT (burnout). La muestra ha sido de 154 monitores y educadores de Centros para Personas Discapacitadas de Valencia.

El instrumento que se utilizó fue el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo, versión para profesionales que trabajan con discapacitados (CESQT-PD), que cuenta con cuatro dimensiones, ilusión por el trabajo, desgaste psíquico, Indolencia (presencia de actitudes negativas y de indiferencia hacia los clientes de la organización) y la culpa.

Los resultados demostraron, que el 13,60% presentaron niveles bajos de ilusión por el trabajo, el 22,70% padecían niveles altos de desgaste psíquico, y el 7,10% niveles altos de indolencia.

Con respecto al puntaje global, el SQT (burnout) afectó al 11,70% de los encuestados y en la forma grave sólo al 1,30% de ellos.

Cáceres Bermejo (2006), en su tesis doctoral realiza un estudio transversal, descriptivo acerca del Burnout, en 593 médicos y enfermeros militares de Madrid.

Se incluyeron en la investigación, las unidades del Ejército de Tierra, Ejército del Aire y Armada, ubicadas en centros, cuarteles, donde se realizaba atención primaria de la salud.

El 83,4% eran hombres y el 16,35 % eran mujeres. El 75,21% eran médicos y el 34,78% enfermeros.

El instrumento que se utilizó fue el Maslach Burnout Inventory para detectar la prevalencia del burnout.

Concluyó que el 59 % del personal de salud militar, tenía niveles altos de burnout y un 23% niveles medios de este síndrome.

Se encontraron niveles altos de cansancio emocional en un 39% en los profesionales de salud y despersonalización y falta de realización personal en un 35%.

Pando Moreno, Aranda, Aldrete, Flores Salinas y Pozos Radillo (2006), realizaron un estudio observacional y transversal, acerca del burnout y su relación con los factores psicosociales negativos.

La muestra estuvo compuesta por 144 docentes universitarios en ciencias de la salud, de México, cuyas edades oscilaban entre 24 y 68 años, con una edad promedio de 47. El 61,8% eran del sexo masculino.

Utilizaron como instrumentos, una encuesta sociodemográfica, el MBI y la Escala de factores Psicosociales del Instituto Mexicano del Seguro Social, que consiste en una lista de factores agrupados en cuatro áreas, que son: a)- dependientes de la tarea, b)- relacionados con el sistema de trabajo, c)- dependientes de la interacción social y d)- relacionados con la organización.

Obtuvieron como resultado, que el 52,7% de los sujetos, estaban afectados por el síndrome de burnout, los valores más altos estaban presentes en las mujeres 64,2%, y los solteros (as) con un 67,1%.

Y en relación a los factores psicosociales negativos (global), se presentan como factor de riesgo para el agotamiento emocional y la despersonalización y para la presencia o no del síndrome de burnout.

Durán y Montalban (2007) citado en Gil Monte, y Moreno Jiménez (2007) han ofrecido en España, datos referidos a la policía local. El estudio realizado con 232 sujetos, de los cuales el 89,2% eran varones, con una media de 38 años, y 13,2 de antigüedad.

De los 168 policías, el 92,3% eran agentes, el 80% hacía su trabajo en la calle. La mayoría de los encuestados pertenecían al turno mañana.

Los resultados mostraron niveles moderados altos de despersonalización, siendo la dimensión más destacada el Cansancio Emocional, el cual afectó a una mayor proporción de sujetos y una Realización personal media.

Los policías de esta muestra, solían usar como estrategias de afrontamiento, una combinación de estrategias orientadas al problema o de control y otras relacionadas con la evitación de la situación o los aspectos emotivos de esta.

Otras estrategias utilizadas, eran comentar el problema con jefes y compañeros (89,2%), recoger más información (82,4%) o aumentar la formación profesional (77%), eran elegidas por la mayoría de los integrantes de este estudio.

Chambel y Olivera Cruz (2007) citado en Gil Monte y Moreno Jiménez, (2007), se propusieron como objetivo investigar la evolución de los niveles de SQT, en 106 militares en el cumplimiento de misiones de paz en Timor. El 89,6% eran hombres y 10,4 mujeres. La mayoría de los militares, 72,2% eran solteros, mientras que el 18,9% casados o viviendo como parejas de hecho.

Se utilizó como instrumento la versión del MBI –GS traducida y adaptada al portugués.

Concluyeron que varias dimensiones del STQ, aumentaban de manera significativa del inicio al fin de la misión, como es el caso del agotamiento y el cinismo en cambio disminuyeron la eficacia profesional del inicio al final de la misión.

Garcés de bs Fayos Ruiz y Vives Benedicto (2007) citado en Gil Monte y Moreno Jiménez (2007), se propusieron mejorar la comprensión del SQT en árbitros, para poder establecer medidas de prevención.

Según los autores, el árbitro o juez deportivo presenta una responsabilidad extrema, ya que de sus decisiones puede depender ganar un partido, una medalla.

La muestra estuvo compuesta por 97 árbitros, con un rango de edad que oscilaba entre los 18 y los 42 años. También se encontraban sujetos con 20 años de experiencia, con 10 o más había 15 sujetos, y la mayoría estaban entre los 3 y 6 años arbitrando.

Como instrumento se administraron MBI, en la versión aplicada al contexto deportivo (Garcés de la Fayos, 2004) y una entrevista estructurada de 20 ítems, para obtener información sociodemográfica y deportiva.

Como resultado se obtuvo, que el 10,3% de los árbitros sufría SQT, y esto los ubica como colectivo profesional, en un porcentaje, igualable a otros profesiones de riesgo (policías, personal de salud, por ejemplo). Los porcentajes de sujetos con alguna de las tres dimensiones del síndrome presentan valores que superan el 30%.

Manassero, García Buades, Ramis, Torrens y Genovard (2007), citado en Gil Monte y Moreno Jiménez, (2007) Indagaron sobre la realización del trabajo emocional por parte de los empleados del sector turístico y en la relación que este manejo de las emociones tiene con el síndrome de estar quemado en el trabajo y por otro lado, con el engagement o vinculación psicológica positiva con el trabajo.

Definen el trabajo emocional como el acto de manifestar, exhibir la emoción apropiada, o sea que los empleados deben expresar las emociones que prescribe y desea la organización.

La muestra estaba compuesta por 148 empleados, se utilizaron tres instrumentos.

La evaluación de bienestar psicológico muestra que los empleados del sector turístico indica en general, bajo niveles de síndrome de estar quemado por el trabajo y altos niveles de engagement. Hay que tener en cuenta que el sector turístico a diferencia de las denominadas profesiones de ayuda, las interacciones con los clientes suelen ser de corta duración y estructuradas.

En el caso del SQT, las dimensiones de agotamiento y cinismo obtienen medias bajas.

Magaña Medina., y Sánchez Escobedo. (2008) realizaron un estudio para determinar el nivel del Síndrome de desgaste emocional (burnout), y su relación con las condiciones institucionales, en 109 investigadores pertenecientes a los departamentos de Ciencia y tecnología de México.

Utilizaron como instrumento el MBI (adaptación) y una serie de preguntas abiertas con respecto a la institución y su situación laboral.

De los sujetos estudiados el 73% eran del sexo masculino y el 27

% eran mujeres, el promedio en la institución era de 14 años de antigüedad. En relación al estado civil, el 69% eran casados, con una edad promedio de 47.

Hallaron que el 19% de la población presentaba algún grado moderado de burnout

Y los datos cualitativos informan que la sobrecarga de trabajo, la multiplicidad de roles, los diferentes sistemas de evaluación y los niveles de responsabilidad, son factores de estrés laboral.

Noyola y Padilla. (2009) en las publicaciones del X Congreso Nacional de Investigación Educativa de Veracruz, México, presentaron un trabajo de investigación sobre la prevalencia del Desgaste profesional en profesores de educación primaria del Municipio capital de Aguascalientes.

La muestra estaba constituida por 851 profesores de 83 escuelas, de las cuales el 72,3% eran mujeres y el 27,7% hombres, con una edad media de 39 años.

Con respecto al nivel de estudio, el 51,6% tenían nivel universitario, normal básica 22,3%, el 12,1% habían hecho especialidad y el 14% posgrado.

Encontraron niveles bajos del SQT en la población docente. En la dimensión de desgaste psíquico el número de maestros afectados era de 200 individuos y según los autores es el primer paso para el desarrollo del síndrome.

El síndrome estaba presente entre los profesores, en el área urbana y entre los casados. Así como también con una mayor antigüedad y los que hacían dos turnos.

Unda, Sandoval, y Gil Monte, P. R. (2007/2008), realizaron un estudio para determinar la prevalencia del SQT (burnout) en 698 maestros mexicanos del nivel primario de 51 escuelas. De

los cuales 541 eran mujeres y 133 eran hombres, con una edad promedio de 42,4 años, con una media de antigüedad en la institución de 11,2 años.

Se utilizó como instrumento el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo para Profesionales de la Educación (CESQT)

No se encontraron con prevalencia alta del SQT, el 3% de los maestros presentaba baja ilusión en el trabajo, el 37,40% padecía niveles altos de desgaste psíquico, el 4,7 5 altos niveles de indolencia y un 9,70% de culpa.

Quiroga Calegari, Víctor y Brunet, (2008) presentan los resultados parciales de una investigación realizada en cinco hospitales públicos de la ciudad de Rosario, Argentina. Se utilizó un instrumento (CDPE-A), elaborado en la Universidad Autónoma de Madrid por el Dr. Bernardo Moreno Jiménez, cuya característica fundamental es que no sólo estudia las tres áreas de afección del desgaste profesional, sino además destaca áreas importantes como antecedentes, personalidad resistente, algunas estrategias de afrontamiento y consecuencias.

Concluyen provisoriamente que el instrumento (CDPE-A) puede ser un instrumento útil para medir diferentes áreas de los trabajadores de enfermería ya que los resultados obtenidos con el mismo se corresponden con otras diferentes muestras.

Mandolesi, Quiroga, Fabian, Cattaneo, y Bonantini (2010) realizaron un estudio exploratorio en 61 docentes pertenecientes a seis escuelas primarias de la ciudad de Rosario, utilizaron como instrumento de medición el MBI HS, Maslach Burnout, inventory Educators Survey, el cual se corresponde a una adaptación dirigido al personal de educación

La muestra estaba compuesta por un 8,2% de hombres y un 91,% de mujeres. La edad de los docentes oscilaba entre 20 y 65 años, con un promedio de 41,33.

Un 77,4 % poseía una pareja habitual, y un promedio de 2 hijos. En relación a la antigüedad de 16 años, y los cargos se distribuían entre un 61,3 de titulares y un 24,2 de suplentes.

Como resultado, obtuvieron una media de 2,28 en cansancio emocional, en relación a la dimensión cansancio emocional la media era de 2,28 y una media de 3,80 en baja realización personal.

