

IDENTIFICACIÓN DE LOS NIVELES DE BURNOUT EN LOS FUNCIONARIOS DE  
ASOPORMEN.

YOLEIBY PATRICIA NÚÑEZ FORERO



MÓNICA PARADA BUTNARU.

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

BUCARAMANGA.

2012

IDENTIFICACIÓN DE LOS NIVELES DE BURNOUT EN LOS FUNCIONARIOS DE  
ASOPORMEN.

YOLEIBY PATRICIA NÚÑEZ FORERO



UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

FLORIDABLANCA

2012

### **AGRADECIMIENTO**

Este trabajo se lo dedico a la persona más importante de mi vida, a quien me impulsa cada día a hacer de este mundo un lugar mejor, a mi hija gracias por impulsar mi vida.

Agradezco a mis padres, por la formación que me dieron, por los valores y principios que inculcaron en mí y por permitirme desarrollar mis competencias al máximo y llegar a ser la persona que soy hoy en día; A mi esposo por el apoyo incondicional que me ha brindado en todos estos años, por creer en mis capacidades y por ayudarme a alcanzar mis sueños; A la Directora Ejecutiva de ASOPORMEN, María Eugenia Acuña por creer en mí y darme la oportunidad de trabajar y aprender a su lado y a cada una de los trabajadores de ASOPORMEN que destinaron una parte de su valioso tiempo para apoyar este proyecto y por último a Dios que día a día me llena de energía positiva para enfrentar las demandas de la vida y sobreponerme en los momentos difíciles.

Para todos los que creyeron en mí, muchas gracias y recuerden que los problemas no son un obstáculo, solo son un peldaño más para alcanzar nuestros sueños.

### TABLA DE CONTENIDO

|   |    |
|---|----|
| 1. Justificación .....                                      | 11 |
| 2. Marco Teórico .....                                      | 13 |
| 2.1 Estrés crónico .....                                    | 13 |
| 2.2 Definición del síndrome de Burnout. ....                | 14 |
| 2.3 Modelos Explicativos Del Síndrome De B. ....            | 15 |
| 2.3.1 Modelo de Harrison .....                              | 15 |
| 2.3.2 Modelo de Cherniss .....                              | 16 |
| 2.3.3 Modelo de Thompson, Page y Cooper ...                 | 16 |
| 2.3.4 Modelo de Buunk y Schaufeli .....                     | 17 |
| 2.3.5 Modelo de recursos de<br>Hobfoll y Fredy .....        | 18 |
| 2.3.6 Modelo de Golembiewski,<br>Munzenrider y Carter ..... | 19 |
| 2.3.7 Modelo de Winnubst .....                              | 20 |
| 2.4 Poblaciones De Estudio. ....                            | 20 |
| 2.4.1 Factores Demográficos. ....                           | 25 |
| 2.5 Instrumentos De Medida Del Burnout .....                | 26 |
| 2.6 Manifestaciones del Síndrome .....                      | 29 |
| 2.6.1 Manifestaciones mentales .....                        | 30 |
| 2.6.2 Manifestaciones físicas .....                         | 30 |
| 2.6.3 Manifestaciones conductuales .....                    | 31 |
| 2.6.4 Manifestaciones socio-laborales .....                 | 31 |
| 2.6.5 Manifestaciones organizacionales .....                | 32 |

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 2.7   | Consecuencias .....                                 | 33 |
| 2.8   | Prevención Del Síndrome De Burnout .....            | 34 |
| 2.8.1 | Prevención a nivel individual .....                 | 34 |
| 2.8.2 | Prevención a nivel socio laboral .....              | 35 |
| 2.8.3 | Prevención a nivel organizacional .....             | 36 |
| 3     | METODOLOGIA .....                                   | 40 |
| 3.1   | diseño Metodológico .....                           | 40 |
| 3.2   | Objetivos .....                                     | 40 |
| 3.3   | Población .....                                     | 41 |
| 3.4   | Instrumento de Medición .....                       | 43 |
| 3.4.1 | Descripción del instrumento .....                   | 43 |
| 3.5   | Procedimiento .....                                 | 48 |
| 4     | RESULTADOS .....                                    | 49 |
| 4.1   | Características Sociodemográficas Y Laborales ..... | 49 |
| 4.1.1 | Muestra .....                                       | 49 |
| 4.1.2 | Genero .....  | 50 |
| 4.1.3 | Edades .....  | 51 |
| 4.1.4 | Profesiones .....                                   | 52 |
| 4.1.5 | Antigüedad .....                                    | 54 |
| 4.1.6 | Estimado De Pacientes Diarios .....                 | 55 |
| 4.2   | Burnout .....                                       | 56 |
| 5     | DISCUSIÓN .....                                     | 62 |
| 6     | CONCLUSIONES .....                                  | 68 |
| 7     | RECOMENDACIONES .....                               | 69 |
| 8     | REFERENCIAS .....                                   | 71 |
| 9     | ANEXOS .....  | 81 |

|  |    |
|--|----|
| 9.1 ANEXO 1. Instrumento de medición del B.....  | 81 |
| 9.2 ANEXO 2. Cuadernillo de prevención de B..... | 83 |

### **Índice de tablas y gráficos**

|  |    |
|--|----|
| Tabla 1. Profesiones evaluadas a través del MBI.....                                     | 25 |
| Tabla 2. Principales instrumentos de medida de Burnout.....                              | 27 |
| Tabla 3. Muestra de baremación del Manual MBI<br>(Seisdedos, 1997).....                  | 45 |
| Tabla 4. Escala de Grados de padecimiento .....<br>del Síndrome de Burnout por dimensión | 47 |
| Tabla 5. Escala de Grados de Padecimiento del<br>Síndrome de Burnout.....                | 47 |
| Tabla 6. Distribución de la muestra por áreas o servicios...                             | 49 |
| Tabla 7. Distribución de Género.....   | 50 |
| Tabla 8. Distribución de las profesiones.....  | 52 |
| Tabla 9. Grupos de profesionales por servicio.....                                       | 53 |
| Tabla 10. Distribución según Antigüedad.....   | 54 |
| Tabla 11. Cantidad de Personas o pacientes que.....<br>se atienden diariamente.          | 55 |
| Tabla 12. Resultados por Dimensiones.....  | 56 |
| Tabla 13. Percentiles del estudio por dimensión.....                                     | 58 |
| Tabla 14. Resultados de la dimensión cansancio emocional.....                            | 59 |
| Tabla 15. Resultados de la dimensión Despersonalización.....                             | 60 |
| Tabla 16. Resultados de la dimensión Realización personal.....                           | 61 |
| Graf 1. Distribución de edades.....  | 51 |

**RESUMEN GENERAL DEL TRABAJO DE GRADO**

**TITULO:** IDENTIFICACIÓN DE LOS NIVELES DE BURNOUT EN LOS  
FUNCIONARIOS DE ASOPORMEN.

**AUTORES:** YOLEIBY PATRICIA NÚÑEZ FORERO

**FACULTAD:** PSICOLOGÍA

**DIRECTOR:** MÓNICA PARADA BUTNARU.

**RESUMEN**

El presente proyecto tuvo como objetivo general, Identificar los niveles de Burnout en los funcionarios de ASOPORMEN en Bucaramanga, Santander, a través de la adaptación española de Seisdedos (1997) del inventario de Burnout de Maslach (MBI) y para el análisis de los resultados se utilizó el programa estadístico SPSS. La muestra estuvo constituida por 48 profesionales del área de la salud, de la educación y del área administrativa. En los resultados se identificó nivel bajo del síndrome de Burnout, no se produjo un porcentaje significativo de profesionales que estuviesen afectados por los síntomas, sin

embargo se plantea un manual con estrategias que brinde al profesional, a la sociedad y a las organizaciones una serie de estrategias que ayuden a fortalecer los mecanismos de afrontamiento ante la presión y el estrés crónico.

**PALABRAS CLAVES:** Estrés crónico, Síndrome de Burnout, Agotamiento emocional, Despersonalización, Realización personal, estrategias de prevención.

**GENERAL SUMMARY OF WORK OF DEGREE**

**TITLE:** IDENTIFICATION OF THE LEVELS OF BURNOUT IN  
ASOPORMEN OFFICIALS.

**AUTHOR:** YOLEIBY PATRICIA NÚÑEZ FORERO

**FACULTY:** PSYCHOLOGY

**DIRECTOR:** MÓNICA PARADA BUTNARU.

**ABSTRACT**

This project had the main goal of identifying the levels of burnout in the employees of ASOPORMEN in Bucaramanga, Santander, through the Spanish adaptation of Seisdedos (1997), Maslach Burnout Inventory (MBI) and the statistical program SPSS was used to analyse the results obtained. The sample consisted of 48 professionals in health, education and administrative areas. The results identified low level of burnout syndrome, there was a significant percentage of professionals who were affected by the symptoms, however, it is presented a manual that provides a range of strategies to help strengthen the mechanisms for coping with

the pressure and chronic stress of the professionals, the society and the organizations.

**KEYWORDS:** chronic stress, Burnout syndrome, emotional distress, Depersonalization, personal fulfillment, strategies of prevention.

## **1. INTRODUCCIÓN**

En la presente investigación se pretende evaluar el nivel de estrés laboral o Burnout en que se encuentran los funcionarios de ASOPORMEN, para esto se utilizó el Inventario de Burnout de Maslach (Maslach y Jackson, 1981) con la adaptación española realizada por Seisdedos en (1997).

Al iniciar el estudio del síndrome se abordan los principales conceptos que nos ayudan a entender el proceso de desarrollo del síndrome, como lo son los diferentes modelos explicativos, las características y consecuencias definitorias del síndrome y las investigaciones sobre el tema.

Las principales investigaciones han demostrado que las poblaciones con mayor nivel de estrés laboral son los profesionales de los servicios de salud y educación ya que se caracterizan por brindar una atención asistencial o social prolongada a personas que están en una situación de necesidad o dependencia, y por tanto "el deterioro de su calidad de vida laboral tiene repercusiones sobre la sociedad en general" (Gil-Monte y Peiró, 1999. p 262).

Por tal motivo, las organizaciones del sector salud, protección y la educación han empezado a reconocer la importancia de velar por el bienestar integral de los trabajadores dentro de las organizaciones, debido a que las características del contexto y las exigencias laborales afectan el funcionamiento social, familiar, académica y laboral de las personas que lo experimentan (Quinceno y Vinaccia, 2007. p.117) además de la salud mental, cognitiva y física, viéndose sus efectos reflejados en la eficacia y la calidad del servicio que presta la organización.

Todo lo anterior es la base para proponer e iniciar procesos de prevención, identificación e intervención del estrés crónico, tomando las medidas necesarias para evitar o controlar que los trabajadores sobrepasen su nivel de resistencia al estrés y se incremente la capacidad para mantener parámetros óptimos de funcionamiento y así evitar las consecuencias negativas del Burnout.

## **2. MARCO TEÓRICO.**

### **2.1 Estrés Crónico.**

Para entender el síndrome de BURNOUT es indispensable partir de su raíz, el estrés, el cual se presenta "cuando en el organismo se produce un incremento de activación que pone en riesgo su capacidad para mantener parámetros óptimos de homeostasis con el fin de lograr un máximo rendimiento psicológico y conductual" (Quinceno y Vinaccia, 2007. p.117-118).

Sandín (2003) distinguen tres grupos de estresores sociales que se interrelacionan e influyen mutuamente provocando perturbaciones en la salud. El primer grupo de estresores es el de los sucesos vitales y se relacionan con las demandas del ambiente que requieren reajustes drásticos por parte de la persona en un corto periodo de tiempo; el segundo grupo reúne los estresores de rol en el cual las demandas son persistentes y requieren reajustes por parte de la persona durante periodos de tiempo prolongados; y el tercer grupo reúne las contrariedades cotidianas las cuales son mini-eventos que requieren pequeños reajustes diarios y generan un estrés normal. De estos tres

grupos de estresores, los segundos que son prolongados y se presenta cuando los problemas en el trabajo y los conflictos sociales con la pareja, familia o amigos, se tornan amenazantes y perduran en el día a día. Pearlin (1989) basa la aparición de los síndromes del Burnout en la sobrecarga de estresores crónicos que general un conflicto de rol por sobrecarga de funciones, por ambigüedad o reestructuración de rol.

## **2.2 Definición del síndrome de Burnout.**

Maslach (1976) inicio sus estudios investigando las respuestas emocionales de empleados con profesiones asistenciales que prestan ayuda a las personas, en 1981 junto a Jackson definieron el BURNOUT como un síndrome tridimensional que en respuesta a factores de estrés crónico por contacto, hacen que el organismo colapse y se empiecen a presentar síntomas de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal.

El agotamiento emocional hace referencia a las sensaciones de sobre esfuerzo físico y la disminución o pérdida de recursos emocionales. La despersonalización supone el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y respuestas cínicas hacia

los receptores del servicio prestado y la baja realización personal, es la tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa: los afectados se reprochan no haber alcanzado los objetivos propuestos, con vivencias de insuficiencia personal y baja autoestima profesional (Rubio, 2003.p.30-31).

“Esta sobrecarga emocional es cada vez más frecuente en los trabajadores de servicios humanos, que después de meses o años de dedicación terminaban quemándose” (Ramos, 2002).

### **2.3. Modelos Explicativos Del Síndrome De Burnout.**

#### **2.3.1. Modelo de Harrison (1983):**

A la mayoría de los profesionales que prestan servicios de ayuda a los demás están altamente motivados por esto y tienen un elevado grado de altruismo. En el transcurso de su experiencia laboral se encuentran con factores laborales y motivacionales que facilitan o dificultan la actividad.

En el caso que existan factores de ayuda junto con una alta motivación, los resultados serán beneficiosos; ya que aumenta la eficacia percibida y los sentimientos de competencia social. Sin embargo, cuando hay factores de barrera, que dificultan el logro de metas en el contexto

laboral, el sentimiento de autoeficacia disminuirá. Si estas condiciones se prolongan en el tiempo puede aparecer el SB" (Martínez, 2010. p.15).

### **2.3.2. Modelo de Cherniss (1993).**

La eficacia del trabajador aumenta o disminuye de acuerdo a la consecución independiente y exitosa de las metas. Sin embargo, la no consecución de esas metas lleva al fracaso psicológico; es decir, a una disminución de la autoeficacia percibida y, por último, al desarrollo del Burnout. Por otro lado, los sujetos con fuertes sentimientos de autoeficacia percibida tienen menos probabilidad de desarrollar el Burnout, porque experimentan menos estrés en situaciones amenazadoras; ya que éstos creen que pueden afrontarlas de forma exitosa. (Martínez, 2010. p.15)

### **2.3.3. Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993).**

La etiología del síndrome proviene de cuatro variables, a) las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del trabajador, b) el nivel de autoconciencia del trabajador, c) sus expectativas de éxito, y d) sus sentimientos de autoconfianza.

Cuando los trabajadores no consiguen sus objetivos aparece la frustración y tienden a resolver las dificultades retirándose mental o conductualmente de la situación problemática. Este retiro conductual denota una tendencia a abandonar el logro de los objetivos generando conductas de despersonalización, sentimientos de desamparo profesional y agotamiento emocional (Martínez, 2010. P. 16).

