

APROBADA CON MAXIMA DISTINCION Y HONORES :-



UNIVERSIDAD
MAYOR DE
SAN
ANDRÉS

*H. Fraiza Y
PRESIDENTE*

FACULTAD DE HUMANIDADES Y
CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA: PSICOLOGIA

*Mora
Rodrigo de Urribe
TRIBUNAL*

TESIS DE GRADO

**PREDISPOSICION AL SÍNDROME DE BURNOUT EN
RELACIÓN CON EL CLIMA ORGANIZACIONAL
(ESTUDIO REALIZADO CON MÉDICOS RESIDENTES
DE LAS UNIDADES DE MEDICINA GENERAL DEL
HOSPITAL DE CLINICAS LA PAZ)**

PROFESOR GUÍA

LIC. RENÉ CALDERÓN JEMIO

EGRESADA:

MORALES CHAVEZ CARLA ANDREA

[Signature]
Fraiza Calderón
Jefe

2007

[Signature]
[Signature]
Tribunal **01787**



INDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

PRIMERA PARTE

1.	INTRODUCCIÓN	1
2.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
3.	JUSTIFICACIÓN	9
4.	OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	11
4.1.	OBJETIVO GENERAL	11
4.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11

SEGUNDA PARTE

5.	MARCO TEORICO	
5.1.	ANTECEDENTES HISTÓRICOS	
5.1.1.	Síndrome de Burnout	12
5.1.1.1.	Modelos explicativos del Burnout	
a)	Modelo clínico.	14
b)	Modelo psicosocial.	14
5.1.2.	Trabajo en Equipo	18
5.2.	TEORÍA DE SUSTENTO	
5.2.1.	Síndrome de Burnout	20
5.2.1.1.	DESARROLLO DEL SINDROME DE BURNOUT	22
a)	MANIFESTACIONES	24

5.2.1.2. DESENCADENANTES DEL SÍNDROME EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD	25
5.2.2. TIPOS DE ESTRESORES LABORALES	26
5.3. CLIMA ORGANIZACIONAL	29
5.3.1. EL CAMPO DE LA PSICOLOGÍA ORGANIZACIONAL	31
5.3.2. PSICOLOGÍA DE LAS ORGANIZACIONES	32
a) TRABAJO EN EQUIPO	34
b) DIFERENCIA ENTRE GRUPOS DE TRABAJO Y EQUIPOS DE TRABAJO	35
c) IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO	36
d) FACTORES CRÍTICOS DEL TRABAJO EN EQUIPO	36
5.3.3. LA ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN CLÍNICAS Y HOSPITALES	37
5.4. TIPOS DE PERSONAL EN LAS CLÍNICAS Y HOSPITALES.	38
5.5. MODELO COGNITIVO- COMPORTAMENTAL DEL SINDROME DE BURNOUT	40
a) ESTRUCTURA COGNITIVA	42
b) ESTRUCTURA AFECTIVA	45
c) ADAPTACIÓN Y MODELOS DE REALIDAD	46
d) ESQUEMAS COGNITIVO COMPORTAMENTALES	47
1. ESQUEMA DE MODELING O MODELADO	48
2. ESQUEMAS DE AUTOCONCEPTO	48
3. ESQUEMA DE AFRONTAMIENTO	49
4. ESQUEMA ATRIBUCIONAL	51

5. ESQUEMAS DE MOTIVACIÓN AL LOGRO	52
6. ESQUEMAS DE CONTROL DE ESPACIO	53
5.6. SISTEMA NACIONAL DE RESIDENCIA MÉDICA	54
5.6.1. OBJETIVOS DE LA RESIDENCIA MÉDICA	55
5.6.2. REQUISITOS BÁSICOS PARA LA POSTULACIÓN	56
5.6.3. EXAMEN DE ADMISIÓN	56
5.6.4. CRITERIOS DE CALIFICACIÓN DE POSTULANTES A LA RESIDENCIA MÉDICA	57
5.6.5. MÉDICOS RESIDENTES	57
5.6.6. NORMAS DISCIPLINARIAS DE LAS ACTIVIDADES DE LOS MÉDICOS RESIDENTES	59
5.6.7. EVALUACIÓN DEL TRABAJO DEL MÉDICO RESIDENTE	60
TERCERA PARTE	
6. OPERACIONALIZACIÓN CONCEPTUAL	
6.1. Síndrome de Burnout	62
6.2. Clima Organizacional	63
a) Trabajo en Equipo	65
7. VARIABLES	
7.1. VARIABLES INDEPENDIENTES	65
7.2. VARIABLES DEPENDIENTE	65
7.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	66
8. DISEÑO DEL MÉTODO	
8.1. FUNDAMENTOS DEL TIPO DE DISEÑO	69
8.2. SELECCIÓN DE MUESTRA	69