Moreno Jiménez, Hernández, Rodríguez Carvajal, Ferrer Puig, y Martínez (2009) asociaron las demandas, recursos y conflictos interpersonales con el síndrome de burnout, evaluado en sus dos dimensiones, el agotamiento y el distanciamiento y relacionaron este proceso con las intenciones de abandono del trabajo en docentes universitarios.

Aplicaron distintos instrumentos, el de Recursos y Demandas psicológicas (JGQ: Benavides, Ruiz Frutos y García, 2000). Este cuestionario evalúa las exigencias y demandas psicológicas del trabajo.

En segundo lugar, el instrumento Conflicto Personal, que fué creado por los investigadores con el acuerdo de los docentes universitarios, alude a los conflictos interpersonales propios de la universidad.

En tercer lugar, el Burnout (MBI-GS) Moreno Jiménez, Rodríguez Carvajal, 2001), utilizaron las escalas de agotamiento emocional (5 ítems) y cinismo o distanciamiento (5 ítems), con una escala de respuesta tipo Likert de 7 puntos.

Y por último, el instrumento Intenciones de Abandono (Gálvez, 2007), que está conformado por 4 ítems (Ejemplo, "He tenido deseos de abandonar la profesión universitaria", con un escala tipo Likert de 1 "en desacuerdo 2 a 4 "de acuerdo".

El hallazgo dominante de la investigación fue, que se encontraron que tanto en la dimensión agotamiento emocional, como en distanciamiento, mediaron los efectos que las demandas y el conflicto tienen sobre las intenciones de abandonar el trabajo, mientras que los recursos de abandono predijeron negativamente las intenciones de abandono.

### **3.3- Algunos antecedentes de comparación entre poblaciones:**

Olivares Faúdez, y Gil Monte. (2007-2008), analizaron la prevalencia del síndrome de quemarse en 393 sujetos de las provincias de Valparaíso y Santiago de Chile.

El 29, 52 % desempeñaba sus funciones en las sucursales de una caja de compensación familiar y el 70,48 % en dos centros de atención a discapacitados, con una experiencia media en la profesión de 11,63 años y una media de antigüedad en la organización de 8,24 años.

Hallaron que el 10,69 % de los sujetos presentaban altos niveles del SQT, y que el 39,19 % padecía de niveles altos de desgaste psíquico. Concluyeron que el CESQT es un instrumento adecuado para evaluar el SQT.

Posteriormente, Quiroga Calegari, Victor, Brunet, Mandolesi y Cattaneo (2009) realizaron un estudio comparativo del personal de enfermería de la ciudad de Rosario, en contraposición con resultados obtenidos por Carlotto y Gonçalves Cámara en una muestra de docentes de Brasil y con los obtenidos en por Gil.Monte y Peyró (1999), en un estudio de validación realizado en España con una muestra de 559 trabajadores de distintas ocupaciones. Concluyen que los instrumentos utilizados en la investigación, poseen una adecuada confiabilidad-

Cogollo Milanés, Batista., Cantillo, Jaramillo, Rodelo y Meriño, G (2010), se propusieron determinar la prevalencia del desgaste profesional y factores asociados en el personal de enfermería de servicios de urgencias de cuatro Instituciones de salud de Colombia.

Utilizaron como instrumentos la Escala de Satisfacción en el Trabajo, que consta de 15 ítems, que indaga sobre la satisfacción laboral. Y una versión adaptada del MBI.

La muestra estuvo conformada por 173 sujetos, de los cuales el 72% eran auxiliares de enfermería, y el 27,6% enfermeros profesionales, con un promedio de edad de 34, años.

Como resultado encontraron que, el 26,6% del personal de urgencias, padecían desgaste profesional. La prevalencia del mismo era alta.

El 25, 4% de los enfermeros, presentó satisfacción en el trabajo. Concluyeron que la insatisfacción laboral y la edad menor a 40 años se asociaba significativamente al desgaste profesional.

#### **4- Hipótesis:**

Se espera encontrar un alto grado de estrés laboral en el personal del hospital público del conurbano bonaerense, con respecto a las dimensiones despersonalización y baja realización personal.

#### **5- Metodología:**

##### **5.1- Diseño:**

Se trabajó con un diseño descriptivo, transversal, dado que el trabajo se propone conocer las características de la población, respecto del nivel de Burnout. Se trata además de un diseño no experimental, porque se toma la realidad tal cual es, sin influir en ella.

##### **5.2- Universo y muestra:**

El universo estuvo integrado por 400 profesionales, que conforman la planta total, de un Hospital del conurbano bonaerense. Se trata de un Hospital Zonal general de agudos que cuenta con 220 camas.

Está compuesto por Áreas asistenciales: (Anatomía Patológica, Internación, Guardia, Hemoterapia, Laboratorio, oftalmología, Pediatría, Farmacia, Anestesiología, Dermatología, Fonoaudiología, Infectología, Neonatología, Oncología, Terapia Intensiva, Diagnóstico por imagen, Gastroenterología, Neurología, Ortopedia y Traumatología, Obstetricia, Esterilización, Cirugía, Docencia e investigación, Hematología, Kinesiología, Odontología, Urología, Depósito, Esterilización).

Y Áreas administrativas: (Dirección Ejecutiva, Dirección administrativa, Personal, Estadísticas, Registro civil, Sistemas de información, Finanzas y contaduría, Servicio social, y Finanzas y Contaduría).

Los servicios de Lavandería, Limpieza y Cocina, son empresas terciarizadas, que cambian continuamente.

El personal hasta el año 2005, tenía contratos precarios de trabajo. A partir del mismo año, el hospital pasa a planta permanente de la provincia de Buenos Aires, el Ministerio de Salud reconoce la antigüedad de manera retroactiva pero el reconocimiento de estructuras y servicios está en trámite.

La muestra tomada es de tipo no probabilística y está compuesta por N= 105 trabajadores de la salud de un Hospital Público del conurbano bonaerense, de entre 23 y 67 años, con un promedio de edad de 42,31 años. (ds: 9,19). El 23,8% de ellos son del sexo masculino, y el 76,2% del sexo femenino. Con un promedio en la profesión de 14,16 años (ds: 6,43), con un mínimo de 2 años y un máximo de 30 años.

Se incluyeron en este estudio a los sujetos, que trabajan en planta permanente, en las áreas de Terapia Intensiva de adultos, Obstetricia, Guardia, Neonatología, Pediatría e Internación. Quedaron excluidos los becarios y el personal de contrato no fijo (temporal).

### **5.3- Fuentes e instrumentos de recolección de datos y principales variables de estudio.**

Se trabajó con fuentes primarias, recolectando la información de los mismos profesionales de salud del Hospital, que aceptaron luego de ser informados (consentimiento informado) a brindar información para la tesina -

Se trabajó con una encuesta anónima, compuesta por un cuestionario general que recoge datos demográficos (edad, sexo, estado civil, jefes de hogar, cantidad de personas a cargo, estudios

realizados, servicio al que pertenece, cargo que ocupa, profesión, situación laboral, antigüedad en el cargo, antigüedad en la profesión, turnos, números de horas que trabaja en la semana).

A cada profesional seleccionado por muestra se le aplicó el Cuestionario breve de Burnout (CBB: Moreno-Jiménez, 1997). El cuestionario CBB consta de 21 ítems, e incluye antecedentes del síndrome, elementos del Burnout y consecuencias de éste. Como antecedentes del síndrome el cuestionario incluye tres aspectos relativos a los estresores organizacionales: las características de la tarea, con tres ítems, recoge elementos relacionados con identidad, responsabilidad y motivación de la tarea.

El segundo elemento, organización, alude a la supervisión y a las relaciones personales dentro del trabajo. En total, el grupo de antecedentes está compuesto por nueve ítems, tres por cada uno de los elementos considerados. Los elementos del síndrome reproducen la propuesta de Maslach y Jackson (1981) y evalúan el cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Cada una de estas dimensiones está representada por tres ítems. Finalmente, los consecuentes constituyen un apartado con tres ítems referidos a las consecuencias físicas, sociales y psicológicas del Burnout.

Las dimensiones y subdimensiones estudiadas a través del cuestionario son:

Los factores del burnout, que se evalúan con los ítems, 2, 10, 16, 6, 14, 20, 4, 8, 9. Estos a su vez se subdividen para el análisis en:

Característica de la tarea: 2, 10, 16.

Organización: 4, 8, 9.

Tedio: 6, 14, 20.

El síndrome de burnout, se evalúan con los ítems, 1, 7, 15, 3, 11, 18, 5, 12 y 19. Y que se dividen en:

Cansancio emocional: 1, 7, 15.

Despersonalización: 3, 11, 18.

Realización personal. 5, 12, 19.

Y las consecuencias del burnout: 13, 17 y 21, que se subdividen en:

Físicos: 13

Sociales: 17

Psicológicos: 21

Respecto del análisis y los criterios de valoración, los ítems subrayados deben ser invertidos, recodificados a la inversa, para obtener las puntuaciones de las sub escalas correspondientes. (ver anexo N° 35).

Las puntuaciones y su interpretación sugerida, pueden sistematizarse en el siguiente cuadro:

	Bajo	Medio	Alto
Factores de Burnout	9-19	>19-19	>29
Burnout	9-19	>19-25	>25
Consecuencias del Burnout	3-6	>6-8	>8

Fuente: Gil Monte., y Moreno Jiménez (2007).

A los efectos de diagnóstico general se puede considerar que el contexto organizacional es precursor del Burnout cuando la puntuación media poblacional es superior a 29 puntos en factores de Burnout.

A efectos diagnóstico poblacional o individual del síndrome de Burnout, se considera que se alcanza el punto de corte a partir de una puntuación superior a 25 puntos, es decir que, a partir de 25 puntos puede considerarse que una persona está afectada claramente por el síndrome de Burnout. Gil-Monte; Moreno- Jiménez (2007).

A efectos de las consecuencias de Burnout, se puede considerar que una población o persona está críticamente afectada por las consecuencias cuando se alcanza una puntuación superior a 8. En cualquier caso el CBB no es un cuestionario clínico, por lo que las consecuencias del Burnout se deben evaluar complementariamente con un instrumento específico, si se pretenden evaluaciones clínicas para intervenciones particularizadas.

Hasta ahora no se han elaborado baremos específicos en función del género u otras características sociodemográficas.

#### **5.4- Algunas consideraciones sobre el trabajo de campo**

La recolección de datos se realizó entre los meses diciembre del 2009 y junio de 2010. Los datos se procesaron de manera manual e informática con la ayuda del programa SPSS y siguiendo el esquema de resultados propuestos por Gil Monte., Zaldúa., Bottinelli, (2000 y 2010).