**2.3.4. Modelo de Buunk y Schaufeli (1993):**

El modelo se basa en la etiología de Burnout en los profesionales de enfermería y señalan dos aspectos fundamentales en el estudio del síndrome, por un lado, el proceso con los pacientes y por otro, los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros.

En relación a los pacientes, se identifican tres tipos de estresores, a) la incertidumbre como la falta de claridad sobre lo que uno siente y piensa sobre cómo debe actuar, b) la percepción de equidad que alude al equilibrio percibido entre lo que los trabajadores dan y lo que reciben en el transcurso de sus relaciones, y (c) la falta de control que tiene que ver con la posibilidad de controlar los resultados de sus acciones laborales y en relación a los procesos de

afiliación social y comparación con los compañeros, los profesionales de enfermería evitan el apoyo social en situaciones de estrés por miedo a ser criticados o tachados de incompetentes (Martínez, 2010. p.16).

**2.3.5. Modelo de Hobfoll y Fredy (1993) :**

Este modelo afirma que el estrés surge cuando el trabajador percibe estresores laborales que amenazan sus recursos, sus motivaciones y sus objetivos, generando inseguridad sobre sus habilidades y frustración.

El autor subraya la importancia de las relaciones con los demás, en este modelo, es muy importante mantener buenas relaciones con los demás y tener estrategias de afrontamiento de carácter motivacional que ayuden a mantener unos niveles mínimos para conseguir recursos extras que permitan mantener un desempeño eficaz en el trabajo ya que la pérdida de los recursos conlleva al desarrollo del síndrome de Burnout (Martínez, 2010. p.17).

**2.3.6. Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983):**

El estrés laboral se genera básicamente por situaciones de sobrecarga laboral y por pobreza de rol. El trabajador al sentir que pierde autonomía y control sobre su rol y sus objetivos adquieren sentimientos de irritabilidad y fatiga; ante estos sentimientos el cuerpo desarrolla estrategias de afrontamiento que conllevan al distanciamiento constructivo o contra productivo de la situación laboral estresante.

En el primero el profesional atiende empáticamente a sus pacientes sin implicarse en sus problemas y en el segundo se observa indiferencia emocional, cinismo, rigidez en el trato, o ignorar a la persona, es en este caso cuando hablamos de Síndrome de Burnout y Posteriormente experimenta una baja realización personal en el trabajo, agotamiento emocional y posiblemente tensión psicológica y problemas psicosomáticos; Todos estos sentimientos hacen que la productividad decaiga, disminuyendo la satisfacción, implicación en el trabajo y realización laboral (Martínez, 2010. p. 18).

**2.3.7. Modelo de Winnubst (1993):**

Este modelo plantea que surge de las interrelaciones entre el estrés, la tensión, el apoyo social en el contexto de la estructura y la cultura de la organización. Por lo tanto, la etiología del Burnout estaría influida por los problemas derivados de la estructura, el clima y cultura organizacional, la cual está determinada por su estructura y, por lo tanto, los antecedentes del Burnout variarán en función del tipo de cultura organizacional e institucionalización del apoyo social. Paralelamente, al estar estrechamente relacionado el apoyo social con la estructura organizacional, éste es un factor fundamental que afecta la percepción del sujeto respecto la estructura organizacional y, por lo tanto, es una variable esencial sobre la cual intervenir para prevenir o disminuir los niveles de Burnout (Martínez, 2010. p. 18).

**2.4. Poblaciones De Estudio.**

Las profesiones más consideradas a la hora de emprender una investigación han sido la enfermería, la Medicina, y la docencia

por tener un tipo de relación más intensa con los usuarios (Moreno-Jiménez y Peñacoba, 1996).

Aranda (2006) realizó un estudio transversal retrospectivo sobre las diferencias de género y las repercusiones del síndrome de Burnout en la salud en 154 (78.2%) profesionales médicos familiares de dos instituciones de salud en Guadalajara, México; de esta muestra las mujeres conforman el 37.1% y los hombres el 62.9%. según los resultados la prevalencia del síndrome de burnout fue del 41.8%, 28 mujeres y 54 hombres, también la dimensión "agotamiento emocional" es la más vulnerable en ambos sexos, y además 17 mujeres de 28 (77.3%) y 23 hombres de 54 (57.5%) presentaron alguna molestia y/o enfermedad en los últimos seis meses. Con todo esto Aranda (2006) sugiere que "Mantener un buen estado de salud y bienestar, así como trabajar bajo condiciones seguras, traerá consecuencias positivas para la institución, para el trabajador y la población en general" (p.1)

En cuanto a la aparición del síndrome de Burnout Cáceres (2009) identifica una serie de factores causales relacionados con el entorno laboral, a mayor número de pacientes mayor cansancio emocional, la satisfacción de los profesionales es menor a medida que disminuyen sus posibilidades terapéuticas y a mayor tiempo de

dedicación a los pacientes, mayor probabilidad de sufrir del síndrome; Igualmente, la discrepancia existente entre las expectativas laborales y las condiciones de trabajo (salario, estabilidad, progreso, autonomía y apoyo social) aumentan el riesgo.

En su investigación Cáceres (2009) estudio estadístico descriptivo y analítico sobre la prevalencia del síndrome de burnout en personal sanitario militar en Madrid, participaron médicos y enfermeros, 76% hombres, con una edad media de 43,30 años; las pruebas arrojaron que el 59% tiene niveles altos de burnout y el 23% niveles medios, el 39% de los profesionales tiene niveles altos de cansancio emocional y despersonalización y el 35% falta de realización personal,

En Colombia Quinceno y Vinaccia (2007) plantean que son pocos y muy recientes los estudios que se han desarrollado a partir de la teoría de Maslach y con el instrumento MBI.

“pudiéndose citar entre otros los estudios de Hernández (2002) con personal sanitario en el Hospital Militar en Bogotá; Vinaccia y Alvarán(2004) con auxiliares de enfermería de una clínica en Medellín; Guevara, Henao y Herrera(2004) con médicos internos y residentes del Hospital

Universitario de Cali; Restrepo, Colorado y Cabrera (2006) con docentes oficiales de Medellín; Castaño, García, Leguizamón, Novoa y Moreno (2006) con residentes de medicina interna de un hospital de la ciudad de Bogotá; Tucsca-Molina, Iguarán, Suárez, Vargas y Vergara (2006) con enfermeras/os del área metropolitana de Barranquilla; Illera (2006) con Fonoaudiólogos y Médicos Internos de diferentes centros clínicos de la ciudad de Popayán" (p. 123).

Restrepo, Colorado y Cabrera (2006) exploraron las manifestaciones de desgaste emocional y físico en docentes oficiales de Medellín, Colombia, 2005. En una muestra de 239 sujetos, los resultados definieron que el 23,4% presentó manifestaciones de Burnout y el 23,4% adicional tuvo riesgo de manifestarlo, prevaleciendo niveles altos de agotamiento emocional y despersonalización, estos resultados fueron asociados a variables personales, familiares y sociales.

Bernal y Ramírez (2011) aplicaron los cuestionarios Maslach Burnout Inventory (MBI) y la Escala de Clima Organizacional (ECO) en una compañía de servicios en Madrid - España y la gerencia de una multinacional en Bogotá - Colombia. Con esta

investigación determinaron que el Burnout tiene un gran nivel de incidencia en el bienestar y el clima de las organizaciones, según estos resultados, recomiendan encaminar las decisiones directivas al bienestar de las personas, generando equilibrio "entre las exigencias y los beneficios otorgados por la organización, estimulando el bienestar y el aumento de la productividad empresarial" (p.3).

A continuación Rubio (2003) relacionan algunas de las investigaciones que evaluaron el síndrome de Burnout por medio del inventario MBI, en diferentes grupos poblacionales.

Tabla 1.

**Profesiones evaluadas a través del MBI**

| Perfiles profesionales   | Investigaciones realizadas con el MBI  |
|--------------------------|--|
| Trabajadores sociales    | Jayaratne y Chess, 1984; Corcoran, 1985; jayaratne y Chess, 1986; LeCroy Rank, 1986; Wallace y Brinkerhoff, 1991; Oktay, 1992; Poulin y Walken 1993; Piedmont, 1993; Price y Spence, 1994; Gil y Peiró, 1996)  |
| Profesores               | Gold, 1984; Gold y Michae, 1985; Sarros, 1998a; Green y Walkey, 1988; Friedman, 1991; Friedman y Faber, 1992; Gold, el al., 1992; Byene, 1993; Pedrabissi et al, 1993; Pretourius, 1993; Burke y Greenglass, 1994.   |
| Médicos                  | Rafferty et al, 1986; Lemkau, Purdy, Rafferty y Rudissill, 1988; Fuehrer y McGonales, 1988; Lemkau, Rafferty y Gordon, 1994; Daniel, 1995.   |
| Personal de enfermería   | Firth et al., 1985. Topf, 1989; Gil y Schaufelli, 1991; Morasso et al, 1992; Schaufeli y Van Dierendonck, 1993; Thompson et al, 1993; Papadatou, Anagnostopoulos y Monos, 1994; Gil, Peiró y Valcancel, 1996; Martin, viñas y Peres, 1996; Manzano y Ramos 2000. |
| Personal de salud mental | Hiscott y Connop, 1989; Leiter, 1991b; Sandoval, 1993; Garcia Izquierdo, Sáez, Llor, 2000.   |
| Farmacéuticos            | Lahoz y Mason, 1989; Gupchup et al. 1994.  |
| Policías                 | Whitehead, 1987; Rosse et al, 1991; Burke, 1993.   |
| Militares                | Nye et al, 1992; Leiter et al, 1994.   |
| Secretarias              | Nagy, 1985.  |
| Bibliotecarios           | Smith et al, 1986.   |
| Informáticos             | Evans y Fischer, 1989.   |

**Nota:** Fuente: Rubio, J. C. (2003) Fuentes de estrés, Síndrome de Burnout y Actitudes disfuncionales en

Organizadores de Instituto de Enseñanza Secundaria. (p. 56). Tesis doctoral, Edita: Universidad de Extremadura. España.

Recuperada de la base de datos <http://www.unex.es/>

**2.4.1 Factores Demográficos.**

Bernal y Ramírez (2011) expresan que el género y la edad, son unas de las variables que influyen en la tolerancia a la presión y el estrés que se enfrenta en las labores cotidianas.

Según los estudios se estipula que a medida que las personas se hacen mayores manifiestan menores niveles de Burnout posiblemente por su adaptación a las condiciones en que desempeña sus actividades rutinarias, además hay una diferencia de género,

Maslach y Jackson (1985), señalan las mujeres presentan mayor agotamiento emocional que los hombres y menor despersonalización. Para estas autoras las variables de estatus o nivel social al que pertenece la persona y la posición que ocupa dentro de la organización también son importantes en el análisis del síndrome.

En las investigaciones colombianas, Quinceno y Vinaccia (2007) también señalan que las mujeres podrían ser más vulnerables a desarrollar el síndrome de Burnout, considerando como variables predictores del síndrome el tiempo que se dedica al trabajo y los años de ejercicio profesional, debido a que en sus resultados encontraron que el síndrome se desarrolla en los dos primeros años o a partir del décimo año de ejercicio profesional.

## **2.5 Instrumentos De Medida Del Burnout**

En su revisión teórica describen los instrumentos de Medida del Burnout que han sido reconocidos y utilizados en las

investigaciones al pasar de los años, dentro de esta revisión se encuentran los siguientes:

Tabla 2.

**Principales instrumentos de medida de Burnout.**

| INSTRUMENTO DE MEDIDA                          | AUTORES                           |
|--|-----------------------------------|
| 1 StaffBurnoutScale                            | Jones (1980)                      |
| 2 Indicadores del Burnout                      | Gillespie (1980)                  |
| 3 Emmener – LuckBurnoutScale                   | Emener y Luck (1980)              |
| 4 TediumMeasure (BurnoutMeasure)               | Pines, Aronson y Kafry (1981)     |
| 5 MaslachBurnoutInventory                      | Maslach y Jackson (1981)          |
| 6 BurnoutScale                                 | Kremer y Hofman (1985)            |
| 7 TeacherBurnoutScale                          | Seidman y Zager (1986)            |
| 8 EnergyDepletionIndex                         | Garden (1987)                     |
| 9 Mattews Burnout Scale For Employees          | Mattews (1990)                    |
| 10 Efectos pSiquicos del Burnout               | Garcia Izquierdo (1990)           |
| 11 Escala de Variables Predictivas del Burnout | Aveni y Albani (1992)             |
| 12 Cuestionario de Burnout del profesorado     | Moreno y Oliver (1993)            |
| 13 HollandBurnoutInventory                     | Holland y Michael (1993)          |
| 14 Rome BurnoutInventory                       | Venturi, Dell'Erba y Rizzo (1994) |
| 15 Escala de Burnout de Directores de Colegios | Friedman (1995)                   |

**Nota.** Fuente: Garcés, E., López, C. &García – Montalvo, C. (1997). El síndrome de “Burnout” y su evaluación: Una revisión de los principales instrumentos de medida. Poster presentado en el I congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología. Madrid.

En la presente investigación se utilizó el Maslach Burnout Inventory (MBI) de (Maslach y Jackson, 1981), debido a que es el instrumento de medición más utilizado en las investigaciones (Rubio, 2003) y además es el instrumento que ha generado un mayor volumen de estudios, referentes al debate que se ha producido entre los investigadores sobre la existencia o no de las sub-escalas del inventario (Aranda, 2006).

Además, diferentes autores están de acuerdo con la solidez del instrumento y encuentran índices de fiabilidad y consistencia interna bastante adecuados en el instrumento (Alvares y Fernández, 1991; Balogun, Helgemoe y Abu Hilal, 1995; Burke y Richardsen, 1991; Dávila, Romero, 2010).

En Colombia la mayoría de las investigaciones se han generado también en torno a este inventario, sin embargo no hay una validación oficial del instrumento en este país, ni se han reportado datos significativos de niveles elevados de Burnout. (Quinceno y Vinaccia, 2007), por lo tanto en la presente investigación se utilizó la adaptación española de Seisdedos (1997) la cual cuenta con baremos de validación y fiabilidad en una muestra española que guarda muchas similitudes con la población colombiana.

## **2.6 Manifestaciones del Síndrome**

Fidalgo (2006) explica como el síndrome se desarrolla en cinco fases evolutivas; a) una fase inicial de entusiasmo, en la cual el individuo experimenta gran cantidad de energía; b) una segunda fase de estancamiento, en la cual el individuo empieza a percibir que no se están cumpliendo las expectativas y empieza a dejar de ser eficaz; c) una tercera fase de Frustración, en la cual la desilusión y la desmotivación se apoderan de la persona, en esta fase la salud puede empezar a fallar; D) una cuarta fase de Apatía, en la cual se activan los mecanismos de defensa del individuo, como la tendencia a tratar a los clientes de forma distanciada y mecánica y por ultimo e) una quinta fase de quemado, en la cual colapsa el estado emocional y cognitivo del individuo y esto causa consecuencias en la salud, obligando al individuo en la mayoría de los casos a dejar su empleo.

Las manifestaciones del síndrome se reúnen en los siguientes grupos teniendo en cuenta que el Burnout afecta no solo la salud del individuo sino también la calidad del tratamiento del paciente y a la empresa ya que hay mayor riesgo de accidentes y errores en el trabajo.