8.2.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS SUJETOS	70
8.2.2. NUMERO DE SUJETOS	70
8.3. INSTRUMENTO	
8.3.1. DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS	71
1. El Inventario de Burnout de Maslach	
2. Evaluación del Clima de Trabajo en Equipo	
3. Escala de Evaluación del Estrés	
4. Escala de Relaciones interpersonales	
9. PROCEDIMIENTO	72
CUARTA PARTE	
10. RESULTADOS (GRAFICA DE BARRAS)	74
11. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	89
11.1. DISTRIBUCIONES DE FRECUENCIA	89
11.2. CORRELACION DE PEARSON	105
12. CONCLUSIONES	
12.1. CONCLUSIONES GENERALES	108
12.2. CONCLUSIONES ESPECÍFICAS	114
13. RECOMENDACIONES	118
BIBLIOGRAFÍA	120
BIBLIOGRAFÍA CIBERNÉTICA	124
ANEXOS	

DEDICATORIA

A mis papás: Walter y Wilma, por todo su amor, su apoyo y su fe.

A mis abuelitos: Eduardo, Agar, Luís y Faustina, por su inmenso amor y toda la paz que transmiten.

A mis hermanos: Mónica y Rodrigo, por estar a mi lado, su amor y su persistencia.

A Luís Enrique, por toda la luz y alegría que trajo a mi vida, por ser mi apoyo y mi inspiración y el principal motor para ser quien soy.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por la oportunidad de esta vida.

A mi familia, por todo lo que representan y lo que son.

A Lic. René Calderón, por brindar y transmitir sus conocimientos, y por toda la confianza depositada.

A la UMSA y sus docentes, por todos los conocimientos y el apoyo en mi formación.

A cada uno de los amigos que siempre tuvieron una palabra de aliento.

A Carla Dalai e Iván, por todos los momentos que pasamos aprendiendo que lo principal en la vida es creer en uno mismo.

Muchas Gracias.

1. INTRODUCCIÓN

La descripción que se ha ofrecido bajo la etiqueta de Síndrome de Burnout se puede analizar desde diferentes niveles, entre los que se ha optado por revisar los efectos directamente detectables y hasta ahora demostrados.

Las leyes que explican como el trabajo que impide evolucionar provoca tedio y que tanto su mantenimiento forzado como el forzar la atención hacia un gran número de tareas diversas incrementa la fatiga, y las leyes que explican como el trabajo en condiciones de fatiga genera estrés, han sido unas de las mejores y más ampliamente demostradas en psicología experimental.

Por ello la redenominación de estas viejas y bien conocidas relaciones con el Síndrome de Burnout en el momento en que se evidenció la subida de las tasas de estrés laboral por encima de todos los estándares, siendo que semejantes incrementos estadísticos evidencian la acción de factores causales, que en este caso orientarían la investigación hacia las condiciones y contextos en los que aparecen estos signos de fatiga laboral o la obligación de trabajar en tales condiciones de fatiga por periodos prolongados, no deja de provocar la sospecha de que se intento eludir la indagación de tales factores causales al impedir con la nueva denominación que apelaba a un nuevo fenómeno, las comparaciones con las tasas previas de los mismos indicadores.

Quando la fuerza laboral se contrae y la gente se satura de trabajo, el resultado es el estrés, y es bien conocido que el estrés prolongado afecta la salud física y psíquica del individuo. Los recursos humanos de una empresa son vitales para el buen funcionamiento de la misma y no hay que permitir que se deterioren. El Síndrome de Burnout puede afectar tanto a un individuo que puede llevarlo a que nunca más pueda trabajar.

A la luz de los constantes cambios sociales y laborales debe aumentar nuestro interés por mantener funcionando de la mejor manera posible el recurso que mueve cualquier institución, este es el recurso humano, en el que debe invertirse constantemente, capacitándolo no solo en lo concerniente a su quehacer, sino también en el manejo de emociones. El desgaste laboral afecta al individuo que lo padece, a la institución para la que trabaja y a la familia, por ende a la comunidad.