En la institución se contactó con las personas responsables (directores, encargados), donde trabajaban los profesionales, se les informó del estudio y se obtuvo la aprobación para la

realización del trabajo institucional y de cada sector. Así mismo se presentó a cada participante una nota con información sobre el estudio y resguardo de la confidencialidad de los datos (consentimiento informado).

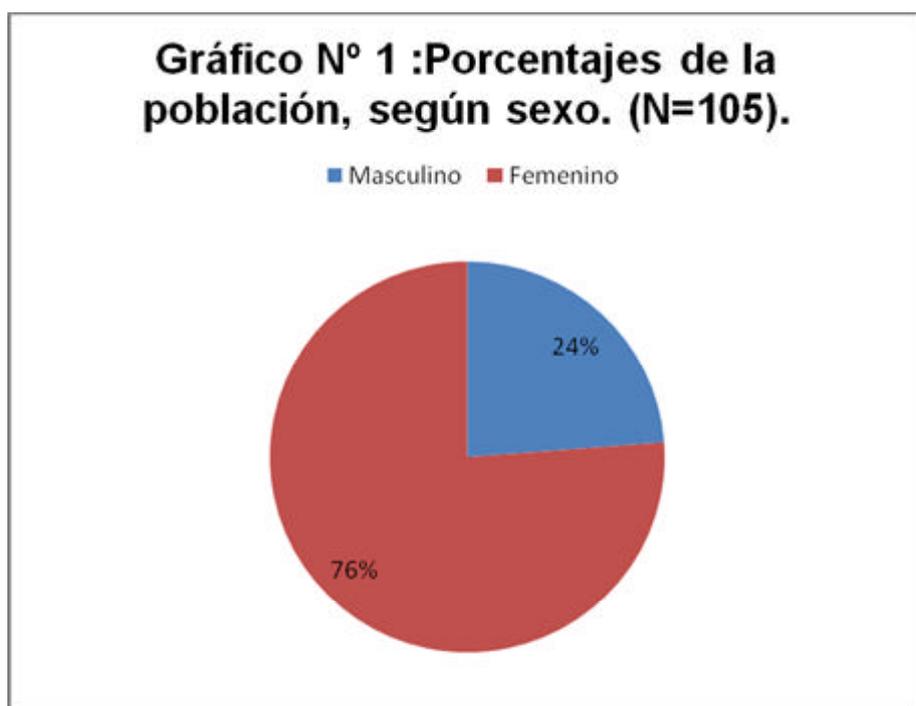
## 6. Resultados:

### 6.1. Características generales de la población estudiada:

La muestra relevada coincide con las características generales extraídas de los datos del hospital del universo estudiado.

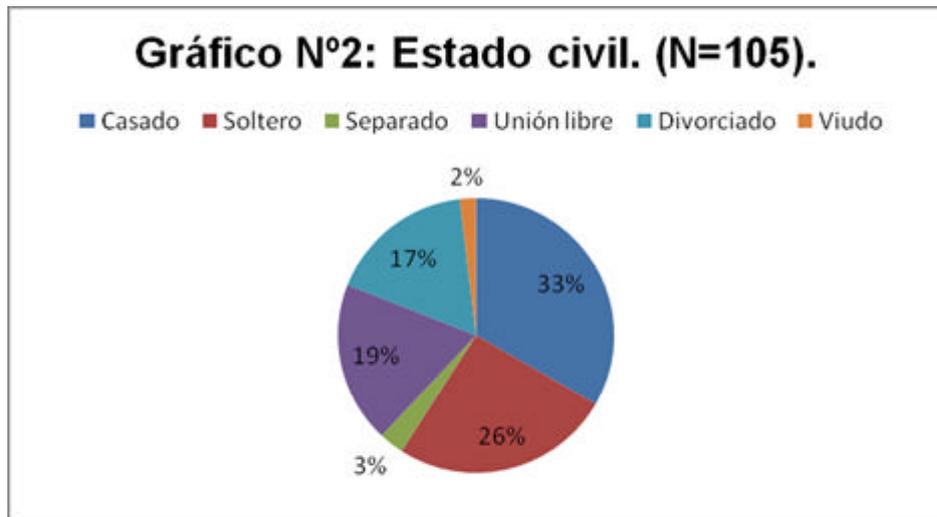
La muestra quedó conformada por sujetos cuyas edades variaban entre los 23 y 67 años de edad, media: 42, 31; ds: 9,19).

#### Gráfico N° 1: Porcentajes de la población según sexo.



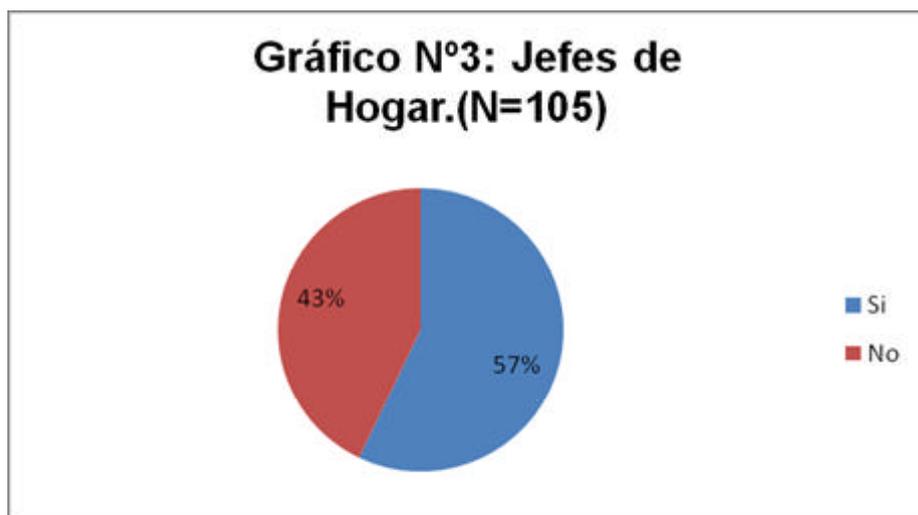
El 23, 8% eran de sexo masculino, (x: 39,12; de: 7, 50) y el 76, 2% eran mujeres (media: 43,31, ds: 9,48). (Gráfico N° 1)

**Gráfico N°2: Porcentajes del estado civil en la población de estudio.**



El 33,3% eran casados, el 25,7 % soltero, 19% unión libre, el 17,1% divorciados, el 2,9% separados, y el 1,9 % viudos. (Gráfico N° 2).

**Gráfico N°3: Porcentajes de Jefes de hogar en la población estudiada**



El 57, 1%, eran jefes de hogar, con un promedio de 2 personas a cargo. (Gráfico N° 3).

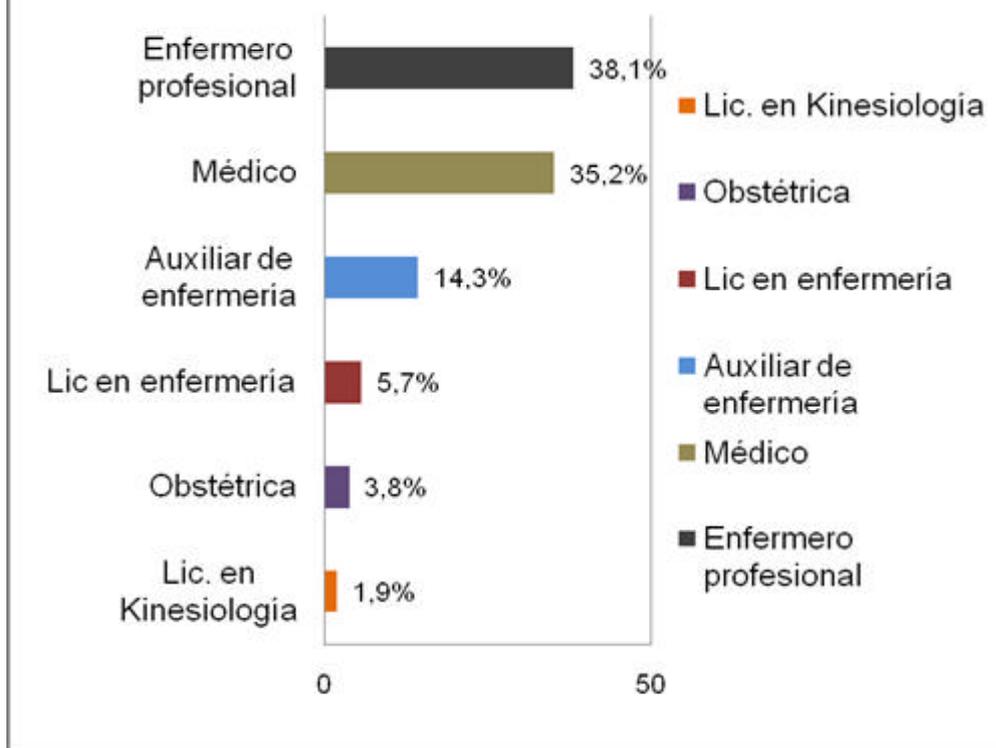
**Gráfico N°4: Tabla de frecuencias, nivel de estudio de los profesionales.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Primario	5	4,8	4,8
Secundario incompleto	5	4,8	9,5
Secundario	6	5,7	15,2
Terciario	39	37,1	52,4
Universitario	30	28,6	81,0
Especialización	20	19,0	100,0
N	105	100,0	

El 4,8% poseía estudios primarios completos, el 4,8%, el secundario incompleto, el 5,7% secundario completo, el 19% tenía especialización y el 28,6 % estudios universitarios completo (Gráfico N° 4).

**Gráfico N° 5: Distribución de Profesiones de los profesionales de la salud de la muestra.**

**Gráfico N°5: Profesiones de la población estudiada. (N=105).**



En cuanto a la profesión, el 38,5% enfermeros profesionales, el 35,6% eran médicos, el 14,4% eran auxiliares de enfermería, el 5,8% licenciados en enfermería, el 3,8% obstétricas, y el 1,9% licenciados en kinesiología. (Gráfico N° 5).

Respecto al cargo, el 53,8% eran enfermeros, el 34,6% médicos, 3,8% encargados de enfermería, el 3,8% obstétricas, el 1,9% Kinesiólogos y el

1,9% ocupan el cargo de jefes médicos.

En relación a los servicios, el 12,4% pertenecía a Neonatología, el 17,1% a Terapia Intensiva, el 16,2% eran del servicio de Guardia, el 19,0% Internación, el 18,1% a pediatría y el 17,1% Obstetricia.

Tenían un promedio de antigüedad en el cargo de 10,36, (ds: 5,3), con mínimo de 1 año y un máximo de 16 años en el cargo.

Los sujetos entrevistados, tenían un promedio de antigüedad en la profesión, de 14,16, (ds: 6,43), con mínimo de años en la profesión de 2 años y un máximo de 30 años.