### **2.6.1. Manifestaciones mentales:**

Predominan los síntomas psicológicos de tipo disfóricos y sobre todo el agotamiento emocional. De forma característica la persona se siente nerviosa, con una inquietud psicomotora, con incapacidad para concentrarse y olvidos frecuentes, agotada, atrapada en el desempeño del rol profesional y con sentimientos o sensación de vacío. También se han descrito vivencias de fracaso, impotencia e insuficiencia (Da Silva, 2001, p. 5).

### **2.6.2. Manifestaciones físicas:**

Se han descrito una gran variedad de síntomas psicosomáticos tales como cefaleas, trastornos gastrointestinales desde alteraciones del apetito hasta úlceras, mialgias, dolores osteomusculares (sobre todo a nivel de columna lumbar), dermatitis, disfunciones sexuales, trastornos del ritmo cardíaco, hipertensión arterial, alteraciones del sueño fundamentalmente insomnio de conciliación y pérdida o disminución notoria de la libido. Suele estar presente una depresión del sistema inmunitario por lo que gripes y resfríos reiterados son frecuentes (Da silva, 2001. P 5).

### **2.6.3. Manifestaciones conductuales:**

Destacan las alteraciones de la conducta en el rol asistencial y sobre todo la despersonalización en la relación con el paciente entendiéndose como tal la pérdida de interés por las personas con una suerte de retiro de las energías motivacionales en el trabajo. Las muy frecuentes quejas y crítica se asocian con la reacción cínica ante cualquier intento o sugerencia de ayuda que es descalificada desde esa posición. A nivel conductual se han observado un consumo aumentado de estimulantes como café y té así como de sedantes, bebidas alcohólicas y otras drogas. También se asocia con sedentarismo y mala dieta nutricional (Da Silva 2001. P. 6).

### **2.6.4. Manifestaciones socio-laborales:**

Los problemas interpersonales pueden darse con los pacientes, los compañeros los superiores o los subordinados, Se destaca el distanciamiento afectivo individual de los contactos sociales, a veces acompañado de un excesivo distanciamiento defensivo el llevar a la casa los problemas laborales como un desplazamiento negativo, que puede aumentar los conflictos de pareja. El hipercriticismo y la desconfianza hostil así como la insensibilidad y el excesivo distanciamiento defensivo que se

puede presentar como aburrimiento cínico y estereotipado o amarga insatisfacción con los logros profesionales está en agudo contraste con los buenos propósitos de un humanismo ideal, bien intencionado y empático con los que comenzó su carrera profesional. La persona "quemada" no se siente querida o valorada por los colegas o por la organización y por eso se defiende pagando con la misma moneda con la que él se siente pagado (Da Silva, 2001. P. 6).

#### **2.6.5. Manifestaciones organizacionales:**

En estudios longitudinales el B presenta intención de abandonar el trabajo, de cambiar de puesto y un importante ausentismo y/o incumplimiento del horario laboral (Firth y Britton 1989) además de una disminuida productividad individual (Golembiewski y Munzeurider, 1988). La idea del abandono del puesto de trabajo para el que se han invertido grandes esfuerzos de todo tipo y de cambio radical de vida se asocia a las ideas de frustración laboral con los resultados consiguientes. También se ve con gran frecuencia una rigidez excesiva en el cumplimiento de los reglamentos, toda innovación se descarta como inalcanzable y no válida, se descalifica. Disminuye notoriamente la capacidad de tomar iniciativas. Los profesionales sanitarios bajo el efecto de

B no son conscientes del cambio de comportamiento y deterioro de las relaciones interpersonales, atribuyéndolo en general a factores externos de la esfera laboral: acumulación de horas, multiplicidad de tareas, etc. Intentando una compensación que muchas veces suele ser el consumo de medicación psicoactiva (Da Silva, 2001, p, 6).

## **2.7 Consecuencias:**

Da Silva (2001) a lo largo de su escrito relata casos específicos en los que se ven claramente las consecuencias del síndrome, él destaca que "los médicos tienen una presión psicológica superior a la de otros profesionales de igual nivel ocupacional y un riesgo doble de suicidio respecto de la población general" (p. 5) siendo así que "Un 20% de los médicos del Hospital de Salamanca presentan síntomas psicopatológicos compatibles con trastornos psiquiátricos" (p.5). Además sostiene que quienes tienen Burnout corren mayor riesgo de sufrir de enfermedad coronario, infartos de miocardio; además asocia "la prevalencia de enfermedades psicosomáticas en médicos con los niveles de estrés laboral" (p, 6)

Conjuntamente con lo anterior prevalece el consumo de café, Tabaco y alcohol, "tres drogas legales de amplia aceptación en

nuestra cultura cuyo estudio no provoca mayores resistencias... además la depresión, el suicidio, los conflictos matrimoniales y las enfermedades cardiovasculares son mayores que en la población general; sobre todo por encima de los 40 años... " (Da silva, p, 6)

## **2.8. Prevención Del Síndrome De Burnout**

En vista que las consecuencias del síndrome son abrumadoras para los profesionales no solamente en salud, sino en cualquier campo de acción, es necesario plantear un modelo de prevención y tratamiento del estrés laboral con varios componentes integrados de forma complementaria utilizando técnicas orientadas al individuo, al grupo social y a la organización laboral.

### **2.8.1. Prevención a nivel individual:**

El objetivo es mejorar los recursos de protección individual para afrontar adecuadamente los estresores propios del rol laboral. Para esto se utilizan técnicas cognitivo conductuales (afrentamiento del estrés, reestructuración cognitiva y ensayo conductual), relajación, autorregulación. Control de gestión del tiempo, mejora de habilidades sociales, etc. Para los nuevos profesionales existen durante la formación curricular programas de afrontamiento y manejo

del estrés laboral y sobre todo han demostrado ser muy eficientes los programas de tutoría y orientación profesional. Cursos específicos de formación continua que incluyan el tema con el objetivo de aumentar la competencia y el manejo durante la tarea diagnóstica y terapéutica. Durante el ejercicio de la profesión se debe evitar el aislamiento, riesgo evidente ya que la medicina es una profesión liberal de trabajo independiente a la vez que generar creencias y actitudes positivas frente al trabajo cotidiano sin la necesidad patológica de reconocimiento o apoyo. El sano y solidario apego al paciente, la concepción de psicoterapia de R. Laing como el denodado esfuerzo de dos individuos por recuperar la dignidad de uno de ellos, el reconocimiento de que tanto tenemos deberes con nuestros pacientes como derecho a bregar por nuestro propio bienestar son bases sólidas de una estrategia de prevención (Da Silva, 2001, p,14).

### **2.8.2 Prevención a nivel socio laboral:**

El soporte social es aquel que satisface la necesidad humana básica de pertenencia y comunicación además de proporcionar información técnica y supervisión. Una buena calidad de

relaciones interpersonales en el trabajo modera el nivel de B y media en la satisfacción laboral aumentando la calidad de vida del trabajador. Se debe fomentar el trabajo en equipo interdisciplinario (que hace al técnico, entre otras cosas, más flexible ante el error ajeno y las críticas a los propios), la psiquiatría de interconsulta y enlace puede contribuir a la calidad de vida laboral del médico y del resto del personal sanitario al potenciar los recursos disponibles para hacer frente a las demandas psicológicas que se experimentan en el desempeño del rol profesional. (Mingote). Un fenómeno interesante que se ha dado en los últimos años es el del desprestigio social de la clase médica con idealización de la tecnología (Da Silva, 2001, p, 14).

### **2.8.3. Prevención a nivel organizacional:**

Definición clara y explícita de objetivos sanitarios e indicadores para su evaluación, establecimiento de incentivos económicos y profesionales, aumento de la participación de los profesionales. Debemos aquí recordar que el estrés laboral en el área asistencial puede llegar a comprometer la eficacia de las organizaciones sanitarias por

lo que éstas deben protagonizar la intervención psicosocial en la formación y el control del estrés laboral. Mejorar la comunicación en el sistema sanitario a todos los niveles, mantener una continuidad en la línea de gestión, respaldar a los técnicos por parte de los superiores son factores descritos en la bibliografía como preventivos del Burnout. También se citan la mejora del modelo de relación jurídico laboral de los médicos con los empleadores. En la actualidad existen, en otros medios, los recursos científicos y técnicos para mejorar la calidad asistencial en beneficio del usuario, así como la calidad de vida laboral del personal sanitario lo que repercute en la satisfacción de ambos y en la eficiencia del sistema sanitario (Da Silva, 2001, p, 15).

Otra área que hay que cubrir en la prevención del síndrome de Burnout, es el aporte legal del gobierno, Dávila y Romero (2010) señalan que el síndrome debe ser reconocido y amparado legalmente como una enfermedad profesional de salud ocupacional, entendiendo ésta como:

“ aquellos estados patológicos imputables a la acción de agentes físicos, condiciones ergonómicas, meteorológicas,

agentes químicos, agentes biológicos, factores psicosociales y emocionales, que se manifiestan por una lesión orgánica, trastornos enzimáticos o bioquímicos, trastornos funcionales o desequilibrio mental, temporales o permanentes, contraídos en el ambiente de trabajo" (p.52)

Quinceno y Vinaccia (2007) resaltan que se debe intervenir a partir de un equipo interdisciplinario profesionales de médico o psiquiatra, psicólogo clínico, trabajador social y empresa realizando un ajuste a las variables organizacionales a nivel grupal e individual.

Bernal y Ramírez (2011) señalan también que las condiciones de un buen ambiente laboral son fundamentales para atraer grandes talentos a la organización, generando de ésta manera valor agregado, diferenciándose de las demás compañías del sector. Las gerencias encargadas de los recursos humanos, en especial del área de bienestar y salud ocupacional, coordinan sus esfuerzos para desarrollar estrategias integrales que garanticen la plena satisfacción de sus empleados en un ambiente placentero para desempeñar sus funciones laborales.

La exigencia laboral es directamente proporcional al mejoramiento continuo que pretenden las corporaciones en establecer objetivos cada vez más altos y rigurosos. Lo que

en consecuencia implica una mayor productividad individual, representada de manera general en los indicadores de gestión y en términos generales se traduce en estrés. Observamos entonces una clara contradicción cuando ligamos los términos de exigencia, productividad y estrés laboral, siendo el estrés uno de los grandes impedimentos para el alcance que pretenden las organizaciones. (Bernal y Ramírez, 2011. P.24)

### **3. Metodología.**

#### **3.1 diseño Metodológico.**

La presente investigación tuvo como punto de partida un diseño no experimental debido a que las variables a investigar ya existen y lo que se busca es identificar el grado de prevalencia del síndrome en su ambiente natural. Por lo tanto no se busca manipular la variable ni influir sobre ella.

El estudio es de tipo transversal teniendo en cuenta que la información se recopiló en un espacio-tiempo determinado.

El análisis de los resultados se hace bajo un enfoque descriptivo ya que se relatan los resultados arrojados por el instrumento y el nivel de cada una de las variables en la población.

#### **3.2 Objetivos**

El objetivo general de esta investigación ha sido identificar el nivel de Burnout en los funcionarios de ASOPORMEN, en Bucaramanga, Santander. Por medio de la aplicación de un cuestionario que mide el nivel de intensidad de las variables del síndrome.

Los objetivos específicos del mismo, han sido en primera instancia, identificar y reconocer los modelos teóricos que lo explican, sus características y consecuencias, y los factores que se intervienen en la prevención del síndrome; en segunda instancia medir los niveles de Burnout en los funcionarios de ASOPORMEN y en tercera medida establecer estrategias de prevención.

### **3.3 Población.**

La investigación se desarrolló en el Instituto ASOPORMEN, Institución sin ánimo de lucro que presta servicios de Salud, protección y Educación para niños con discapacidad cognitiva, Sensorial y física. Por los tipos de servicio que brinda la institución se encuentran diversas profesiones del área de la salud, de la educación y del área ejecutiva.

La población objeto a la fecha de aplicación del instrumento (Abril del 2011) fue de 81 trabajadores entre empleados laborales y prestadores de servicios en el área de salud, educación, protección y cargos ejecutivos. La selección de la muestra se

realizó a partir de un muestreo no probabilístico por conveniencia teniendo en cuenta que algunos de los trabajadores no permanecen en la institución la mayor parte de su tiempo por lo tanto es difícil encontrarlos.

La muestra definitiva quedó constituida por 48 trabajadores de ASOPORMEN de ambos sexos y diversas profesiones que representan el 59,25 % de la población, los cuales accedieron a la aplicación del instrumento voluntariamente y de forma anónima.

Entre los participantes encontramos hombre (11%) y mujeres (59.26%) entre 23 y 52 años de edad, la mayoría de ellos con menos de un años de experiencia dentro de la institución. Participo personal de las áreas de servicio de salud y educación como el Programa A.B.A (61%), la IPS o consulta externa (19%), Pedagogía (6%) y Equipo de Apoyo (4%), junto con las otras dependencias, personal administrativo (6%), Servicios generales (4%).

Dentro de estas áreas se encuentran 13 profesiones diferentes, Psicología (16.7%), fonoaudiología (20.8%), fisioterapia (18.8%), Terapeuta ocupacional (8.3%), docentes

(12.5%), auxiliares (4.2%), psicopedagogía (21%), educación especial (2.1%), entre otras.

### **3.4 Instrumento de Medición.**

Se aplicó un cuestionario demográfico (creación propia) que recoge datos sociodemográficos y laborales como el género, edad, Título académico, área dentro del instituto, antigüedad en la institución y número de pacientes que se atienden diariamente y el Inventario de medición del Burnout de Maslach adaptación española de Seisdedos (1997).

#### **3.4.1 Descripción del instrumento.**

Maslach y Jacson (1981) creadores del instrumento, demoraron en su elaboración 8 años, éste fue aplicado a 605 profesionales de servicios sociales y sanitarios, en un comienzo estaba constituido por 47 ítems y posteriormente a reestructuraciones se redujo a 22. La nueva versión fue aplicada a 420 profesionales y los resultados justificaron la unión de las dos muestras. Actualmente el instrumento es auto-administrado y consta de 22 ítems en escala tipo Lickert y está diseñado para valorar los tres aspectos fundamentales del síndrome: "el cansancio

emocional, la despersonalización y la realización personal en el trabajo" en tres niveles de intensidad "bajo, medio y alto" y se dice que hay Burnout cuando el individuo presenta niveles altos en las dimensiones Cansancio emocional y despersonalización y bajas en realización personal (Rubio, 2003).

Las dimensiones están repartidas así, a) cansancio emocional, la cual consta de 9 ítems y valora la experiencia de estar agotado en el ámbito emocional por las demandas del trabajo, b) Despersonalización, la cual está conformada por 5 ítems y evalúa el grado en que pueden reconocerse en unos mismo actitudes de frialdad y de distanciamiento relacional y c) la realización personal, la cual se compone de 8 ítems que evalúan los sentimientos de autoeficacia y de realización personal en el trabajo (Rubio, 2003. p.116).

El mismo autor propone que la aplicación conviene hacerla grupal para realizar comparaciones dentro del ámbito profesional y así lograr prescribir que variables facilitan la aparición del síndrome en esa profesión.