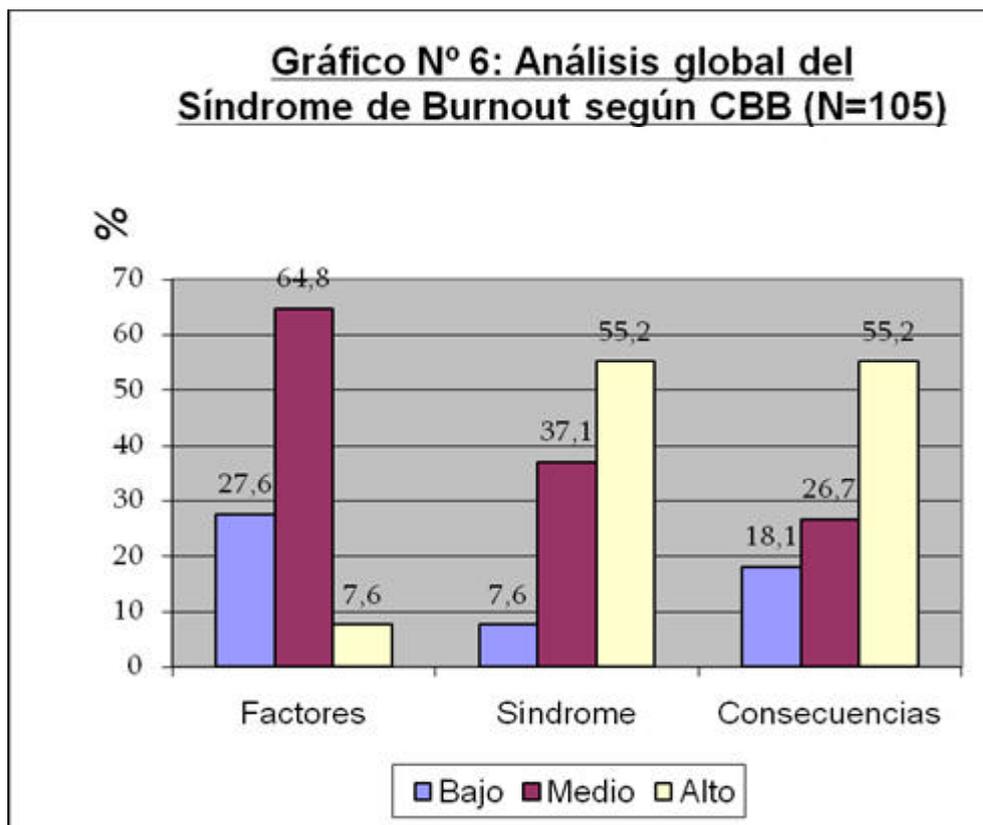
El 25,7% pertenecían al turno mañana, el 18,1% al turno tarde, el 17, 1% noche y el 3,8% franqueros, y el 35,2% guardia.

El promedio de las horas de trabajo semanales, de los profesionales, eran de 40,50% (ds: 7,37), con un mínimo de 20 horas semanales y un máximo de 65 años)

El 38,1% reconoce que llevaba tareas laborales a la casa

## 6.2- Afectación, factores y consecuencias:

**Gráfico 6: Análisis global del Síndrome de burnout en profesionales de la salud.**

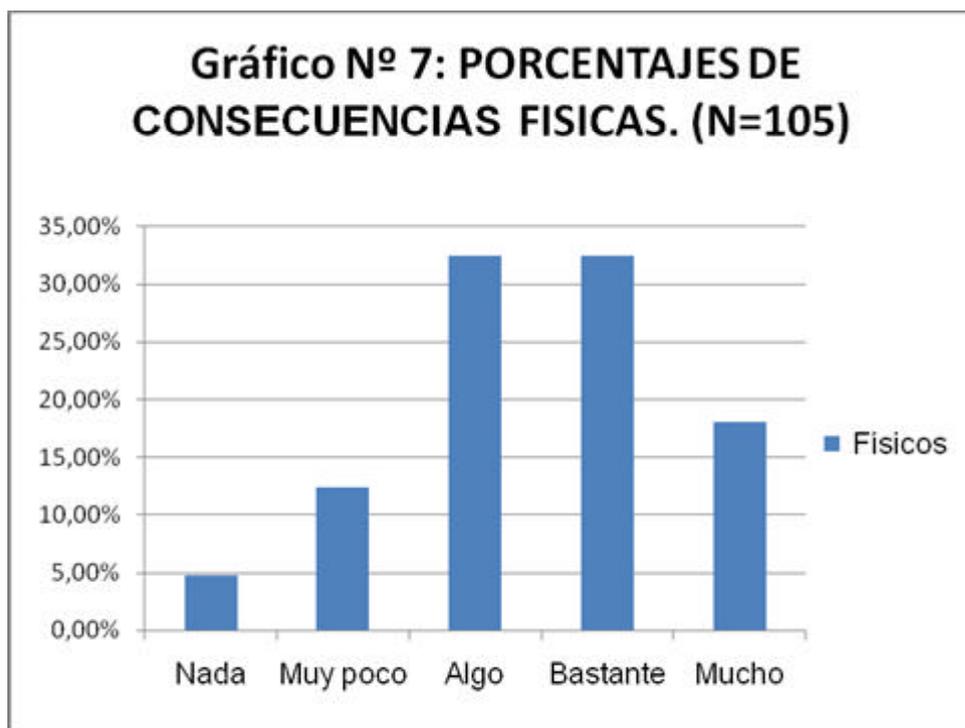


En la población estudiada el 68% identifican un nivel medio de factores estresantes del burnout en su trabajo, mientras que el 7,6% reconocía un alto nivel de factores estresantes presentes en su ámbito de trabajo. (Gráfico N° 6).

Con respecto al síndrome de burnout, el 52,2% de las personas presentaron niveles altos de afectación, mientras que el 37,1 % presentaban niveles medios de afectación obteniendo un puntaje de entre 19-25 puntos de la escala de afectación. (Gráfico N° 6).

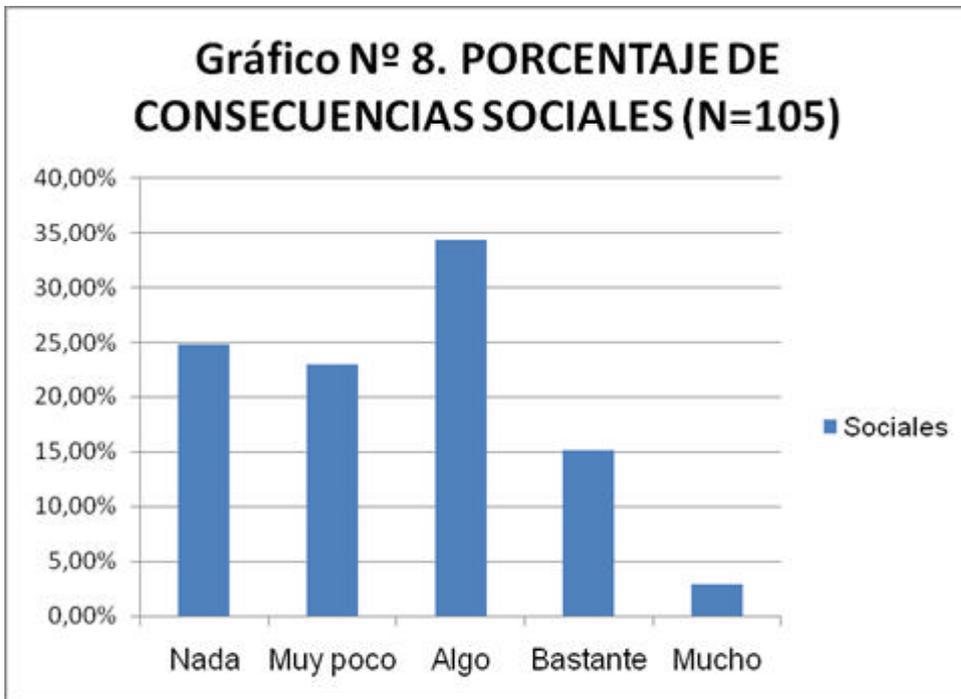
En relación a las consecuencias del síndrome, el 82 % de los sujetos entrevistados presentaban consecuencias de afectación del estrés. (55,2 % alto y 26,7 %, medios). (Gráfico N° 6).

**Gráfico 7: Porcentajes de las Consecuencias Físicas del Burnout**



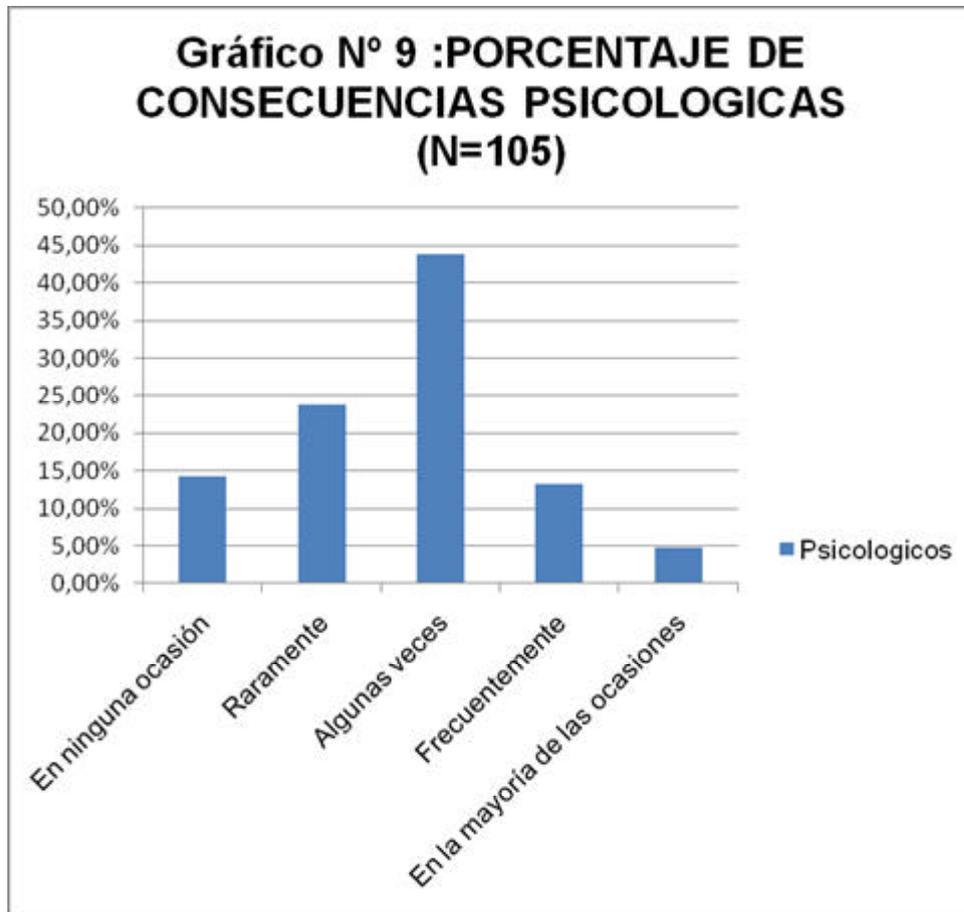
Los sujetos entrevistados reconocen que el trabajo está afectando bastante su salud física, en un 32,4 %, un 18,1 % reconocen que los afecta mucho y 32,4% algo, mientras que el 12,4% muy poco y el 4,8% nada. (Gráfico N° 7).

**Gráfico N° 8: Consecuencias sociales del burnout**



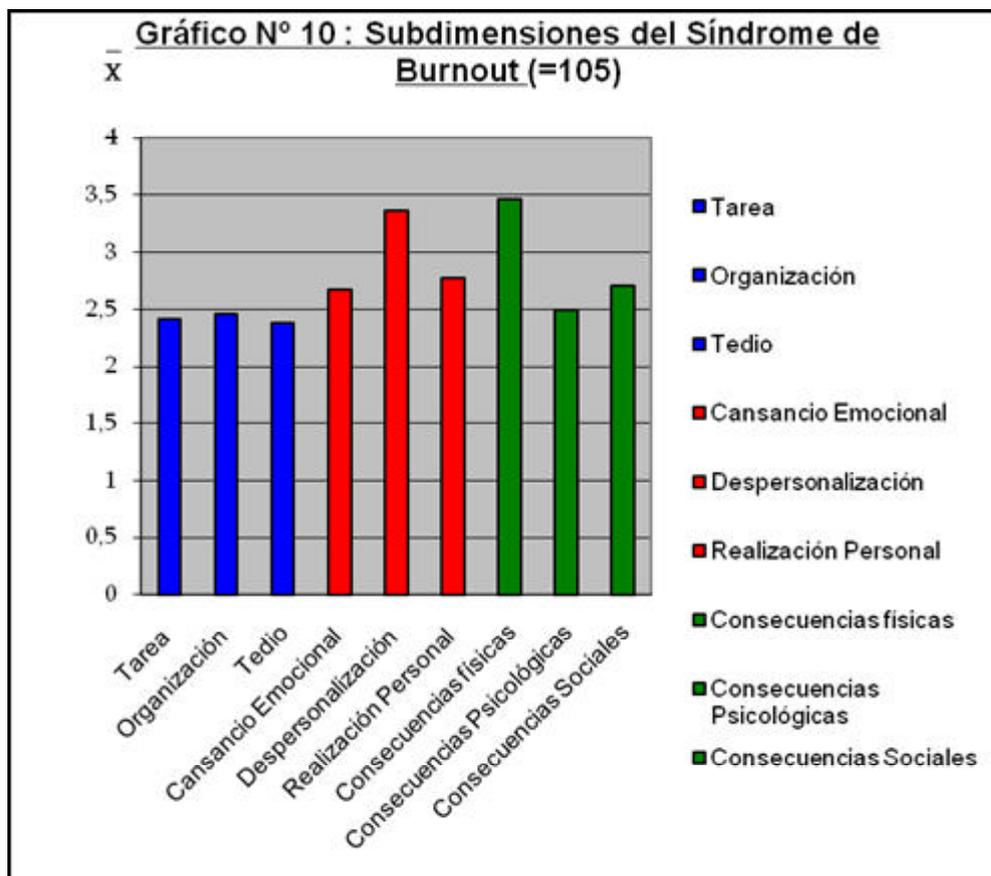
El 34,3% de la población reconoce que el trabajo está afectando las relaciones familiares y sociales, al 15,2% les afecta bastante y al 2,9% mucho, mientras que al 22,9% les afecta muy poco y al 24,8% nada. (Gráfico N° 8).

### Gráfico N°9 Consecuencias psicológicas del burnout



Más de la mitad de la población (61,9%), reconocen consecuencias psicológicas y evidencian que ellas los afectan en el trabajo y el rendimiento en la tarea, mientras que el 23,8% expresa que esto ocurre raramente, el 14,3% en ninguna ocasión. (Gráfico N° 9).

**Gráfico N° 10: Los promedios de las subdimensiones del síndrome burnout.**



Respecto de las dimensiones y subdimensiones del Síndrome de Burnout, siguiendo a los autores anteriormente citados evidencian que puntajes superiores a 3 son significativos,

El análisis de los antecedentes, muestra que si bien en la subdimensión tedio, el puntaje total no llega a 3, el ítem 14 incluida en ella que evalúa la percepción de los sujetos del trabajo como repetitivo es elevado. Este indicador obtuvo un puntaje superior a 3, (3,39). Sin embargo podría interpretarse como un signo de salud, que la población no presente además puntajes superiores a 3 en los ítems referidos, a que el trabajo no es vivenciado como aburrido o carente de interés. (Ítems 6 y 20). (Gráfico N° 10).

La categoría despersonalización es la única que haciendo un análisis global de todo el personal sanitario, de los distintos servicios estudiados, alcanza un puntaje superior a 3, (3,36), es decir

significativo respecto de la afectación. (Para ver detalles de las subdimensiones ver anexos N° 15-22).

Este puntaje alto en esta categoría, revela las dificultades en la relación con los pacientes, que se expresa según los profesionales en las demandas vivenciadas como excesivas y el escaso reconocimiento de su trabajo.

En relación a las consecuencias, es importante señalar que, el ítems 13 que indaga las consecuencias físicas, o sea la repercusión de la salud por parte del estrés, aparece con un puntaje también superior a 3, (3,47). (Gráfico N° 10).

Por lo tanto la población muestra consecuencias del síndrome de burnout de manera significativa.

### **6.3- Comparación de factores, síndrome y consecuencias, y las características sociodemográficas y laborales de la población.**

Al analizar cuál es la población afectada, se cruzaron factores, síndrome y consecuencias, con las características sociodemográficas y laborales de la población, a los que se sometieron a la prueba T de Student.

La percepción de los factores estresantes, resulta significativa en jefes de hogar respecto de los que no lo son. Los profesionales de la salud que son jefes de hogar reconocen más factores del burnout, ( $p=,003$ ) respecto de los que no son jefes. Sin embargo no presentaron diferencias significativas en síndrome de burnout y consecuencias ( $p>0.01$ ).

Los sujetos con nivel de estudios terciarios o menor, tienen una mayor percepción de los factores estresantes ( $p=,000$ ), respecto de los que tienen nivel de estudios universitarios o más. Pero no se encuentran diferencias significativas en síndrome de burnout y consecuencias. ( $p>0.01$ )

Con respecto a las profesiones, los que no son médicos, identifican factores estresantes en mayor medida ( $p=,001$ ), respecto de los que sí lo son.

Pero no se obtuvieron diferencias significativas en síndrome de burnout y consecuencias ( $p>0.01$ ).

También se compararon la percepción de factores del burnout, la presencia del síndrome del burnout y consecuencias, según el sexo, y cantidad de horas trabajadas no se verificaron diferencias estadísticamente significativas ( $p>0.01$ ).

Para finalizar con los objetivos propuestos, se compararon los niveles en Factores del Burnout, síndrome de burnout y Consecuencias, según el servicio y turnos en que trabajaban los profesionales, mediante una prueba Anova one way. Los mismos no evidenciaron diferencias estadísticamente significativas ( $p>.0.01$ ).

## **7- Conclusiones y discusiones:**

El presente trabajo muestra que un alto porcentaje de población estudiada, es decir de los profesionales de la salud del Hospital Público del conurbano bonaerense, está afectada por el Síndrome de Burnout (55,2%).

Al realizar el análisis global por ítems, los resultados coinciden con otros estudios locales como, el trabajo de Zaldúa y colaboradores (2000 y 2010), dado que en la categoría despersonalización se obtuvo un puntaje superior a tres (indicativo de que el factor estudiado muestra conflictividad). Sin embargo a diferencia del estudio anterior, en nuestro trabajo no se encontraron diferencias significativas en relación a los distintos servicios y sexo ( $p>.0.01$ ).

Los resultados del presente trabajo muestran la alta afectación del personal de las diferentes áreas de servicio y profesión del Hospital Público del conurbano bonaerense. En este sentido difieren de los hallazgos de otros investigadores en otros contextos por ejemplo, en Colombia Alarcón y Rodríguez Muñoz (2007), que trabajaron con un grupo de psicólogos y encontraron que el 19% presentaron puntajes elevados de agotamiento emocional y respecto de la realización personal, el 6 % se ubicaban en el nivel medio y ninguno presentó niveles bajos de realización personal. Aunque en dicho estudio presentaron puntajes elevados en algunas de las dimensiones, no pueden valorarse como burnout.

Como ya se ha comentado, según los expertos en el tema, (Gil Monte y Peiró, 1997; Duque y Pérez, 2007-2008; Zaldúa, 2000; Bottinelli, 2010), para que un sujeto sufra de burnout, deben presentar las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización por encima de los valores medios, mientras que la realización personal, está por debajo de la media, por lo que en

los estudios de Alarcón y Rodríguez Muñoz, los profesionales no podrían encuadrarse en la definición de burnout.

Respecto del análisis de las dimensiones o ejes implicados en el estrés, al realizar un análisis global de la población, los ítems que indicaron un puntaje significativo en el presente trabajo son:

a)- la percepción de su trabajo como repetitivo Ítems 14 (3,39).

b) La categoría despersonalización que expresa dificultades en la relación entre personal de salud y paciente. Los ítems 3, 11, y 18, (con un puntaje de 3,65, 3,40 y 3,04)

c) La presencia o reconocimiento del padecimiento de consecuencias físicas, o sea la repercusión de la salud por parte del estrés, el ítems 13, con un puntaje elevado (3,47).

Es importante señalar que en esta población en relación a los factores o antecedentes, se evidencia que el 68% de los profesionales reconocen factores estresantes en su trabajo, mientras que el 7,6% reconocía un alto nivel de factores estresantes. Esto es un aspecto relevante para trabajar la prevención del síndrome de burnout y la promoción de la salud a través de las lecturas de riesgo y las propuestas de afrontamiento. (Zaldúa, Bottinelli, Nabergoi, Lenta, 2009).

En relación a las consecuencias del síndrome, las cifras halladas son preocupantes, el 82% de la población estudiada presentó algún tipo de consecuencias.