En la actual investigación se utilizó la adaptación española de la prueba "M.B.I." realizada por Nicolás Seisdedos (1997) quien encontró en los resultados de sus estudios que la fiabilidad y validez del instrumento justifican su uso, a

continuación se encuentran los baremos realizados por Seisdedos en la validación del instrumento. (Ver Tabla 5)

Tabla 3.

**Muestra de baremación del Manual MBI (Seisdedos, 19979)**

| Pc    | Puntuaciones directas |        |       | S  |
|-------|-----------------------|--------|-------|----|
|       | CE                    | DP     | RP    |    |
| 99    | 45-54                 | 24-30  | -     | 97 |
| 98    | 44                    | 22-23  | -     | 91 |
| 97    | 42-43                 | 20-21  | 48    | 87 |
| 96    | 41                    | 19     | -     | 85 |
| 95    | 38-40                 | 18     | 47    | 83 |
| 90    | 34-37                 | 15-17  | 46    | 76 |
| 85    | 32-33                 | 14     | 44-45 | 71 |
| 80    | 29-31                 | dic-13 | 43    | 67 |
| 75    | 28                    | 11     | 42    | 63 |
| 70    | 26-27                 | 10     | 41    | 60 |
| 65    | 24-25                 | 9      | 40    | 58 |
| 60    | 22-23                 | 8      | 39    | 55 |
| 55    | 21                    | 7      | 38    | 52 |
| 50    | 19-20                 | -      | 37    | 50 |
| 45    | 18                    | 6      | 35-36 | 48 |
| 40    | 16-17                 | 5      | 34    | 45 |
| 35    | 14-15                 | -      | 33    | 42 |
| 30    | 13                    | 4      | 32    | 40 |
| 35    | 11-dic                | 3      | 30-31 | 37 |
| 20    | 10                    | 2      | 29    | 33 |
| 15    | 08-sep                | -      | 26-28 | 29 |
| 10    | 06-jul                | 1      | 24-25 | 24 |
| 5     | 04-may                | -      | 21-23 | 17 |
| 4     | 3                     | 0      | 20    | 15 |
| 3     | 2                     | -      | 19    | 12 |
| 2     | 0-1                   | -      | 16-18 | 9  |
| 1     | -                     | -      | 0-15  | 3  |
| N     | 1138                  | 1138   | 1138  |    |
| Media | 20,86                 | 7,62   | 35,71 |    |
| (s)   | 11,3                  | 5,81   | 8,08  |    |

**Nota General.** Pc: percentiles; S: Puntuaciones Típicas; CE: Cansancio Emocional; DP: Despersonalización; RP: Realización Personal; N: Muestra; (S): porcentaje. **Nota. Fuente:** Seisdedos, N. (1997) *Inventario Burnout de Maslach, Síndrome de Quemarse por Estrés Laboral Asistencial*. Madrid. TEA.

La valoración de los ítems se da entre 0 y 6, 0 = Nunca, 1 = Algunas veces al año o menos, 2 = Una vez al mes o menos, 3 = Algunas veces al mes o menos, 4 = Una vez a la semana, 5 = Algunas veces a la semana, 6 = todos los días. (Dávila y Romero, 2010, p, 91)

Los ítems del instrumento se dividen de la siguiente manera, a) la dimensión de despersonalización consta de cinco elementos (38, 43, 44, 48, 55) que expresan ausencia de sentimiento o respuesta impersonal para con el cliente, la puntuación máxima en esta dimensión es de 30 y se relaciona de manera directa con el nivel de Burnout, b) la dimensión de cansancio Emocional consta de nueve ítems (34, 35, 36, 39, 41, 46, 47, 49, 53) los cuales describen los sentimientos de una persona emocionalmente exhausta por el propio trabajo, la puntuación máxima es de 54 y se asocia de manera directa con el Burnout, y c) La dimensión de Realización Personal que contiene ocho elementos (37, 40, 42, 45, 50, 51, 52, 54) que describen los sentimientos de competencia y de éxito en el trabajo, la puntuación máxima es de 48 y se relaciona de manera inversa con el Burnout (Dávila y Romero, 2010, p. 91-92)

Para el análisis de los resultados ver la Tabla 3 y 4.

Tabla 4.

**Escala de Grados de padecimiento del Síndrome de *Burnout* por dimensión.**

| Dimensiones          | Bajo | Medio         | Alto |
|----------------------|------|---------------|------|
| Cansancio emocional  | <=18 | Entre 19 - 26 | >=27 |
| Despersonalización   | <=5  | Entre 6 – 9   | >=10 |
| Realización personal | >=40 | Entre 34 - 39 | <=33 |

**Nota. Fuente:** Dávila, J., y Romero, M. (2010). Relación entre el síndrome del Burnout y la percepción sobre el clima organizacional en médicos del área de emergencia. (P. 93), (Tesis de grado). Universidad Católica Andrés Bello. Recuperada de la base de datos de la biblioteca en <http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAR5044.pdf>

Tabla 5.

**Escala de Grados de Padecimiento del Síndrome de Burnout.**

| Alto | Medio | Bajo | Resultados                      |
|------|-------|------|---------------------------------|
| 3    | 0     | 0    | Nivel Alto de Burnout           |
| 2    | 1     | 0    | Moderado nivel alto de Burnout  |
| 2    | 0     | 1    | Leve nivel alto de Burnout      |
| 1    | 2     | 0    | Moderado nivel medio de Burnout |
| 0    | 3     | 0    | Nivel medio de Burnout          |
| 1    | 1     | 1    | Nivel medio de Burnout          |
| 0    | 2     | 1    | Leve nivel medio de Burnout     |
| 1    | 0     | 2    | Leve nivel medio de Burnout     |
| 0    | 1     | 2    | Moderado nivel bajo de Burnout  |
| 0    | 0     | 3    | Nivel bajo de Burnout           |

**Nota. Fuente:** Dávila, J., y Romero, M. (2010). Relación entre el síndrome del Burnout y la percepción sobre el clima organizacional en médicos del área de emergencia. (P. 94), (Tesis de grado). Universidad Católica Andrés Bello. Recuperada de la base de datos de la biblioteca en <http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAR5044.pdf>

### **3.5. Procedimiento.**

**Fase 1.** Recolección de información Teórica.

**Fase 2.** Petición de los permisos correspondientes a la Dirección Ejecutiva y a las coordinadoras de cada área.

**Fase 3.** Programación de los horarios de reunión para la aplicación de la prueba y convocatoria de los trabajadores.

Fase 4. Aplicación del instrumento de forma grupal a quienes voluntariamente quisieron participar.

Fase 5. Calificación en el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 20.0.0, y análisis descriptivo de las variables.

Fase 6. Elaboración de las estrategias de prevención.

## 4. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados arrojados por el instrumento aplicado. La primera parte describe las variables sociodemográficas y la segunda los niveles de Burnout según sus dimensiones.

### 4.1 Características Sociodemográficas Y Laborales.

#### 4.1.1 Muestra.

Tabla 6.

**Distribución de la muestra por áreas o servicios.**

| ÁREA           | Población | Muestra | Porcentaje muestra |
|----------------|-----------|---------|--------------------|
| ABA            | 38        | 29      | 61%                |
| IPS            | 14        | 9       | 19%                |
| PEDAGOGIA      | 10        | 3       | 6%                 |
| ADMINISTRATIVO | 7         | 3       | 6%                 |
| APOYO          | 8         | 2       | 4%                 |
| S. GENERALES   | 4         | 2       | 4%                 |
| TOTAL          | 81        | 48      | 100%               |

Población: 81 Trabajadores; Muestra total: 48 trabajadores; estos trabajadores están distribuidos en la institución de la siguiente manera, Programa A.B.A, 29 de 38, 61% de la muestra;

IPS o consulta externa: 9 de 14, 19 % de la muestra; Pedagogía: 9 de 14, 6% de la muestra; personal administrativo: 3 de 7, 6 % de la muestra; Equipo de Apoyo: 2 de 8, 4% de la muestra; Servicios generales: 2 de 4, 4% de la muestra.

#### 4.1.2 Género.

Tabla 7.

#### Distribución de Género

| Genero    |    |
|-----------|----|
| Masculino | 5  |
| Femenino  | 42 |

El 89% de los participantes son mujeres (42) y solamente un 11 % son hombres (5).

4.1.3 Edades

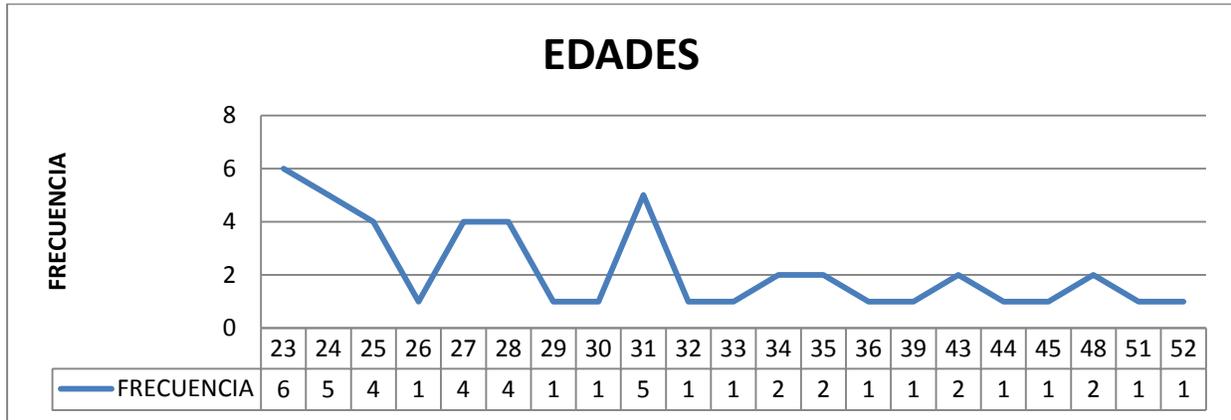


Grafico 1. Distribución de edades

El rango de edades está entre 23 y 52 años, se dividió la muestra en 3 grupos de acuerdo a las edades, en el primero está el 62,5% de la Muestra con edades entre 23 a 31; en el segundo esta el 18,75% de la muestra con edades entre 32 a 42 años, y en el tercer grupo hay 18,75% con edades entre 43 a 52 años. La Moda se encuentra en 23 con un 12,5 %.

**4.1.4 Profesiones.**Tabla 8. **Distribución de las profesiones.**

| PROFESION           | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------------|------------|------------|
| Fisioterapia        | 9          | 18.8       |
| Docencia            | 6          | 12.5       |
| Psicología          | 8          | 16.7       |
| Terapia ocupacional | 4          | 8.3        |
| Fonoaudiología      | 10         | 20.8       |
| Trabajo social      | 2          | 4.2        |
| Secretariado        | 1          | 2.1        |
| Educador especial   | 1          | 2.1        |
| Servicios generales | 2          | 4.2        |
| Auxiliar Docente    | 2          | 4.2        |
| Dirección           | 1          | 2.1        |
| Psicopedagogía      | 1          | 2.1        |
| Contabilidad        | 1          | 2.1        |

Existen 13 profesiones diferentes en la muestra, Psicología 16.7%, fonoaudiología 20.8%, fisioterapia 18.8%, Terapeuta ocupacional 8.3%, docentes 12.5%, auxiliares 4.2%, psicopedagogía 2.1%, educación especial 2.1%, trabajo social 4.2%, secretariado 2.1%, servicios generales 4.2%, Dirección 2.1% y auxiliar contable 2.1%

Tabla 9.

**Grupos de profesionales por servicio.**

|                           | Profesión           | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------|---------------------|------------|------------|
| MODA                      | Fonoaudiología      | 10         | 20.8       |
| TRABAJADORES EN LA SALUD  | Fonoaudiología      | 31         | 64.6       |
|                           | Fisioterapia        |            |            |
|                           | Terapia ocupacional |            |            |
|                           | Psicología          |            |            |
| TRABAJADORES EN EDUCACION | Docencia            | 12         | 25         |
|                           | Educación especial  |            |            |
|                           | Trabajo social      |            |            |
|                           | Psicopedagogía      |            |            |
|                           | Auxiliar docente    |            |            |
| TRABAJADORES OTRAS ÁREAS  | Dirección           | 5          | 10.41      |
|                           | Secretariado        |            |            |
|                           | Contabilidad        |            |            |
|                           | Servicios generales |            |            |

Las profesiones se dividieron en 3 grupos, el grupo de la salud (Psicología, fonoaudiología, fisioterapia y Terapeuta ocupacional) con un 64.6% de representación; el grupo de Pedagogía (Docentes, auxiliares docentes, psicopedagogía, educación especial y trabajo social) con un 25,1% de representación; y un último grupo con las profesiones que están

dentro de los dos grupos básicos (secretariado, servicios generales, Dirección y contabilidad) con un el 10,5% de participantes.

#### 4.1.5 Antigüedad.

Tabla 10.

#### Distribución según Antigüedad.

| Antigüedad        | frecuencia | Porcentaje |
|-------------------|------------|------------|
| Inferior a 1 años | 23         | 47.9 %     |
| De 1 a 3 años     | 8          | 16,60%     |
| Superior a 3 años | 14         | 29,20%     |
| No contestaron    | 3          | 6.3 %      |

La antigüedad fue dividida en 3 grupos, a) Nuevos (antigüedad inferior a un año) con 23 trabajadores que hacen un 47.9 % de la muestra, b) antigüedad Media (de 1 a 3 años) con 8 trabajadores que conforman el 16,60% de la muestra y c) Antiguos (de 3 años en adelante) con 14 trabajadores que conforman el 29,20 % de la muestra.

**4.1.6. Estimado De Pacientes Diarios.**

Tabla 11.

**Cantidad de Personas o pacientes que se atienden diariamente.**

| Grupos                        | frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------------|------------|------------|
| Grupo 1.De 1 a 10 P           | 22         | 45,9       |
| Grupo 2.De 10 a 20 P          | 7          | 14,6       |
| Grupo 3. Más de 20 P          | 3          | 6,2        |
| Grupo 4. No Sabe no responden | 16         | 33,3       |

El porcentaje de pacientes que se atiende diariamente en promedio es en un 45,9% de 1 a 10 personas, en un 14,6% de 10 a 20 personas, y en un 6,2 % a más de 30 personas. El 33,3% no saben o ni responden.

#### 4.2. Burnout.

A continuación se muestran los valores más representativos de la muestra, los promedios obtenidos en cada una de las tres dimensiones y la comparación con los baremos del manual de MBI de TEA (Seisdedos 1997) y la escala de Padecimiento del Síndrome de Dávila y Romero (2010) las puntuaciones directas en percentiles PC y puntuaciones típicas S.

Tabla 12.

#### Resultados por Dimensiones.

|                       | Media | Mínimo | Máximo | Moda | Desv.Típica | PC | S  | Resultado | Porcentaje |
|-----------------------|-------|--------|--------|------|-------------|----|----|-----------|------------|
| C.E                   | 16.56 | 8      | 26     | 15   | 5.664       | 90 | 76 | Bajo      | 14.6%      |
| D                     | 5.96  | 4      | 10     | 5    | 1.597       | 5  | 17 | Bajo      | 56.3%      |
| R.P                   | 44.77 | 33     | 48     | 48   | 3.550       | 85 | 71 | Bajo      | 29.2%      |
| Nivel Bajo de Burnout |       |        |        |      |             |    |    |           | 100%       |

**Nota General.** C.E: Cansancio Emocional, D: Despersonalización R.P: Realización Personal; Dasv.Típica: desviación típica; PC: Percentiles; S: Puntuaciones típicas; PC y S, salen de la tabla 5; Resultados de la tabla 6.