Según Montesdeoca Hernández (1997), la sintomatología del burnout, pueden agruparse en física, psíquica y laboral. Los síntomas físicos más comunes son: cefaleas, fatiga, insomnio, problemas gastrointestinales, etc. Con respecto a los síntomas psíquicos: falta de interés, problemas de concentración, irritabilidad, depresión, tristeza, etc, y en relación a los síntomas laborales: sobreinvolucramiento (llevan trabajo a casa, aumentan las horas de trabajo, etc.), no comparten, ni delegan trabajo, etc.

En este sentido es importante resaltar que, la mitad de la población estudiada reconoce estar muy afectado por dichas consecuencias. La mitad de los sujetos entrevistados reconocen que el trabajo está afectando su salud física, un 32,4% bastante, en un 18,1% mucho.

En función de los resultados anteriores, consideramos relevante trabajar entonces, sobre dichas consecuencias planeando estrategias para evitar una afectación mayor y disminuir los niveles del burnout.

## 8- Bibliografía.

Benavides Pereira, A. M. <sup>a</sup> T. (2007). El síndrome de Burnout en Brasil y su expresión en el ámbito médico. En En P.R, Gil Monte., y B. Moreno Jiménez. *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse* (p 187-201). Madrid: Síntesis.

Bottinelli, M.M y col (2003). Metodología de la investigación. Herramientas para un pensamiento científico completo. Gráfika Hels: Buenos Aires.

Bulbena, A., Berios, G.E., y Fernández de Larrinoa. (2000). Medición clínica en psiquiatría y psicología, (pp. 35-54) Barcelona: Masson.

Cáceres Bermejo, G. (2006). Prevalencia del síndrome de Burnout en personal sanitario militar. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. España.

Cogollo Milanés, Z., Batista, E., Cantillo, C., Jaramillo, A., Rodelo, D., y Meriño, G. (2010). Desgaste profesional y factores asociados en personal de enfermería de servicios de urgencias de Cartagena, Colombia. *Achichan*, 10,(1), 43-51.

Chacón Roger, M., Grau Abalo, J., Llantá Abreu., M.C., y Grau Abalo, R. (2007). El síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) en el personal de enfermería oncológica: un programa de intervención. En P.R, Gil Monte, y B. Moreno Jiménez. *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse* (p 261-278). Madrid: Síntesis.

Chambel, M.J., y Oliveira Cruz, F. (2007). El síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) en militares en misión de paz. En P.R, Gil Monte, y B. Moreno Jiménez. *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse* (p 139-147). Madrid: Síntesis.

Chiapella, A., Vignolo, S., Sánchez, S. y Koen, E. R. (2004) Sufrimiento y enfermedad en una institución de la salud pública "Burnout y riesgo somático".

Jornadas de investigación XI /UBA/29 y 30 julio. Buenos Aires

Duque, M., y Pérez, C. (2007-2008) .Origen y consecuencias en el síndrome de desgaste profesional, Bur out .*Anales de discapacidad y Salud mental*, 7 y 8, 41-54.

Durán, M.<sup>a</sup> .A., Montalbán, F. M., y Stangeland, P. (2007). Actividad policial y síndrome de estar quemado por el trabajo (Burnout). En P.R, Gil Monte, y B. Moreno Jiménez. *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse* (p 125-138). Madrid: Síntesis.

Flores Alarcón, L., y Rodríguez Muñoz, A. (2007). Una mirada al síndrome de Burnout en Colombia: el desgaste profesional de los psicólogos. En P.R, Gil Monte., y B. Moreno Jiménez. *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse* (p 219-230). Madrid: Síntesis.

Freudenberger, H. Staff burn out *Journal of Social Issues*, 1974, 30:159-165.

Garcés de los Fayos Ruiz, E.J., y Vives Benedicto, L. (2007). El síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) en árbitros y jueces deportivos. En P.R, Gil Monte., y B. Moreno Jiménez. *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse* (p 231-243). Madrid: Síntesis.

García Izquierdo, M., y Velandrino, A. P. (1992). EPB: Una escala de evaluación del Burnout profesional de las organizaciones. *Anales de Psicología*, 1 y 2, 131-138.

Gil Monte, P. R., y Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis

Gil Monte, P. R. y Moreno Jiménez, B. (2007) *El síndrome de quemarse por el trabajo*. Madrid: Pirámide.

Gil Monte, P. R., y Zúñiga-Caballero, L. C. (2010). Validez factorial del Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) en una muestra de médicos mexicanos. *Universitas Psychologica*, 9,(1), 169-178.

Lara, R. M., Chávez, A. P., y Morante Benadero, M<sup>a</sup>. E (2007). El síndrome de Burnout en profesionales de enfermería mexicanos. En P.R, Gil Monte., y B. Moreno Jiménez *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse* (p 163-170). Madrid: Síntesis.

Magaña Medina, D. E., y Sánchez Escobedo, P. A. (2008). Síndrome de desgaste emocional en investigadores mexicanos. *Interamerican Journal of Psychology*, 4,(2), 353-362.

Manasero, M.<sup>a</sup> A., García Buades, E., Ramis, C., Torrens, G., y Genovard, A. (2007). Trabajo emocional, síndrome de estar quemado por el trabajo (SQT) y engagement en el sector turístico. En P.R, Gil Monte., y B. Moreno Jiménez. *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse* (p 245-260). Madrid: Síntesis.

Marucco, M. A., Gil Monte, P.R., y Flamenco, E. (2007-2008). Síndrome de quemare por el trabajo (burnout) en pediatras de Hospitales generales, estudio comparativo de la prevalencia medida con el MBHHS y el CESQT. *Información psicológica*.91/92, 32-42.

Moreno Jiménez, B., Bustos, R., Matallana, A., y Miralles, T. (1997). La evaluación del Burnout, problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. *Revista de psicología del trabajo y las Organizaciones*, 13, (2), 185-207.

Moreno Jiménez, B., Hernández, E.G., Rodríguez Carvajal, R., Ferrer Puig, R., y Martínez Gamarra, M. (2009). El Burnout del profesorado universitario y las intenciones de abandono: un estudio multi-muestra. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 25, (2),149-163.

Noguera, L. F., y Calvo Francés, F. (2008). Estudio descriptivo del Síndrome de burnout en una muestra de profesionales de enfermería en el área sur de Gran Canaria, 14,(1), 101-113.

Noyola, V. S., y Padilla, L. E. (2009). Desgaste profesional (síndrome burnout) en profesores de escuelas primarias públicas del municipio de Aguascalientes. *Publicaciones del X Congreso Nacional de Investigación Educativa*. Veracruz (México).

Olivares, V. E., y Gil Monte, P. R. (2007/2008). Prevalencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (*burnout*) en trabajadores de servicios en Chile. *Información Psicológica*, 91/92, 43-52.

O.M.S. The World Health Report 2000. Health systems: desgaste profesional. Disponible en el, [www.who.int/entity/occupational\\_health/publications/newsletter/en/gohnet2s.pdf](http://www.who.int/entity/occupational_health/publications/newsletter/en/gohnet2s.pdf) (2009 Agosto 20)

Ortega Herrera, M. E., Ortiz, Viveros, G.R., y Coronel, P.G. (2007). Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente. *Psicología y Salud*, 17, (1), 5-16.

Pando Moreno, M., Aranda Beltrán, C., Aldrete Rodriguez, M. G., Flores Salinas, E., y Pozos Radillo, E. (2006). Factores psicosociales y burnout en docentes del Centro Universitario de Ciencias de la Salud. *Investigación en salud*, 8,(3), 173-177. Universidad de Guadalajara. México.

Pines, A; Aronson, E. (1998). *Carrer burn out: causes and cures*. Nueva York. Free Press.

Popp, M. (2008) Estudio preliminar sobre el síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de UTI. *Interdisciplinaria. Revista de Psicología y Ciencias afines*, 25, 5-27.

Quiroga Calegari y Víctor, F. (2008) *El síndrome de Burnout en personal de enfermería en la ciudad de Rosario*. Memorias de las jornadas de Investigación, XV Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, 255 a 257. Buenos Aires. Argentina.

Quiroga Calegari, Víctor, F., Brunet, M., Mandolesi, M., y Cattaneo, M. R, (2009). Burnout y malestar en trabajadores de enfermería, apuntes comparativos. Memorias de las jornadas de investigación, XVI Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, 162 a 163. Buenos Aires. Argentina.

Rodríguez García, C., Oviedo Zúñiga, A. M., Vargas Santillán, M. L., Hernández Velázquez, V., y Pérez Fiesco, M del S. (2009). Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de dos Hospitales del Estado de México. *Fundamentos en Humanidades [en línea]* 2009, 19 (Sin

mes): [fecha de consulta: 16 de septiembre de 2010] Disponible en:  
<<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=18411965011>> ISSN 1515-4467

Rondan, N.N.S., Rodríguez Carvajal (2007). El estrés laboral, la satisfacción laboral y el síndrome de Burnout en profesionales de la salud de Uruguay. En P.R, Gil Monte., y B. Moreno Jiménez. *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse* (p 171-185). Madrid: Síntesis.

Samaja, J. (1993). Epistemología y Metodología Elementos para una teoría de la Investigación científica. Eudeba: Buenos Aires.

Unda, S., Sandoval, J. I., y Gil Monte, P. R. (2007/2008). Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) (*burnout*) en maestros mexicanos. *Información Psicológica*, 91/92, 53-63

Zaldúa, G., Bottinelli, M. M., Pawlowicz, M. P y Nabergoi, M (2005). *El trabajo bancario en contextos críticos, un estudio de caso*. Memorias de las jornadas de investigación, II Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, 2, 156- 158. Buenos Aires. Argentina

Zaldúa, G.; Bottinelli, M. M.; Nabergoi, M.; Lenta, M. (2010) *Burnout en profesionales de la salud y de la educación*. Informe final, Premio Nacional de Convocatoria a universidades públicas de proyectos de investigación sobre riesgos del trabajo. Area prioritaria: **Burnout en profesionales de la salud y de la educación**. Convenio con Superintendencia de Riesgos de Trabajo. Directoras: Graciela Zaldúa y M. Marcela Bottinelli. Marzo 2008/ Enero 2010

Zaldúa, G., Lodieu, M. T., Bottinelli, M., Gaillard y Pawlowicz M. P. P. (2003) Practicas de salud en el sector público. Trabajo presentado en el Primer Congreso Marplatense de Psicología.

Zaldúa, G., y Lodieu, M. T. (2000) El Burnout: La salud de los trabajadores de salud. Investigaciones en Psicología. Instituto de Investigaciones. Facultad de Psicología, UBA, 1, 151-169.