En la dimensión (CE) de cansancio emocional, el rango de puntuación oscila entre 8 y 26, con una puntuación media de 16.56

y desviación típica de 5.664. Lo que significa que el nivel de Burnout en esta dimensión es bajo.

En la dimensión (D) Despersonalización, el rango de puntuación oscila entre 4 y 10, con una puntuación media de 5.96 y desviación típica de 1.597, lo que significa que el nivel de Burnout en esta dimensión es bajo.

En la dimensión (RP) Realización personal, el rango de puntuación oscila entre 33 y 48, con una puntuación media de 44.77 y desviación típica de 3.550, Lo que indica que el nivel de Burnout es Bajo por que las puntuaciones son altas.

Tabla 13.

**Percentiles del estudio por dimensión.**

| Percentiles | C.E   | DES  | R.P   |
|-------------|-------|------|-------|
| 10          | 10.80 | 5.00 | 38.90 |
| 20          | 11.80 | 5.00 | 42.00 |
| 25          | 12.25 | 5.00 | 43.00 |
| 30          | 13.00 | 5.00 | 44.00 |
| 40          | 15.00 | 5.00 | 45.00 |
| 50          | 15.00 | 5.00 | 45.50 |
| 60          | 17.00 | 5.40 | 47.00 |
| 70          | 19.00 | 6.00 | 47.30 |
| 75          | 19.00 | 6.75 | 48.00 |
| 80          | 20.40 | 7.20 | 48.00 |
| 90          | 25.00 | 9.00 | 48.00 |

**Nota General.** C.E: Cansancio Emocional, D: Despersonalización R.P: Realización Personal;

La distribución de los centiles en Cansancio emocional esta entre 10.80 y 25.00, en Despersonalización están entre 5.00 y 9.00 y en Realización personal la distribución esta entre 38.90 y 48.00 respectivamente.

Tabla 14.

**Resultados de la dimensión cansancio emocional**

| Ítems | Respuestas Representativas | Porcentaje | Media | Desv. | Minimo | Maximo |
|-------|----------------------------|------------|-------|-------|--------|--------|
| 1     | Alguna vez al mes          | 55.8 %     | 2.58  | 1.350 | 0      | 5      |
| 2     | nunca                      | 87.5 %     | 1.25  | 0.934 | 0      | 6      |
| 3     | Nunca                      | 35.4 %     | 2.15  | 1.130 | 1      | 5      |
|       | Algunas veces al año       | 31.3 %     |       |       |        |        |
|       | Algunas veces al mes       | 20,80%     |       |       |        |        |
| 6     | Nunca                      | 58.3 %     | 1.83  | 1.374 | 1      | 6      |
|       | Algunas veces al año       | 25%        |       |       |        |        |
| 8     | Nunca                      | 37.5 %     | 2.21  | 1.414 | 1      | 6      |
|       | Algunas veces al año       | 35.4 %     |       |       |        |        |
| 13    | Nunca                      | 60.4 %     | 1,65  | 1.139 | 0      | 5      |
| 14    | nunca                      | 56.3 %     | 1.94  | 1.508 | 0      | 6      |
| 16    | Nunca                      | 68.8 %     | 1.42  | 0.919 | 0      | 5      |
| 20    | Nunca                      | 54,20%     | 1.54  | 1.304 | 0      | 6      |
|       | Algunas veces al año       | 22.9 %     |       |       |        |        |

La dimensión de cansancio emocional arroja resultados satisfactorios, en los 9 ítems que evalúa la dimensión hay un alto porcentaje en cada ítem que responde a Nunca o a algunas veces al año o alguna vez en el mes, lo que significa que aunque se están presentando estresores, éstos no se convierten en crónicos.

Aunque los resultados generales de esta escala son positivos, es conveniente analizar los pocos que se salen de la media, que a pesar de no presentar niveles altos del síndrome, se

éstán sintiendo amenazados por factores estresante más a menudo que el resto de la muestra.

Tabla 15.

**Resultados de la dimensión Despersonalización**

| Ítems | Respuestas Representativas | Porcentaje | Media | Desv. | Mínimo | Maxaximo |
|-------|----------------------------|------------|-------|-------|--------|----------|
| 5     | Nunca                      | 91.7 %     | 1.00  | 0.292 | 0      | 2        |
| 10    | Nunca                      | 77.1 %     | 1.29  | 0.617 | 1      | 4        |
| 11    | Nunca                      | 83.3 %     | 1.33  | 1.059 | 0      | 6        |
| 15    | Nunca                      | 95.8 %     | 1.06  | 0.320 | 1      | 3        |
| 22    | Nunca                      | 89.6 %     | 1.27  | 0,962 | 1      | 6        |

Los resultados en la dimensión de Despersonalización son los más satisfactorios, debido a que los porcentajes de respuesta general están por encima del 77% en Nunca y el porcentaje restante en alguna vez al año, esto quiere decir que la mayoría de los participantes creen que nunca tratan a las personas como si fuesen objetos impersonales, o sienten que se hayan vuelto insensibles con la gente o se estén endureciendo emocionalmente, sienten que les preocupa realmente lo que le ocurre a la persona

a la que le brindan el servicio, y nunca sienten que las personas los culpen por sus problemas.

Tabla 16.

**Resultados de la dimensión Realización personal.**

| Ítems | Respuestas Representativas | Porcentaje | Media | Desv. | Minimo | Maximo |
|-------|----------------------------|------------|-------|-------|--------|--------|
| 4     | Todos los días             | 91.7 %     | 5.81  | 0.734 | 2      | 6      |
| 7     | Todos los días             | 75%        | 5.44  | 1.351 | 0      | 6      |
| 9     | Todos los días             | 87.5 %     | 5.79  | 0.771 | 1      | 6      |
| 12    | Todos los días             | 75%        | 5.38  | 1.482 | 0      | 6      |
| 17    | Todos los días             | 87.5 %     | 5.71  | 0.944 | 1      | 6      |
| 18    | Todos los días             | 77.1 %     | 5.58  | 1.069 | 0      | 6      |
| 19    | Todos los días             | 85.4 %     | 5.69  | 0.854 | 3      | 6      |
| 21    | Todos los días             | 77.1 %     | 5.38  | 1.315 | 2      | 6      |

En la escala de realizacion personal se encontró que más del 75% de los participantes respondieron a "todos los días" y los promedios restantes a algunas veces a la semana o al mes. Lo que quiere decir que una gran mayoría de ellos se sienten bien prestando su servicio, tratando con personas y creen que están desarrollando su trabajo de forma eficaz.

Sin embargo al igual que en cansancio emocional se encontró un muy escaso porcentaje de funcionarios que han sentido alguna vez en el último año escasa realizacion personal con su labor.

## 5. **Discusión**

En este capítulo se ofrece un paralelo entre los resultados descritos en el anterior capítulo y la teoría recopilada que sustenta el estudio.

Hay que iniciar diciendo que el objetivo General del presente estudio ha sido la identificación de los niveles de Burnout en los funcionarios de ASOPORMEN, objetivo que se cumplió a cabalidad con la aplicación del instrumento de medición del Burnout de Maslach (MBI) adaptación española de seisdedos (1997).

Para iniciar el paralelo, se analizan los resultados de cada una de las dimensiones y las variables sociodemograficas a la luz de la teoría.

Tales resultados muestran que los niveles del síndrome de burnout son Bajos, por lo tanto "El agotamiento emocional, la despersonalización y la realización personal" (Rubio, 2003, p 30) están dentro de los parámetros favorables para la salud de los trabajadores.

Con estos resultados la nueva pregunta ahora se ¿Cuáles son los factores por los cuales la población de asopormen no está

teniendo síntomas de Burnout cuando todo indica que es una población muy propicia a sufrir del síndrome?

Una posible explicación podría ser que las condiciones sociodemográficas estén afectando; sobre esto Ramos, (2002) especifica que los trabajadores de servicios humanos después de meses o años de dedicación terminaban quemándose; por el contrario Bernal y Ramírez (2011) expresan que el género y la edad, es una de las variables que influye en la tolerancia a la presión y el estrés, según ellos entre más años de servicio es más fácil para la persona soportar niveles altos de presión, además señalan que las mujeres presentan mayor agotamiento emocional que los hombres y menor despersonalización; Quinceno y Vinaccia (2007) también señalan que el síndrome se desarrolla en los dos primeros años o a partir del décimo año de ejercicio profesional.

Con respecto a estas investigaciones, que predisponen según el género, edad y tiempo de dedicación al trabajo, se podría creer es ésta es una población vulnerable al síndrome por que en su mayoría son mujeres jóvenes (62% de la muestra tienen entre 23 y 31 años), con menos de un año de experiencia en la institución (47,5% de los funcionarios llevan menos de un año en la

institución), pero por el contrario el estudio muestra que no sufren de Burnout a pesar de cumplir con las variables.

Otra explicación podría ser que las condiciones laborales y organizacionales que brinda la institución son las adecuadas; sobre esto Martínez (2010. P.15) expone algunos modelos teóricos como el de Harrison quien hace referencia a la importancia de que las organizaciones presenten a sus trabajadores factores laborales y motivacionales que facilitan la actividad para que así haya mayor eficacia laboral. Con respecto a esto se observó y comprobó que Asopormen es una institución que le brinda recursos organizacionales a sus empleados tratando de propiciar un entorno de trabajo adecuado y de facilitarles el actuar en su trabajo; por lo tanto esta podría ser la posible explicación de que una población tan expuesta no haya sido afectada.

Analizando esta situación se encontró que algunas de las estrategias que utiliza la dirección en búsqueda de que su personal se encuentre bien son: a) realizar pagos oportunos, b) brindar atención psicológica para los trabajadores, c) desarrollar actividades sociales y recreacionales, d) implementar reuniones interdisciplinarias de análisis de casos y e) capacitar a sus trabajadores en las decisiones de la empresa, entre otras.

De este aspecto Martínez (2010) escribe acerca de la teoría de Winnubst, quien dice que "toda organización debe tener un sistema de apoyo social basado en criterios éticos, valores sociales y propios de la cultura organizacional que optimicen las relaciones, el clima y prevengan la tensión y el estrés que genere el síndrome de Burnout" (p. 16).

Una última explicación puede ser que los trabajadores tengan sus competencias y recursos para enfrentarse positivamente a los agentes estresantes del clima. Se encontraría entonces con una población que no ha encontrado barreras que le impidan alcanzar sus objetivos y ésto favorece que tengan sentimientos de eficacia y la motivación para ayudar a los otros (Martínez, 2010. P.16, citando a Harrison, 1983), la población del estudio por tanto puede estar siendo altamente motivada para ayudar a los demás, pueden tener un elevado altruismo y mantener sentimientos de autoeficacia que les ayude a que "perciban las situaciones amenazantes como menos estresantes y que pueden afrontarlas de manera positiva". (Martínez, 2010 p, 15, Citando a Cherniss, 1993).

A pesar de que los resultados son positivos, no se debe dejar de lado el pequeño porcentaje que en cada escala dicen sentir de vez en cuando agotamiento emocional, despersonalización

y reducida realización personal, (Maslach, 1976) para iniciar un proceso de intervención ya que al parecer estas personas no han alcanzado sus objetivos personales y laborales y han aumentado los sentimientos de fracaso y baja autoeficacia (Martínez 2010, p, 15, citando a Cherniss 1993); "Cuando esto sucede los trabajadores tienden a resolver las dificultades retirándose mental o conductualmente de la situación problemática, esta tendencia genera conductas de despersonalización, sentimientos de desamparo profesional y agotamiento emocional" (Martínez, 2010) y es aquí cuando se puede dar lugar al desarrollo del síndrome de Burnout.

Ya analizados los resultados del estudio a la luz de la teoría es momento de hablar de prevención, para esto se integran los modelos teóricos descritos por Martínez (2010), modelos teóricos que explican diversas variables que hay que tener en cuenta para la prevención del síndrome, estas variables son:

1. Las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del trabajador.
2. El nivel de autoconciencia, autoconfianza del trabajador y sus expectativas de éxito.
3. La falta de claridad sobre lo que siente y piensa el trabajador de cómo se debe actuar.

4. El equilibrio percibido entre lo que los trabajadores dan y lo que reciben sus pacientes.
5. La falta de control de los resultados de sus acciones laborales en relación a los pacientes.
6. La evitación del apoyo social en situaciones de estrés por miedo a ser criticados o tachados de incompetentes.
7. Las estrategias de afrontamiento de carácter motivacional y personal que les ayudan a los trabajadores mantener un desempeño eficaz.

Para intervenir estas variables se deben utilizar técnicas orientadas al individuo, al grupo social y a la organización. (Da silva ,2001).

El objetivo final es estipular algunas estrategias que a nivel personal desarrollen competencias y mejoren los recursos de protección para que los profesionales puedan afrontar adecuadamente los estresores propios de cada rol, A nivel social satisfacer las necesidades del individuo de pertenecer y ser aceptado por un grupo social, mejorar las relaciones interpersonales en el trabajo y aumentar la calidad de vida del trabajador y a nivel organizacional controlar el estrés laboral evitando que por este síndrome se comprometan la eficacia de los trabajadores y de la organización (Da Silva, 2001)

## **6. CONCLUSIONES**

Del presente estudio se puede concluir que:

No se encuentra síndrome de Burnout en los trabajadores de ASOPORMEN.

A pesar de haber gran similitud con las variables sociodemográfica de las poblaciones expuestas en otros estudios, se encontraron grandes diferencias en el personal evaluado.

El Burnout se está convirtiendo en un predictor de fracaso laboral y baja productividad, afectando la salud física y mental de los trabajadores.

Los trabajadores y las empresas desconocen las implicaciones del síndrome de Burnout y sus consecuencias.

Aunque la mayoría de las personas deben enfrentarse diariamente a factores estresantes es difícil para ellos reconocerlos y por ende prevenirlos.

Los mecanismos de prevención deben intervenir variables personales, sociales y organizacionales para que tengan efectos eficaces.

## **7. RECOMENDACIONES**

Implementar estrategias de prevención del estrés en universidades y organizaciones.

Plantear en los pensum Universitarios programas que desarrollen habilidades en los futuros profesionales que les ayuden a generar estrategias de afrontamiento cuando se enfrenten a la vida laboral.

Capacitar al personal de las organizaciones en cuanto a los riesgos laborales que corren en su labor profesional, generando campañas de prevención e intervención de dichos riesgos psicosociales.

Las organizaciones deben establecer metas y normativas claras, igualitarias, éticas y realistas para dar cumplimiento a los objetivos personales y por ende a los organizacionales.

Las organizaciones deben preocuparse en primera instancia por la salud mental, física y emocional de los trabajadores creando departamentos que de la mano de profesionales en psicología se encarguen de gestionar el talento humano, el ambiente organizacional.

Catalogar el Burnout como una enfermedad profesional debido a que el Burnout se está convirtiendo en un problema de salud pública que el estado debe empezar a cobijarlo en el sistema de salud.

General más investigaciones a nivel Local.

## 8. REFERENCIAS

- Abu-hilal, M. (1995). Dimensionality of burnout: testing for invariance across Jordanian and emirati teachers. *PsishologicalReports*, 77, 1367-1375.
- Álvarez, E. & Fernández, L. (1991). El syndrome Burnout o el Desgaste emocional (II): Estudio empírico de los Profesionales gallegos del área de la salud mental, revisión De estudios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11, (39) 261-267.
- Aranda, B. C. (2006). Diferencias por sexo, síndrome de Burnout y Manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de las Instituciones de salud. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 15, (29) 1-7.
- Avarque, N.M. & Borda, M.M. (2010). Estrés laboral y síndrome de Burnout en la Universidad: análisis descriptivo de la Situación actual y revisión de las principales líneas de Investigación. *Anuario de Psicología Clínica y de la salud*, 6,73-78.

- Balogun, J., & Helgemoes, S., Pellegrini, E &Hoeberlein, T. (1995). Test - retestreliability of a psychometric instrument designed to measure physicak therapy studens´burnout. *Perceptual and Motor Skills*, 81, 667 - 672.
- Bernal, G.F. & Ramírez, P.N. (2011). *Impacto del Burnout en el Bienestar y Clima de las Organizaciones: Una perspectiva de mutuo beneficio entre las personas y la organización*. España: Editorial académica española.
- Burke, R.&Richadsen, A. (1991). Psychological burnout in Organizaciones. Manuscrito presentado para su publicación. En Garcés, E. (1994). *Burnout: Un acercamiento teorico-empirico al constructo en contextos deportivos*. España: Universidad de Murcia.
- Buunk, R.J. &Schaufeli, W.B. (1993). *Burnout: A perspective from Social comparison theory*. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T.Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. (pp. 53-69). UK: Taylor & Francis.

Cáceres Bermejo, Gloria Gema (2009) Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal sanitario militar. Tesis Doctoral.  
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=17550>

Cherniss, C. (1993). The roles of professional self-efficacy in The etiology of burnout. En Schaufeli, W., Morety, T. y Maslach, C (Eds). *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 135 - 149) Washinton DC: Hemisphere.

Da silva, R. F. (2001). *El síndrome de BurnOut*. Consultado el día 15 de Mayo del 2012 en  
<http://www.castalva.org.uy/docs/libros/drogasyetica/freddyda silva.pdf>.

Dávila, J., y Romero, M. (2010). Relación entre el síndrome del Burnout y la percepción sobre el clima organizacional en médicos del área de emergencia. (Tesis de grado). Universidad Católica Andrés Bello. Recuperada de la base de datos de la biblioteca en  
<http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAR5044.pdf>

Edelwich, J. & Brodsky, A. (1980). *Burnout: stages of disillusionment in the helping professions*. Nueva York: Human Sciences Press.

Fernández Cantí, G. (1992). *Satisfacción laboral y malestar Psíquico entre trabajadores de un hospital general*. Zaragoza. Ed. Privada.

Fidalgo, M. (2006) *Síndrome de estar quemado por el trabajo*. Consultado el día 12 de Marzo del 2012 en [http://www.mta.es//insht/ntp/ntp\\_704.htm](http://www.mta.es//insht/ntp/ntp_704.htm)

Garcés, E., López, C. & García - Montalvo, C. (1997). *El síndrome De "Burnout" y su evaluación: Una revisión de los Principales instrumentos de medida*. Poster presentado en el I congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología. Madrid.

García Izquierdo, (1991). Burnout en profesionales de enfermería De centros hospitalarios. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 7, (8) 3 - 12.

Gil-Monte, P, & Peiró, J (1999). Perspectivas Teóricas y modelos Interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*. Murcia: España. Vol. 15 (002) 261-268

Gil-Monte, P., Peiró, J & Valcárcel, P (1996). Influencia de las Variables de carácter sociodemográfico sobre el síndrome de Burnout: Un estudio en una muestra de profesionales de enfermería. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 6, (2) 43-63.

Golembiewski, R.T.; Munzenrider, R. & Carter, D. (1983). Phases of progressive Burnout and their work site covariants: Critical issues in od research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science*, 19, 461-481.

Harrison W.D. (1983). A social competence model burnout. En B.A. Farber (Ed.), *Stress and burnout in the human services professions*. (pp. 29 -39) New York: Pergamon Press.

Hernández, L., Romero, M., González-Rivera, J.L, &Rodríguez-  
Abuín, M.J. (1997). Dimensiones de estrés laboral:  
Relaciones con psicopatología, reactividad al estrés y  
Algunas variables orgánicas. *Psiquis*, 18, (3) 115-120.

Hobfoll, S.E. &Freedy, J. (1993). Conservation of resources: A  
general stress theory applied to burnout. En W.B. Schaufeli,  
C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent  
developments in theory and research*. UK: Taylor & Francis.

Labrador, F.J. (1992) Técnicas de Relajación y Desensibilización  
Sistemática Madrid: Fundación Universidad Empresa

Lloret, S., González-Roma, V. &Peiró, J. (1995). El estrés de rol  
en enfermeras. Un modelo causal. *Revista de psicología  
general y aplicada*, 3, (48) 393 - 406.

Martín, M., Viñas, J. & Pérez, J. (1996). Valoración del Burnout  
en personas de enfermería, comunicación presentada en el I  
congreso de la sociedad Española para el estudio de la  
Ansiedad y el Estrés. Benidorm.

Martínez, P. A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución Conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*. n° 112. Septiembre. 2010.  
<http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm>

Maslach, C (1976) Burned-out. *Human Behavior*, 24, 16-22.

Maslach, C & Jackson, S (1981). *MBI: Maslach Burnout Inventory. Manual*. Palo Alto: University of California, Consulting Psychologists Press.

Maslach, C & Jackson, S. (1985). The role of sex and family Variables in burnout. *Sex Roles*, 12, (7-8) 837 -851.

Moreno-Jiménez, B. & Peñacoba, C. (1996). Estrés asistencial de Los servicios de salud. En M.A. Simón (Ed.), *Psicología de la salud*, Madrid. Siglo XXI. PP. 739-764.

Moriana E, J.A. & Herruzo, C. J. (2004). Estrés y Burnout en Profesores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, (3) 597-621. Recuperada de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/337/33740309.pdf>

Parraga, S. J & castaño, E. F (2005). Eficacia del programa I.R.I.S. para reducir el síndrome de Burnout y mejorar las disfunciones emocionales en profesionales sanitarios. Tesis doctoral, Universidad de Extremadura, encontrada en [http://www.unex.es/organizacion/servicios/servicio\\_publicaciones](http://www.unex.es/organizacion/servicios/servicio_publicaciones) el 4 Junio del 2012.

Pearlin, L.I (1989).The sociological Study of Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, (3) 241-256. Encontrado el 15 de Febrero del 2012 en <http://www.jstor.org/stable/2136956>

Peiró. J.M.y Salvador, A. (1993). Control del estrés laboral. Madrid. Eudema.

Quinceno, J.M. & Vinaccia, A. S. (2007). Burnout: "síndrome de Quemarse en el trabajo (SQT)". Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia. *Acta colombiana de Psicología*, 10, (2) 117-125. Consultado el día 15 de Febrero del 2012 en

<http://regweb.ucatolica.edu.co/publicaciones/psicologia/ACTA/v10n2/articulosrevista/art-11%20117-125.pdf>

Restrepo, N., Colorado, G. & Cabrera, G. (2006). Desgaste Emocional en docentes oficiales de Medellín, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 8, 63-73. Consultada el día 5 de febrero del 2012 en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=42280106>

Rosas, M. S. (2006). Síndrome de desgaste profesional (Burnout) En el personal de enfermería del hospital general de Pachuca. *Revista Científica Electrónica de Psicología ICS-UAEH*. Consultado el 5 de Febrero del 2012 en [http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/No\\_2-5.pdf](http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/No_2-5.pdf)

Rubio, J. C. (2003) Fuentes de estrés, Síndrome de Burnout y Actitudes disfuncionales en Organizadores de Instituto de Enseñanza Secundaria. Tesis doctoral, Edita: Universidad de Extremadura. España. Recuperada de la base de datos <http://www.unex.es/publicaciones>

Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. Vol. 3 (1) 141-157

Seisdedos, N. (1997) *Inventario Burnout de Maslach, Síndrome de Quemarse por Estrés Laboral Asistencial*. Madrid. TEA.

Thompson, M.S., Page, S.L. & Cooper, C.L. (1993). A test of Caver and Scheier's self-control model stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress Medicine*, 9, 221-235.

Vallerino, T. V. & Garcés, R. E. (2010). Burnout en Iberoamérica: Líneas de Investigación. *Cuadernillo de Psicología del Deporte*, 10, (1) 47 -55.

Winnubst, J.A. (1993). Organizational structure, social support, And Burnout. En Gil-Monte, p.

9. ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de medición del Burnout.

**Estimado funcionario de ASOPORMEN:**  
 Ud. Voluntariamente a decidido participar en un estudio, con finalidad netamente académica, el objetivo es medir el nivel de Burnout o estrés crónico que presentan los trabajadores de la institución y a partir de éstos resultados diseñar estrategias de prevención.

**Instrucciones:**

- Por favor responda con franqueza y sinceridad las siguientes preguntas teniendo en cuenta como se ha sentido en el último año; recuerde que no hay respuesta correcta o incorrecta.
- Marque con una X la opción de su preferencia según las indicaciones de la escala.
- Si tiene alguna duda puede preguntar.

| DATOS PERSONALES |        |            |         |   |  |     |         |     |
|------------------|--------|------------|---------|---|--|-----|---------|-----|
| SEXO             | M      |            | F       | EDAD  |  |     |         |     |
| ANTIGUEDAD       | <1 AÑO | 1 A 3 AÑOS | >3 AÑOS | ESTIMADO DE PACIENTES QUE ATIENDE DIARIAMENTE |  | <10 | 10 A 20 | >20 |
| PROFESION        |        |            |         | ÁREA O SERVICIO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN      |  |     |         |     |

| Afirmaciones   | nunca | algunas veces al | una vez al mes o | algunas veces al | una vez a la semana | algunas veces a | todos los días |
|--|-------|------------------|------------------|------------------|---------------------|-----------------|----------------|
| Me siento emocionalmente agotado   |       |                  |                  |                  |                     |                 |                |
| Me siento cansado al final de la jornada de trabajo  |       |                  |                  |                  |                     |                 |                |
| Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo |       |                  |                  |                  |                     |                 |                |
| Fácilmente comprendo cómo se sienten los pacientes.  |       |                  |                  |                  |                     |                 |                |
| Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales                             |       |                  |                  |                  |                     |                 |                |
| Trabajar todo el día con pacientes implica un gran   |       |                  |                  |                  |                     |                 |                |

|   |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| esfuerzo de mi parte  |  |  |  |  |  |  |  |
| Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes                              |  |  |  |  |  |  |  |
| Me siento "totalmente agotado" por mi trabajo                                     |  |  |  |  |  |  |  |
| Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas |  |  |  |  |  |  |  |
| Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión o tarea  |  |  |  |  |  |  |  |
| Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente              |  |  |  |  |  |  |  |
| Me siento muy activo  |  |  |  |  |  |  |  |
| Me siento frustrado con mi trabajo  |  |  |  |  |  |  |  |
| Creo que estoy trabajando demasiado   |  |  |  |  |  |  |  |
| No me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes                                   |  |  |  |  |  |  |  |
| Trabajar directamente con personas me produce estrés.                             |  |  |  |  |  |  |  |
| Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes.                  |  |  |  |  |  |  |  |
| Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes.                       |  |  |  |  |  |  |  |
| He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión                                 |  |  |  |  |  |  |  |
| Me siento acabado   |  |  |  |  |  |  |  |
| En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma                     |  |  |  |  |  |  |  |
| Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas.                  |  |  |  |  |  |  |  |

(Inventario de Burnout de Maslach adaptación española de Seisdedos, 1997).

**Gracias por su colaboración.**

Anexo 2. **Cuadernillo de prevención del Burnout.**



# BURNOUT

*El enemigo silencioso de la salud mental.*

## **ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN**

Yoleiby Patricia Núñez Forero  
Facultad de Psicología  
Universidad Pontificia Bolivariana  
Bucaramanga  
Julio del 2012

## *Introducción.*

**L**as consecuencias del síndrome de Burnout son abrumadoras para los profesionales no solamente en salud, sino en cualquier campo de acción, es necesario plantear un modelo de prevención y tratamiento del estrés laboral con varios componentes integrados de forma complementaria utilizando técnicas orientadas al individuo, al grupo social y a la organización laboral.

El objetivo de estas estrategias es ayudar a la persona a que mejore o adquiera los recursos de protección que son necesarios para afrontar adecuadamente los estresores propios del rol laboral. Para que estas estrategias sean eficaces es indispensable el liderazgo y protagonismo de las organizaciones en la prevención y en la intervención, debido a que el estrés laboral comprometer la eficacia de las organizaciones generando de ésta manera valor agregado al servicio.

En el primer capítulo de esta cartilla se realiza una recopilación de las técnicas utilizadas por profesionales en la prevención e intervención del Burnout y en el segundo y último capítulo el planteamiento de un programa de prevención dirigida a los trabajadores, las organizaciones y personal interesado en desarrollar programas para la prevención del síndrome.