## **9.- Anexos:**

## ÍNDICE DE ANEXOS:

Distribución de la población según sexo	1
Estado civil	
Porcentajes de jefes de hogar en la población estudiada	
Nivel de estudio de los profesionales de la salud	
Profesiones de los sujetos estudiados	2
Cargo de los profesionales de la salud	
Servicios estudiados	
Situación laboral	
Turnos de la población estudiada	3
Trabajo en casa	
Estudios estadísticos descriptivos	
Porcentajes de los factores bajo, medio y alto	
Porcentaje del síndrome de burnout, nivel bajo, medio y alto	
Consecuencias del síndrome, nivel bajo, medio y alto	4
Análisis de los ítems del CBB, de los profesionales del conurbano bonaerense: Promedios de las dimensiones del burnout	
Promedio de las subdimensión : característica de la tarea	
Promedio de la subdimensión: Organización	
Promedio de la subdimensión: Tedio	
Promedio de la subdimensión: cansancio emocional	5
Promedio de la subdimensión: despersonalización	
Promedio de la subdimensión: Realización personal	
Promedio de la subdimensión: Consecuencias del síndrome	
Comparación de factores, síndrome y consecuencias, y las personas a cargo	

Prueba t	6
Comparación entre la variable sexo y los antecedentes, síndrome Y consecuencias	
Prueba t: sexo y los factores, síndrome y consecuencias	7
Comparación entre nivel de estudio terciario o menor, y los Factores, síndrome y consecuencias	
Prueba t: nivel de estudios terciario o menor y los factores, el síndrome de burnout y las consecuencias:	8
Comparación entre los médicos/as y otras profesiones con los Factores, síndrome y consecuencias	
Prueba t: (Los médicos y otras poblaciones con los factores, síndrome y consecuencias)	9
Comparación entre la edad agrupada, los factores, síndrome Y consecuencias	
Prueba t :(edad agrupada, los factores, síndrome Y consecuencias)	10
Cruce entre las horas trabajadas semanales y los factores, síndrome y consecuencias	
Prueba T: (horas trabajadas semanales y los factores, síndrome Y consecuencias	11
Cuestionario breve de burnout, CBB	12
Cronogramas de actividades	16

## 9.- Anexos:

### 1-Distribución de la población según sexo:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Masculino	25	23,8	23,8
	Femenino	80	76,2	100,0
	Total	105	100,0	

### 2- Estado civil de la población estudiada:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casado	35	33,3	33,3
	Soltero	27	25,7	59,0
	Separado	3	2,9	61,9
	Unión libre	20	19,0	81,0
	Divorciado	18	17,1	98,1
	Viudo	2	1,9	100,0
	Total	105	100,0	

### 3- Porcentajes de jefes de hogar:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	60	57,1	57,1

No	45	42,9	42,9	100,0
Total	105	100,0	100,0	

#### 4- Nivel de estudio de los profesionales de la salud:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Primario	5	4,8	4,8	4,8
Secundario incompleto	5	4,8	4,8	9,5
Secundario	6	5,7	5,7	15,2
Válidos Terciario	39	37,1	37,1	52,4
Universitario	30	28,6	28,6	81,0
Especialización	20	19,0	19,0	100,0
Total	105	100,0	100,0	

#### 5- Profesiones de la población estudiada:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Auxiliar de enfermería	15	14,3	14,4	14,4

	Médico	37	35,2	35,6	50,0
	Lic. en Kinesiología	2	1,9	1,9	51,9
	Enfermero profesional	40	38,1	38,5	90,4
	Lic. en obstetricia	4	3,8	3,8	94,2
	Lic en enfermería	6	5,7	5,8	100,0
	Total	104	99,0	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,0		
	Total	105	100,0		

#### 6- Cargos de los profesionales estudiados:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Enfermero	56	53,3	53,8
	Médico	36	34,3	88,5
	Encargado	4	3,8	92,3
Válidos	Técnico	4	3,8	96,2
	Kinesiólogo	2	1,9	98,1
	Jefe	2	1,9	100,0
	Total	104	99,0	100,0
Perdidos	Sistema	1	1,0	
	Total	105	100,0	

#### 7- Servicios estudiados:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Neonatología	13	12,4	12,4
Válidos	Terapia intensiva	18	17,1	29,5
	Guardia	17	16,2	45,7

Internación	20	19,0	19,0	64,8
Pediatría	19	18,1	18,1	82,9
Obstetricia	18	17,1	17,1	100,0
Total	105	100,0	100,0	

## 8- Situación Laboral

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Planta permanente	105	100,0	100,0	100,0

## 9- Turnos de los sujetos entrevistados:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Mañana	27	25,7	25,7	25,7
Tarde	19	18,1	18,1	43,8
Noche	18	17,1	17,1	61,0
Franquero	4	3,8	3,8	64,8
Guardia	37	35,2	35,2	100,0
Total	105	100,0	100,0	

## 10- Trabajo en la casa:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	40	38,1	38,1	38,1
Válidos No	65	61,9	61,9	100,0
Total	105	100,0	100,0	

### 11- Estudios estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	105	23	67	42,31	9,197
Personas a cargo	101	0	6	1,20	1,296
Año de Antigüedad en el cargo	105	1	16	10,36	5,131
Año de Antigüedad en la profesión	105	2	30	14,16	6,435
Horas semanales	105	20	65	40,50	7,376
N válido (según lista)	101				

### 12- Porcentajes de los factores, bajo, medio y alto.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
bajo	29	27,6	27,6	27,6
Válidos medio	68	64,8	64,8	92,4
alto	8	7,6	7,6	100,0
Total	105	100,0	100,0	

### 13- Niveles del síndrome de burnout, bajo, medio y alto.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	bajo	8	7,6	7,6
	medio	39	37,1	44,8
	alto	58	55,2	100,0
	Total	105	100,0	

#### 14- Consecuencias del síndrome de burnout: bajo, medio y alto.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	bajo	19	18,1	18,1
	medio	28	26,7	44,8
	alto	58	55,2	100,0
	Total	105	100,0	

#### 15- Análisis de ítems del CBB, de los profesionales del conurbano bonaerense: Promedio de las dimensiones del Burnout.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Tarea (media de ítems)	105	1,00	4,00	2,4128	,65322
Organización (media de ítems)	105	1,00	4,33	2,4568	,73143
Tedio (media de ítems)	105	1,00	4,67	2,3777	,78463
Cansancio Emocional (media de ítems)	105	1,00	5,00	2,6731	,82701
Despersonalización (media de ítems)	105	1,00	5,00	3,3618	,71389
Realización Personal (media de ítems)	105	1,33	5,00	2,7747	,91721

items)					
Consecuentes (media de items)	105	1,00	4,67	2,8857	,76220

**16- Promedio de la subdimensión : Características de la tarea.**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Item 2 invertido	105	1	5	2,02	1,101
Item 10	105	1	5	2,68	1,122
Item 16 invertido	105	1	4	2,54	,821

**17- Promedio de la subdimensión: Organización**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Item 4 invertido	105	1	5	2,78	1,256
Item 8 invertido	105	1	5	2,37	1,049
Item 9 invertido	105	1	4	2,22	,843

**18- Promedio de la subdimensión: Tedio**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Item 6	105	1	6	2,27	1,187
Item 14 trabajo repetitivo	105	1	5	3,39	1,164
Item 20	105	1	5	2,09	,962

**19- Promedio de la subdimensión : cansancio emocional**

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Item 1	1	5	2,68	,935
Item 7	1	5	2,50	,900
Item 15	1	5	2,84	1,119

**20.- Promedio de la subdimensión: despersonalización.**

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Item3 (excesivas exigencia de los clientes)	105	1	5	3,65	,899
Item 11 (poco reconocimiento de los clientes)	105	1	5	3,40	1,222
Item 18 despersonalizar	105	1	5	3,04	1,082
N válido	105				

**21- Promedio de la subdimensión: Realización Personal**

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Item 5	1	5	2,90	1,252
Item 12	1	5	2,52	1,194
Item 19	1	5	2,90	1,379
N válido (según lista)				

**22- Promedio de la subdimensión: Consecuencias del síndrome:**

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Item 13 - Físicos	1	5	3,47	1,075

Item 17 - Sociales	1	5	2,49	1,110
Item 21 - Psicológicos	1	5	2,70	1,028

### 23- Personas a cargo, y los antecedentes, síndrome y consecuencias.

Personas a Cargo (agrupada)		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Factores del Burnout	Si	63	23,56	4,738	,597
	No	42	20,55	5,119	,790
Síndrome Burnout	Si	63	26,87	6,042	,761
	No	42	25,76	5,011	,773
Consecuencias Burnout	Si	63	8,75	2,221	,280
	No	42	8,52	2,402	,371

### 24- Prueba T: Personas a cargo, y los antecedentes, síndrome y consecuencias

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior
Factores del Burnout	,966	,328	3,086	103	,003	3,008	,975	1,075	4,941
			3,038	83,242	,003	3,008	,990	1,039	4,977
Síndrome Burnout	1,853	,176	,987	103	,326	1,111	1,126	-1,123	3,345

	iguales									
	No se han asumido varianzas iguales			1,024	98,064	,308	1,111	1,085	-1,042	3,264
Consecuencias Burnout	Se han asumido varianzas iguales	,004	,948	,486	103	,628	,222	,457	-,684	1,129
	No se han asumido varianzas iguales			,479	83,207	,634	,222	,464	-,701	1,146

## 25- Comparación entre sexo y los factores, síndrome y consecuencias:

	Sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Factores del Burnout	Masculino	25	23,24	4,585	,917
	Femenino	80	22,08	5,233	,585
Síndrome Burnout	Masculino	25	25,36	4,271	,854
	Femenino	80	26,76	6,005	,671
Consecuencias Burnout	Masculino	25	8,44	2,200	,440
	Femenino	80	8,73	2,322	,260

## 26- Prueba T: sexo y los factores, síndrome y consecuencias

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Superior	Inferior
Factores del Burnout	Se han asumido varianzas iguales	,960	,330	,999	103	,320	1,165	1,166	-1,148	3,478
	No se han asumido varianzas iguales			1,071	45,240	,290	1,165	1,088	-1,026	3,356
Síndrome Burnout	Se han asumido varianzas iguales	2,929	,090	-1,084	103	,281	-1,403	1,294	-3,969	1,164
	No se han asumido varianzas iguales			-1,291	56,285	,202	-1,403	1,086	-3,579	,774
Consecuencias Burnout	Se han asumido varianzas iguales	,029	,866	-,542	103	,589	-,285	,526	-1,328	,758
	No se han asumido varianzas iguales			-,558	42,070	,580	-,285	,511	-1,316	,746

**27- Comparación entre nivel de estudios terciario o menor y los factores, el síndrome de burnout y las consecuencias:**

	Nivel de Estudios alcanzado (agrupado)	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Factores del Burnout	Nivel Terciario o menos	55	24,09	4,762	,642
	Nivel Universitario o más	50	20,44	4,782	,676
Síndrome Burnout	Nivel Terciario o menos	55	27,42	6,471	,873
	Nivel Universitario o más	50	25,34	4,401	,622