# Capítulo I.

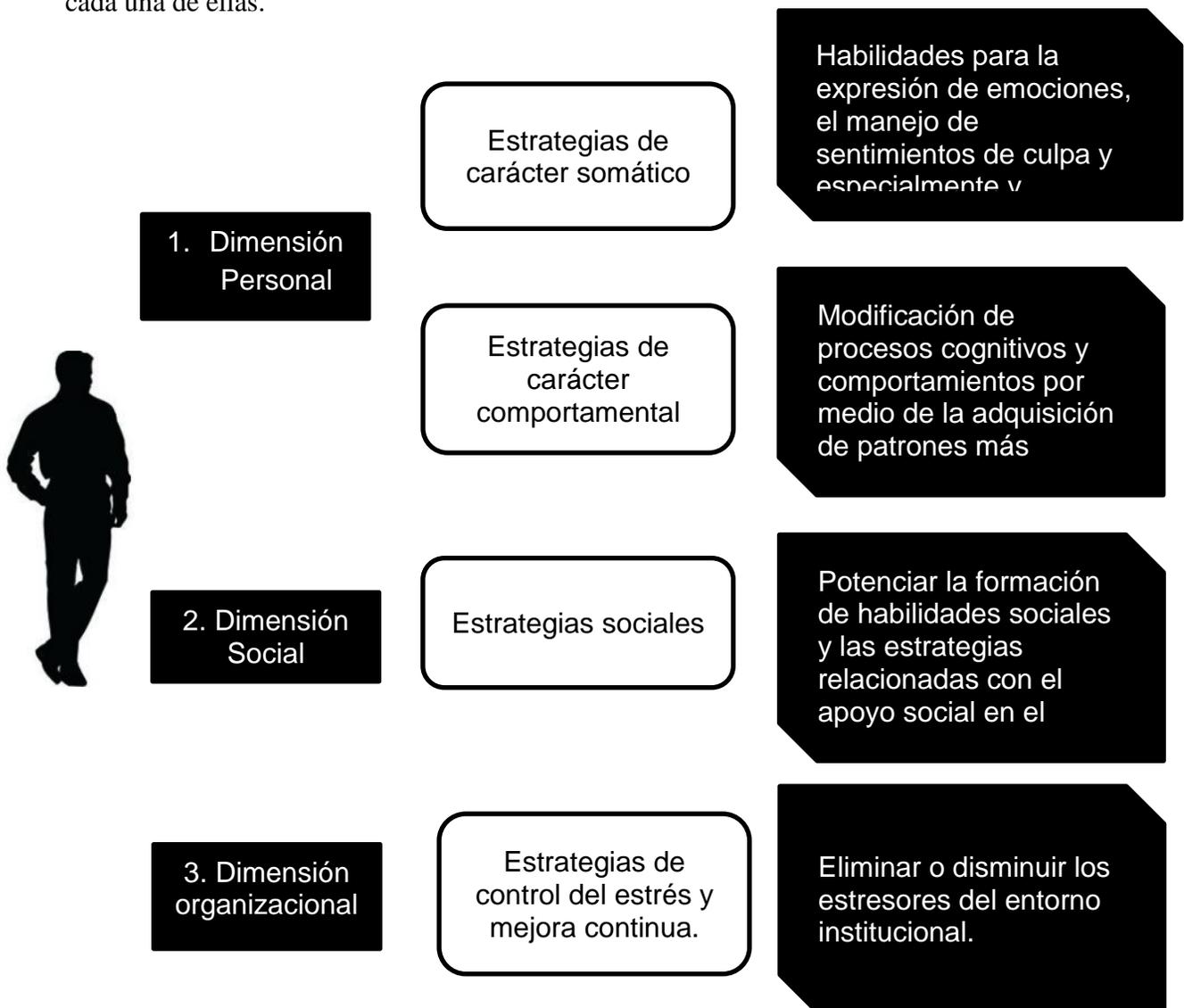


***Plan de prevención del estrés laboral o síndrome de Burnout.***

El plan de prevención abarca las tres dimensiones fundamentales del trabajador, la primera es la personal, la segunda la social y la tercera la organizacional.

A continuación encontrara la descripción de cada una de las dimensiones, los aspectos que se trabajan en cada una de ellas y las técnicas que se deben utilizar.

Para iniciar se establece un esquema global de las dimensiones y los aspectos que se trabajan en cada una de ellas.

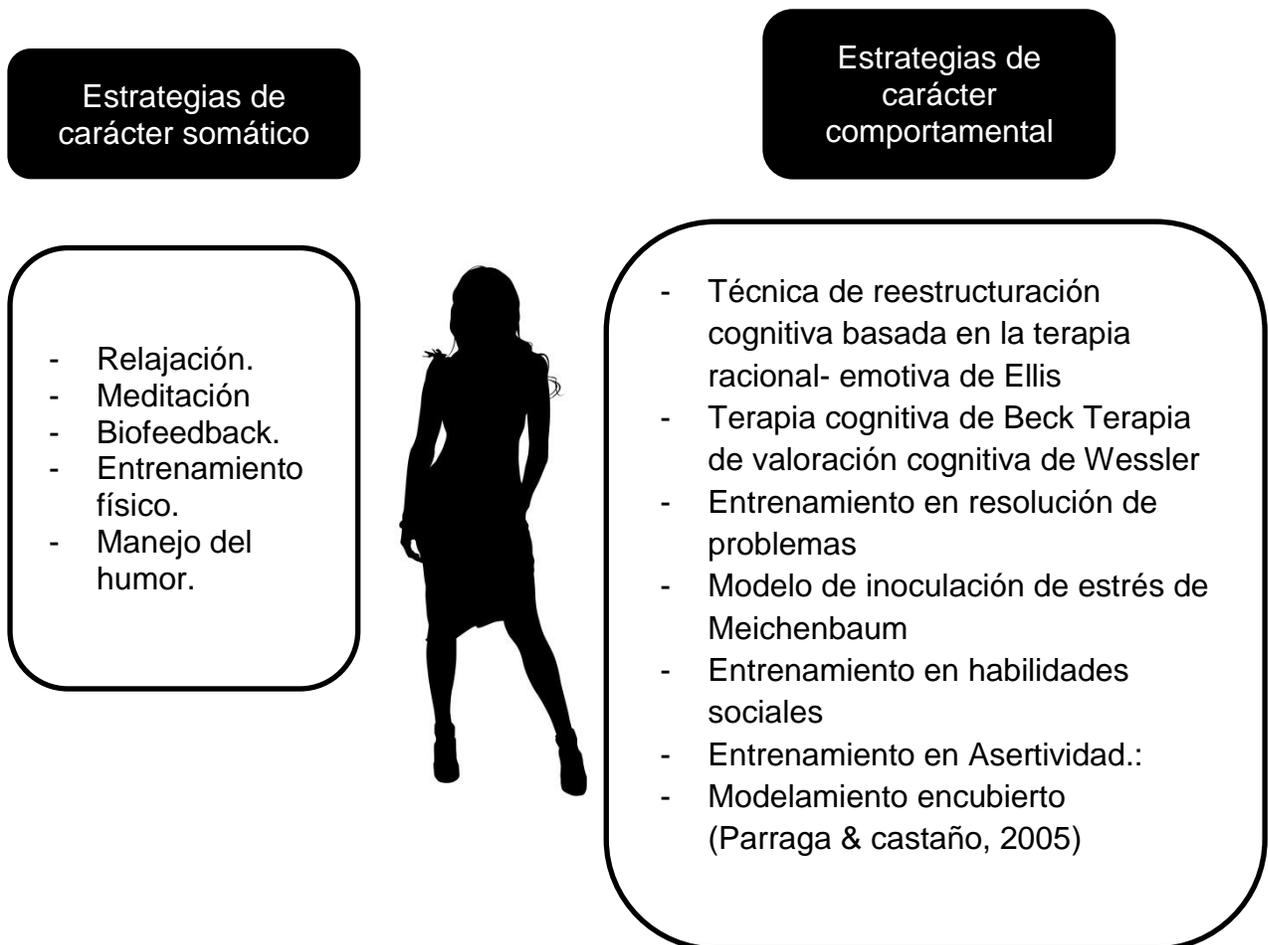


## 1. Dimensión personal.

Las herramientas que se desarrollan en la dimensión personal son mecanismos de prevención que deben ser desarrollados, practicados e implementados desde edades tempranas.

Los factores estresantes del entorno no afectan igual a todas las personas, por el hecho de que las características personales que cada uno ha desarrollado son diferentes dependiendo de los aprendizajes previos.

Aprender a controlar nuestro cuerpo, emociones, sentimientos y pensamientos ante el estrés nos hace más resistentes a los cambios bruscos del ambiente o a las situaciones difíciles; esto es indispensable para reaccionar adecuadamente ante alguna situación tensionante o amenazante.



### ***1.1.Estrategias de carácter Somático.***

El cuerpo es quien sufre las consecuencias del estrés crónico o Burnout; Da silva (2001) describió una gran variedad de síntomas psicósomáticos que afectan a la persona, tales como cefaleas, trastornos gastrointestinales desde alteraciones del apetito hasta úlceras, mialgias, dolores osteo-musculares (sobre todo a nivel de columna lumbar), dermatitis, disfunciones sexuales, trastornos del ritmo cardíaco, hipertensión arterial, alteraciones del sueño fundamentalmente insomnio de conciliación y pérdida o disminución notoria de la libido. También sostiene que en estos casos suele estar presente una depresión del sistema inmunitario por lo que gripes y resfríos reiterados son frecuentes. (P. 5)

Para la prevención de todos estos síntomas que genera el Burnout y según las estrategias individuales de carácter somático, hay tres componentes fundamentales que se deben controlar, el componente fisiológico para la reducción de la actividad somática, el componente subjetivo para el aumento de la tranquilidad y el sosiego y el componente conductual para desarrollar un estado de descanso motor.

A continuación se describen las técnicas más utilizadas.

#### ***a. Relajación.***

- **Técnicas de entrenamiento autógeno de Schultz:** Esta técnica ataca los componentes somáticos producidos por el estrés, e intenta disminuir los niveles de activación fisiológica, su objetivo es crear una conexión directa de interdependencia entre el cuerpo y la mente, ya que para estar relajado físicamente es necesario estar bien emocionalmente. La metodología se basa en aprender a reducir los niveles de tensión psicológica a través de la relajación física.

Esta técnica es útil para reducir la tensión muscular, hipertensión, alteraciones digestivas, fatiga, cansancio crónico, insomnio y otras alteraciones del sueño (Peiró y Salvador, 1993).

"Si se relajan los músculos que han acumulado tensión (de origen) emocional, la mente se relajará también gracias a la reducción de la actividad del sistema nervioso autónomo" (Peiró y Salvador, 1993).

**-La técnicas de relajación progresiva de Jacobson:** Así como el estrés es un estado de tensión del organismo, la relajación es el estado contrario donde hay ausencia de tensión y sus efectos son beneficiosos para la salud a nivel fisiológico, conductual y subjetivo.

Esta técnica consiste en entrenar a la persona para que realice ejercicios físicos de contracción-relajación que le permitan tener conocimiento del estado de tensión de cada parte de su cuerpo y tener recursos para relajar dichas zonas cuando estén en tensión. Esta técnica es útil en situaciones de ansiedad, depresión, impotencia, baja autoestima, fobias, miedos, tensión muscular, hipertensión, cefaleas, alteraciones digestivas, insomnio, tics, temblores, etc. (Peiró y Salvador, 1993).

#### ***b. Meditación***

**-Técnicas de control de respiración:** Estas técnicas se basa en el control de la respiración, útil en situaciones de estrés, tensión o presión, el objetivo es controlar la respiración de forma automática, permitiéndole una adecuada oxigenación al organismo.

Una de las principales sensaciones de estrés situacional es la producción de una respiración rápida y superficial, lo que implica que los pulmones no están utilizando todo su potencial y esto genera aumento de la tensión y baja de energía en el funcionamiento de los órganos.

Esta técnica es útil para manejar la fatiga, el cansancio crónico, la irritabilidad, el resentimiento, fatiga, ansiedad, hostilidad, controlar las emociones, reducción de la tensión muscular, etc. (Labrador, 1992).

**-Técnica de relajación mental:** Esta técnica pretenden que la persona sea capaz de desconectar de la actividad mental cotidiana olvidándose por un momento de aquello que puede resultarle una fuente de estrés, para esto debe aprender a desarrollar una serie de actividades (perceptivas y/o conductuales) que le permitan concentrar su atención en dicha actividad. Esta técnica es altamente eficaz en cefaleas, dolores de cuello y espalda, alteraciones digestivas como el colon irritable, fatiga, cansancio crónico, insomnio, trastornos de sueño (Labrador, 1992).

*c. Biofeedback.*

Esta técnica indaga en el entorno y en los procesos biológicos de la persona buscando información o parámetros disfuncionales para posteriormente entrenar a la persona en cómo controlarlos voluntariamente en situaciones cotidianas (Labrador, 1992).

*d. Entrenamiento físico.*

El desarrollar y mantener un buen estado físico aumenta la resistencia física y psicológica de la persona a los efectos del estrés. El ejercicio debe hacerse de manera habitual, constante y prolongada, ya que nos obliga a desplazar la atención de los problemas psicológicos y nos permite el descanso y la recuperación de la actividad mental, además permite movilizar el organismo, mejorando su funcionamiento, aumentando la capacidad para el trabajo físico y mejorando las funciones cardiovascular, respiratoria y metabólica. En últimas el ejercicio le pone la cara al estrés.

Además el estado nutricional debe ser adecuado y balanceado debido a que las consecuencias psicológicas y físicas del Burnout demandan una gran cantidad de energías.

*e. Manejo del humor.*

La distracción y el buen humor constituyen una buena medida para prevenir situaciones de ansiedad o para aliviarlas, pues además de facilitar el desplazamiento de la atención de los problemas, contribuye a relativizar la importancia de esos problemas.

Establecer objetivos claros y realistas en todas las esferas de la vida, hacer las cosas de manera distinta poniéndole un toque de creatividad, picante y sabor a la vida, planificar adecuadamente el tiempo de trabajo de trabajo, familia, recreación, permitiéndose tiempo para pensar e invertir en ustedes mismos. En ocasiones también es prudente tomar las cosas con calma evitando la incertidumbre, la ansiedad y el estrés, recordemos que siempre se van a presentar cosas que no se pueden resolver en el momento.

### ***1.2.Estrategias de carácter comportamental.***

Las estrategias de carácter comportamental buscan la modificación de procesos cognitivos y de comportamientos disfuncionales.

1.2.1 El grupo de técnicas que busca modificar los procesos cognitivos parten del hecho de que los comportamientos y los sentimientos son “producto de las creencias del individuo y de su interpretación de la realidad, por lo que el objetivo es identificar los pensamientos irracionales o disfuncionales y reemplazarlos por otros más racional so efectivos. Algunas de las técnicas cognitivo son (Parraga & castaño, 2005).

- Técnica de reestructuración cognitiva basada en la terapia racional- emotiva de Ellis (Lega, 1993).
- Terapia cognitiva de Beck (dobson y franche, 1993)
- Terapia de valoración cognitiva de Wessler (Wesler y Hankin, 1993)
- Entrenamiento en resolución de problemas (Nezu y Nezu, 1993)
- Modelo de inoculación de estrés de Meichenbaum (1987)

A continuación se describen algunas de ellas:

- a) **Entrenamiento en resolución de problemas:** El entrenamiento en resolución de problemas brinda herramientas para buscar, analizar y solucionar situaciones de forma adecuada, reduciendo el riesgo al fracaso, el malestar crónico, la ansiedad, la sensación de impotencia ante no saber qué hacer o cómo actuar. Mediante estas técnicas se intenta ayudar al individuo a decidir cuáles son las soluciones más adecuadas a un problema.

Peiró y Salvador (1993) señalan que la técnica D'Zurilla y Golcifried es una buena estrategia para entrenar a la persona en la Resolución de problemas, siguiendo los siguientes pasos:

Tabla. Técnica de Resolución de problemas.

- |   |
|---|
| 1. Identificación y descripción del problema de forma clara, rápida y precisa. Esta descripción ha de realizarse en unos términos que impliquen conductas propias para resolver ese problema. |
| 2. Buscar varias posibles soluciones o respuestas que puede tener el problema considerándolo desde distintos puntos de vista; hay que evitar responder impulsivamente al problema.            |
| 3. Llevar a cabo un procedimiento de análisis y ponderación de las distintas alternativas de respuesta para decidir la solución más idónea a ese problema y que vamos a realizar.             |
| 4. Elegir los pasos que se han de dar para su puesta en práctica y llevarlos a cabo.  |
| 5. Evaluar los resultados obtenidos al llevar a cabo la solución elegida. Si no son positivos, es necesario volver a anteriores pasos.  |

**Nota.** Fuente: Peiró y Salvador (1993)

- b) **Modelo de inoculación de estrés de Meichenbaum:** Este modelo promueve la adquisición de conocimientos, auto comprensión y técnicas de afrontamiento para mejorar el factor afectivo, fisiológico, conductual, cognitivo y socio ambientales en situaciones estresantes. Este programa consta de tres fases (Parraga & castaño, 2005).