Consecuencias Burnout	Nivel Terciario o menos	55	8,93	2,478	,334
	Nivel Universitario o más	50	8,36	2,038	,288

## 28- Prueba T

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Superior	Inferior
Factores del Burnout	Se han asumido varianzas iguales	,521	,472	3,916	103	,000	3,651	,932	1,802	5,500
	No se han asumido varianzas iguales			3,915	101,973	,000	3,651	,933	1,801	5,501
Síndrome Burnout	Se han asumido varianzas iguales	5,329	,023	1,905	103	,060	2,078	1,091	-,085	4,242
	No se han asumido varianzas iguales			1,939	95,645	,055	2,078	1,072	-,050	4,206
Consecuencias Burnout	Se han asumido varianzas iguales	2,623	,108	1,274	103	,206	,567	,445	-,316	1,451
	No se han asumido varianzas iguales			1,285	102,010	,202	,567	,441	-,308	1,443

## 29- Comparación entre los médicos/as y otras poblaciones con los factores, síndrome y consecuencias: Prueba T

Profesión (agrupada)		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Factores del Burnout	Médico/as	37	20,24	4,752	,781
	Otras profesiones	68	23,50	4,928	,598
Síndrome Burnout	Médico/as	37	25,92	4,512	,742
	Otras profesiones	68	26,71	6,201	,752
Consecuencias Burnout	Médico/as	37	8,35	2,071	,341
	Otras profesiones	68	8,82	2,394	,290

### 30- Los médicos y otras poblaciones con los factores, síndrome y consecuencias: Prueba T Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Superior	Inferior
Factores del Burnout	Se han asumido varianzas iguales	,038	,846	-3,276	103	,001	-3,257	,994	-5,229	-1,285
	No se han asumido varianzas iguales			-3,311	76,405	,001	-3,257	,984	-5,215	-1,298
Síndrome Burnout	Se han asumido varianzas iguales	2,115	,149	-,680	103	,498	-,787	1,158	-3,083	1,509
	No se han asumido varianzas iguales			-,745	94,433	,458	-,787	1,056	-2,884	1,310
Consecuencias Burnout	Se han asumido varianzas iguales	,935	,336	-1,011	103	,314	-,472	,467	-1,398	,454

No se han asumido varianzas iguales			-1,055	83,611	,294	-,472	,447	-1,362	,418
-------------------------------------	--	--	--------	--------	------	-------	------	--------	------

### 31- Comparación entre la edad agrupada, y los factores, síndrome y consecuencias.

	Edad agrupada	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Factores del Burnout	Hasta 41	54	22,74	5,235	,712
	Más de 41	51	21,94	4,949	,693
Síndrome Burnout	Hasta 41	54	26,22	5,431	,739
	Más de 41	51	26,65	5,926	,830
Consecuencias Burnout	Hasta 41	54	8,89	2,186	,298
	Más de 41	51	8,41	2,385	,334

### 32- Prueba T Prueba de muestras independientes:(edad agrupada, los factores, síndrome y consecuencias)

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Superior	Inferior
Factores del Burnout	Se han asumido varianzas iguales	,027	,871	,803	103	,424	,800	,995	-1,175	2,774
	No se han asumido varianzas iguales			,804	103,000	,423	,800	,994	-1,172	2,771
Síndrome Burnout	Se han asumido varianzas iguales	1,062	,305	-,383	103	,702	-,425	1,108	-2,623	1,773
	No se han asumido varianzas iguales			-,382	100,896	,703	-,425	1,111	-2,629	1,779
Consecuencias Burnout	Se han asumido varianzas iguales	,205	,651	1,069	103	,287	,477	,446	-,408	1,362
	No se han asumido varianzas iguales			1,067	100,903	,289	,477	,447	-,410	1,364

### 33- Cruce entre las horas trabajadas semanales y los factores, síndrome y consecuencias:

	Horas semanales de Trabajo (agrupada)	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Factores del Burnout	Hasta 40	65	22,95	4,964	,616
	40 y más	40	21,38	5,202	,823
Síndrome Burnout	Hasta 40	65	26,88	5,846	,725
	40 y más	40	25,70	5,317	,841
Consecuencias Burnout	Hasta 40	65	8,68	2,412	,299
	40 y más	40	8,63	2,096	,331

### 34- Horas trabajadas semanales y los factores, síndrome y consecuencias: Prueba T Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	T	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Factores del Burnout	Se han asumido varianzas iguales	,042	,838	1,554	103	,123	1,579	1,016	-,436	3,594
	No se han asumido varianzas iguales			1,537	79,700	,128	1,579	1,027	-,466	3,624
Síndrome Burnout	Se han asumido varianzas iguales	1,785	,184	1,036	103	,302	1,177	1,136	-1,075	3,429
	No se han asumido varianzas iguales			1,060	88,698	,292	1,177	1,110	-1,029	3,383
Consecuencias Burnout	Se han asumido varianzas iguales	2,131	,147	,112	103	,911	,052	,462	-,864	,968
	No se han asumido varianzas iguales			,116	91,438	,908	,052	,446	-,835	,939

### 35: Instrumento....CBB

Le sugerimos, sea tan amable de contestar los datos personales solicitados y responder el cuestionario de preguntas que se encuentra a continuación. Su participación será de gran utilidad para una investigación

que estamos realizando en la Universidad Abierta Interamericana acerca del “estrés laboral”. Muchas Gracias por su colaboración.

### DATOS PERSONALES

Fecha:

1)- Edad.....en años.

2)- Sexo:

1- masculino

2- femenino.

3)-Estado Civil:

1)-Soltero

2)-Casado

3)-Divorciado

4)-Unión libre

5)- Otros. Especifique.....

4)-¿Es jefe de hogar?:

1) Si

2) No

¿Cuántas personas tiene a cargo tiene?. Escriba el número total de personas a cargo, que tiene:.....

5)-Estudios realizados:

1) Primario

2)-Secundario incompleto

- 3)-Secundario completo
- 4)-Terciario completo
- 5)-Universitario incompleto
- 6)-Universitario completo.
- 7)-Especialización:
- 8)-Otros. Especifique...

6)-Profesión.....

7)-Cargo que ocupa.....

8)- Situación laboral:

1)-Contratado.

2)-Planta permanente.

3)- Otros. Especifique.....

8)- Antigüedad.....

9)-Tiempo de experiencia en la profesión.....años.

10)-Turno:

1) Mañana

2)- Tarde

3)- noche

4) Franquero

5)- Otros. Especifique.....

11)-Números de horas que trabaja en la semana.....

12)-¿ Tiene que realizar labores de su trabajo en casa?

Por favor, conteste a las siguientes preguntas, rodeando con un círculo la opción deseada.

1. En general estoy más bien harto de mi trabajo

1-----2-----3-----4-----5

En ninguna      Raramente      Algunas      Frecuentemente      En la mayoría  
ocasión                              veces                              de las ocasiones

2. Me siento identificado con mi trabajo

1-----2-----3-----4-----5

En ninguna      Raramente      Algunas      Frecuentemente      En la mayoría  
ocasión                              veces                              de las ocasiones

3. Los usuarios de mi trabajo tienen frecuentemente exigencias excesivas y comportamientos irritantes.

1-----2-----3-----4-----5

En ninguna ocasión      Raramente      Algunas veces      Frecuentemente      En la mayoría de las ocasiones

4. Mi supervisor me apoya en las decisiones que tomo

1-----2-----3-----4-----5  
En ninguna ocasión      Raramente      Algunas veces      Frecuentemente      En la mayoría de las ocasiones

5. Mi trabajo profesional me ofrece actualmente escasos retos personales

1-----2-----3-----4-----5  
Totalmente En desacuerdo      Indeciso      De acuerdo      Totalmente  
En desacuerdo      de acuerdo

6. Mi trabajo actual carece de interés

1-----2-----3-----4-----5  
Totalmente En desacuerdo      Indeciso      De acuerdo      Totalmente  
En desacuerdo      de acuerdo

7. Cuando estoy en mi trabajo, me siento de mal humor

1-----2-----3-----4-----5  
En ninguna ocasión      Raramente      Algunas veces      Frecuentemente      En la mayoría de las ocasiones



En desacuerdo de acuerdo

12. Mi interés por el desarrollo profesional es actualmente muy escaso

1-----2-----3-----4-----5

Totalmente En desacuerdo Indeciso De acuerdo Totalmente

En desacuerdo de acuerdo

13. ¿considera usted que el trabajo que realiza repercute en su salud personal (dolor de cabeza, insomnio, etc)?

1-----2-----3-----4-----5

Nada Muy poco Algo Bastante Mucho

14. Mi trabajo es repetitivo

1-----2-----3-----4-----5

En ninguna Raramente Algunas Frecuentemente En la mayoría  
ocasión veces de las ocasiones

15. Estoy “quemado” por mi trabajo

1-----2-----3-----4-----5

Nada Muy poco Algo Bastante Mucho

16. Me gusta el ambiente y el clima de mi trabajo

1-----2-----3-----4-----5

Nada      Muy poco      Algo      Bastante      Mucho

17. El trabajo está afectado a mis relaciones familiares y personales

1-----2-----3-----4-----5  
Nada      Muy poco      Algo      Bastante      Mucho

19. El trabajo que hago dista de ser el que yo habría querido

1-----2-----3-----4-----5  
Nada      Muy poco      Algo      Bastante      Mucho

20. Mi trabajo me resulta muy aburrido

1-----2-----3-----4-----5  
En ninguna      Raramente      Algunas      Frecuentemente      En la mayoría  
ocasión                      veces                      de las ocasiones

21. Los problemas de mi trabajo hacen que mi rendimiento sea menor

1-----2-----3-----4-----5  
En ninguna      Raramente      Algunas      Frecuentemente      En la mayoría  
ocasión                      veces                      de las ocasiones

### 36- Cronogramas de actividades:

Fases	Actividades
Fase 1: Momento epistémico: la construcción del objeto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selección del tema de investigación (mayo del 2009).</li> <li>• Planteamiento del problema: mes de junio del 2009.</li> <li>• Elaboración del marco teórico: julio 2009 – octubre 2009</li> <li>• Formulación de hipótesis y objetivos: octubre del 2009</li> </ul>
Momento técnico metodológico:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selección del diseño: diciembre 2009</li> <li>• Definición de universo , muestra y unidad de análisis: enero 2010</li> <li>• Preparación del instrumento: marzo 2010</li> <li>• Recolección de datos: junio julio, agosto, 2010</li> <li>• Análisis de los datos: (carga de datos en el SPSS, Octubre 2010)</li> </ul>
Momento teórico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interpretar los resultados: Diciembre 2010</li> <li>• Sintetizar las conclusiones: Enero 2011</li> <li>• Elaborar el informe de investigación: Febrero-Marzo 2011.</li> </ul>