Tabla. Modelo de inoculación de estrés de Meichenbaum.

|                    |  |
|--------------------|--|
| Fase Educativa     | Proporciona información sobre la forma en que se generan las emociones distorsionadas, a partir de factores cognitivos y suposiciones. |
| Fase de Ensayo.    | Proporciona suposiciones alternativas para las situaciones de diestres emocional.  |
| Fase de Aplicación | Puesta en practica de todo lo aprendido.   |

**Nota.** Fuente Parraga & castaño (2005)

1.2.2. El grupo de estrategias que busca la modificación del comportamiento por medio de la adquisición de patrones más efectivos son:

- **Entrenamiento en habilidades sociales:** El entrenamiento en habilidades sociales consiste en instaurar nuevas respuestas que mejoren las relaciones interpersonales problemáticas, este proceso se da mediante la observación, escenificación, dramatización y práctica real de conductas que tienen más probabilidad de lograr el éxito a la hora de buscar metas personales y profesionales y a comportarse con seguridad y asertividad en situaciones sociales. Este entrenamiento también se puede realizar a través de prácticas de Role Playing (Labrador, 1992).

- **Entrenamiento en Asertividad.:** El objetivo de este entrenamiento es desarrollar la autoestima y controlar las reacciones ante una situación de estrés. La técnica consiste en enseñarle a la persona como comportarse de forma asertiva, la persona aprende a tener la capacidad para expresar los sentimientos, deseos y necesidades de manera libre, clara e inequívoca ante los demás, y además que sea capaz de dirigir sus acciones al logro de sus objetivos respetando los puntos de vista del otro.

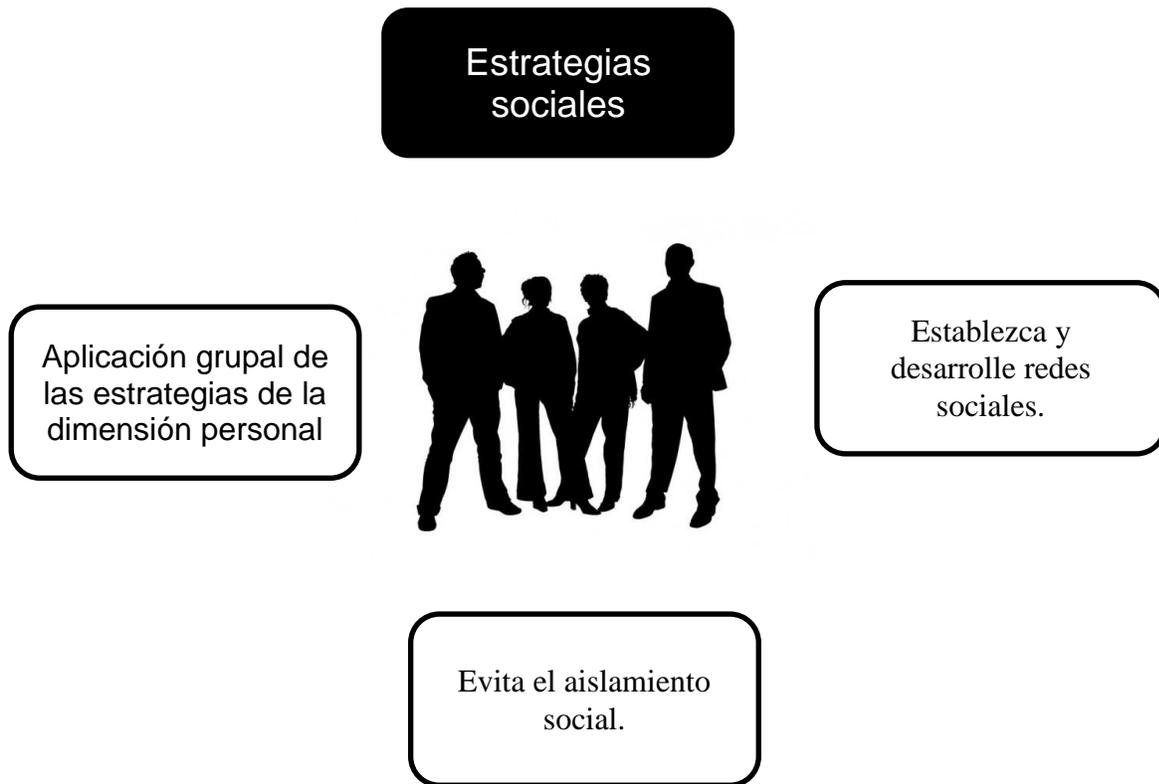
La ejecución de esta técnica se lleva a cabo a través de prácticas de Role Playing y se utiliza principalmente ante obsesiones, pensamientos indeseados, en problemas de comunicación y ansiedad ante situaciones personales (Labrador, 1992).

- ***Entrenamiento en habilidades comunicación interpersonales.***: Este entrenamiento es muy importante y aborda múltiples aspectos sociales, como las presentaciones en público, las reacciones ante entrevistas o la entrega de diagnósticos a sus pacientes, la resolución de conflictos y la toma de decisiones entre otras.
- ***Modelamiento encubierto (Cautela 1971)***: Es una técnica destinada a cambiar secuencias de conductas que son negativas para el individuo y aprender conductas satisfactorias. Consiste en que el sujeto practica en la imaginación las secuencias de la conducta deseada de forma que cuando adquiera cierta seguridad realizando imaginariamente esa conducta consiga llevarla a cabo en la vida real de una forma eficaz (Peiró & Salvador, 1993).

## ***2. Dimensión social***

Los problemas interpersonales pueden darse con los pacientes, los compañeros los superiores o los subordinados, Se destaca el distanciamiento afectivo individual de los contactos sociales, a veces acompañado de un excesivo distanciamiento defensivo el llevar a la casa los problemas laborales como un desplazamiento negativo, que puede aumentar los conflictos de pareja. El hipercriticismo y la desconfianza hostil así como la insensibilidad y el excesivo distanciamiento defensivo que se puede presentar como aburrimiento cínico y estereotipado o amarga insatisfacción con los logros profesionales está en agudo contraste con los buenos propósitos de un humanismo ideal, bien intencionado y empático con los que comenzó su carrera profesional. La persona “quemada” no se siente querida o valorada por los colegas o por la organización y por

eso se defiende pagando con la misma moneda con la que él se siente pagado (Da Silva, 2001. P. 6).



El objetivo de intervenir la dimensión social es aplicar las técnicas individuales en grupos para así generar conductas alternativas ante las demandas de la vida laboral, profesional y personal.

La idea es potencializar las habilidades del sujeto para desenvolverse en su medio con seguridad, fomentar el apoyo social por parte de los compañeros y jefes al igual que desarrollar habilidades sociales y enseñar estrategias relacionadas con el apoyo social y el trabajo en equipo.

El apoyo social y las relaciones personales en el trabajo disminuyen el agotamiento emocional y mejoran las actitudes y conductas negativas hacia otros (Parraga & castaño, 2005) para esto es conveniente seguir algunos de los siguientes consejos que le ayudaran a prevenir las consecuencias del síndrome:

- **Establezca y desarrolle redes sociales.** El apoyo social y las relaciones sociales puede resultar una fuente de ayuda psicológica o instrumental, el grupo social facilita a la persona una mejor adaptación e integración en la realidad. El apoyo social y familiar ha cobrado fuerza en el manejo de las demandas ambientales y laborales, este es un soporte que además de satisfacer la necesidad básica de pertenecer a un grupo y de comunicarse con los otros, nos ayuda a adquirir diferentes niveles de información que son importantes a la hora de solucionar un problema o adquirir niveles de motivación para enfrentarse positivamente a una situación desgastante o amenazante.
- **Evita el aislamiento social.** Aunque en algunas oportunidades es necesario estar solo para pensar y tomar decisiones el contacto social es la mejor herramienta para la distensión, por lo tanto hay que evitar aislarse de los grupos sociales. “hay que sacar tiempo para todo”

### 3. Dimensión organizacional

Bernal y Ramírez (2011) señalan que las condiciones de un buen ambiente laboral son fundamentales para atraer grandes talentos a la organización, generando de ésta manera valor agregado y diferenciándose de las demás compañías del sector. Las gerencias encargadas de los recursos humanos, en especial del área de bienestar y salud ocupacional coordinan sus esfuerzos para desarrollar estrategias integrales que garanticen la plena satisfacción de sus empleados en un ambiente placentero para desempeñar sus funciones laborales



Algunas de las estrategias que deben poner en práctica en las organizaciones para garantizar un adecuado ambiente laboral están relacionadas con el control de las siguientes variables.

**Condiciones ambientales:** Garantizar la seguridad de los trabajadores.

**Condiciones del puesto de trabajo:** El tiempo es uno de las principales fuentes de estrés en las empresas por esto es conveniente que haya flexibilidad en los horarios y en la elección de turnos, etc. El conflicto y la ambigüedad de rol son otras de las principales causantes de estrés, por esto se recomienda participar a los trabajadores en la gestión, negociación y asignación de roles y responsabilidades dentro de la organización. La generación de identidad con el puesto de trabajo y con la tarea asignada.

**Condiciones motivacionales:** La satisfacción en el trabajo está directamente relacionada con la calidad del trabajo realizado e inversamente relacionada con el absentismo y la rotación (Parraga & castaño, 2005) En el ámbito laboral, es útil fomentar el aprendizaje y la concienciación de las personas en estrategias que faciliten el manejo del tiempo en relación a las responsabilidades que ha de desempeñar. Además los líderes deben aprender a delegar las responsabilidades y las tareas entre su grupo, y por ultimo aprender a procesos de negociación que faciliten aceptar otros puntos de vista y facilitar el diálogo con los otros, para buscar la colaboración y no la oposición.

**Condiciones estructurales:** Los planes organizacionales deben ir de la mano con las expectativas de los trabajadores, desarrollando para ellos programas de capacitación y carrera, oportunidades de promoción y ascenso a lo largo de la vida profesional,

**El estilo de dirección y liderazgo:** se debe desarrollar de forma participativa, estableciendo objetivos claros y sistemas de evaluación adecuados de los cuales se de retroalimentación. Además generar planes de prevención de los riesgos psicosociales y brindar ayuda terapéutica como una herramienta de salud mental que debe estar a la mano de quien lo necesite.

**La aplicación periódica de instrumentos de medición,** nos ayuda a calcular el nivel de estrés que se está generando en la organización, identificando las variables que están afectando a la población para iniciar procesos de prevención o intervenir a las personas o al grupo en general.

Algunas de las estrategias más utilizadas para la prevención del Burnout son:

**(a) Generar programas de transición educación-trabajo:** La universidad juega un papel fundamental no solamente en el desarrollo intelectual de las personas, en la universidad se crean hábitos positivos o negativos, se desarrollan habilidades de acuerdo a la experiencia directa o indirecta que tengamos. Es por esto que la formación de los profesionales debe formular programas de afrontamiento y manejo del estrés laboral, teniendo en cuenta que es uno de los principales riesgos de fracaso de los nuevos profesionales al enfrentarse a la vida laboral.

La creación de cursos específicos en competencias es una responsabilidad que está en manos de profesionales que adelanten y propongan programas universitarios, empresariales o personales de una forma dinámica para el desarrollo de competencias.

Además la orientación profesional brinda un panorama de acción laboral, la aplicación de pruebas o análisis psicológico es una guía del camino que se debe seguir según las habilidades que se identifiquen en la persona, con esto se evita que en el contexto laboral la persona sienta baja realización profesional por no estar en el lugar adecuado.

**(b) Programas de evaluación y retroalimentación:** generalmente en las organizaciones los procesos de evaluación son vistos como una herramienta que Juzga a los trabajadores; esta estrategia sugiere que la evaluación sea vista como parte del proceso de desarrollo y mejora continua de los trabajadores. Es conveniente la finalidad de estos programas sea mejorar el ambiente, desarrollar equipos de trabajo eficaces, crear una cultura organizacional con valores y procesos sociales internos.

**(c) Rediseño de las tareas:** la revisión constante de los perfiles de cargo, de las responsabilidades de cada puesto de la mano con el trabajador propicia la participación en la toma de decisiones y la autonomía del trabajador, ayudan a mantener un equilibrio en la carga laboral y la apropiación del Rol. Es importante que se realicen grupos de trabajo interdisciplinarios y se cuente con un equipo especialista de ayuda (Parraga & castaño 2005).

## Capítulo II



## Programa de prevención

El programa de prevención del Burnout se divide en **5 bloques** según los temas a tratar, cada bloque consta de 4 sesiones para completar **20 sesiones** en total, las cuales se realizarán cada 15 días.

Para evaluar la eficacia del programa se realiza una entrevista individual y prueba al principio y al final de cada bloque, compartiendo los resultados con los participantes.

Cada sesión tiene una duración de 3 horas repartidas de la siguiente manera

| <b>Fases de cada sesión.</b> |               |                     |                |               |
|------------------------------|---------------|---------------------|----------------|---------------|
| <b>15 min</b>                | <b>30 min</b> | <b>1 H 30 min</b>   | <b>30 min.</b> | <b>15 min</b> |
| Compartir la tarea           | Conocimiento  | Ejercicios practica | Relajación     | Nueva Tarea   |

**Desarrollo del programa.**

|   |
|---|
| <b>Bloque 1.</b>  |
| Temática: Conocimientos básicos para el control del estrés y el Burnout.  |
| <p>Estrés.</p> <p>Ansiedad, hostilidad, depresión.</p> <p>Síndrome de Burnout</p> <p>Consecuencias.</p> <p>Estrategias de afrontamiento personal, social, organizacional.</p>   |
| <b>Bloque 2.</b>  |
| <p>Temática: Entrenamiento en habilidades personales.</p> <p>Identificación de las situaciones estresantes dentro de la organización.</p> <p>Identificación de los patrones de conducta, los estilos de afrontamiento de cada uno.</p> <p>Reducir las respuestas de estrés fisiológicas.</p> <p>Aliviar las consecuencias en situaciones estresantes.</p> <p>Estrategias de prevención dentro de la organización.</p> |
| <b>Bloque 3.</b>  |
| Temática: Entrenamiento en recursos cognitivos.   |
| <p>Malestar emocional.</p> <p>autoestima</p>  |

|   |
|---|
| Reestructuración cognitiva.<br><br>Creencias irracionales<br><br>Pensamientos negativos<br><br>Evaluación de las situaciones.<br><br>Auto-control   |
| <b>Bloque 4.</b>  |
| Temática: Entrenamiento de técnicas conductuales y adaptativas.   |
| Solución de problemas<br><br>Organización del tiempo<br><br>Factores motivacionales y automotivación.<br><br>Toma de decisiones ante situaciones amenazantes<br><br>Manejo de conflictos  |
| <b>Bloque 5.</b>  |
| Temática: Habilidades sociales y de comunicación.   |
| Principios básicos de las relaciones interpersonales<br><br>Interpretación de las situaciones sociales<br><br>Habilidades sociales<br><br>Habilidades de Comunicación<br><br>Enfrentamiento a situaciones sociales amenazantes. |