De hecho los experimentos para obtener la capacidad de resistencia del efectivo humano son los que iniciaron la investigación tanto en Psicología como en Pedagogía, aunque las evidencias empíricas se remontan a los más ancestrales tiempos en los que el coste de un esclavo no convenía destruirlo sin obtener el máximo rendimiento, como principio económico por el que se optimiza la amortización de cualquier inversión laboral.

Fue precisamente con la acumulación de resultados de los estudios experimentales en torno a tal interés como nacieron estas ciencias, a las que pronto les aplicaron el principio de "divide y vencerás" para que no pudieran relacionarse las causas (sociológicas, políticas, educativas o culturales) con las consecuencias (psicológicas o económicas).

Sin embargo la historia de la población siempre se ha beneficiado de los encuentros multidisciplinarios, por lo que se intenta construir esta nueva denominación de un no tan nuevo efecto, desde la integración psico-sociológica, que evidencia como los conocidos efectos psicológicos de la fatiga y el estrés laboral es lo que se ha rebautizado con el término Burnout.

Y no tratándose por tanto de ningún fenómeno que no se conociera mucho antes de que las estadísticas empezaran a mostrar la elevación de su frecuencia de forma generalizada, se plantea no sólo la hipótesis de que se evitó con la nueva etiqueta la referencia a las conocidas causas, sino igualmente habría que probar la hipótesis de que las intervenciones que producen estos efectos tan conocidos y

experimentados, pudieran obedecer a un plan o estrategia del sector empresarial, en particular al clima organizacional, y su categoría "trabajo en equipo", para conseguir con ellos una reestructuración de sus plantillas a cargo de los presupuestos públicos y de la salud de los trabajadores. Como se trata de una exploración ex post facto, tan solo se podrán constatar en este estudio las coincidencias en lo hasta ahora ocurrido, para desde ellas establecer predicciones de futuro que de confirmarse, se establecería la relación entre las variables de investigación. Dentro de los riesgos laborales de carácter psicosocial, el estrés laboral y el síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) ocupan un lugar destacado, pues son una de las principales causas del deterioro de las condiciones de trabajo, y fuente de accidentabilidad y ausencia en el mismo.

El Síndrome de Quemarse por el trabajo no debe identificarse con estrés psicológico, sino que debe ser entendido como una respuesta a fuentes de estrés crónico (estresores). En el contexto de las organizaciones sanitarias son estresores especialmente relevantes para el desarrollo del síndrome las relaciones sociales de los profesionales de la salud con los pacientes y sus familiares. El síndrome es un tipo particular de mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al estrés generado por la relación profesional-paciente, y por la relación profesional-organización.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La medicina ha sido considerada como uno de los alcances y logros más grandes del ser humano desde la perspectiva de la salud y la enfermedad, en nuestro contexto esta labor desempeñada por profesionales de la materia es un motivo de reconocimiento a los logros alcanzados, pero también es un reto para nuevas investigaciones que permitan abrir campos de desarrollo y crecimiento en medicina, tratando siempre de que el factor que prime sea la salud antes que la enfermedad.

Pero este reto muchas veces puede llegar a convertirse en una serie de estímulos estresores, que en muchos casos, no se pueden controlar ni regular de manera personal, esta situación se complica, cuando cada uno de los estresores se convierten en estresores negativos y estos empiezan a interferir en la vida diaria, y en las actividades laborales y sociales.

Otro factor al momento de manejar los estresores, tiene que ver con todo aquello que hace al autoconocimiento de la personas, es decir, como la persona se percibe, como se evalúa y como se representa en un contexto de interacción continua, recíproca y además de retroalimentación.

Las organizaciones de salud presentan diferentes formas, dimensiones y especializaciones por ello se hace muy complejo determinar una forma de actuar frente a la gestión de personal en las Clínicas y Hospitales, y es necesario ingresar a la realidad de cada una de ellas, entender y conocer cada uno de los perfiles de personal que en ellas se presentan entendiendo que en una organización de Salud, pueden laborar en forma conjunta desde un profesional con post grado hasta un empleado sin mayor instrucción.

Los profesionales que desempeñan funciones en las instituciones de salud deben de tomar en cuenta muy claramente el fin de la institución, deben tener en claro el concepto de calidad en la atención, considerando todo el avance que actualmente

se tiene sobre satisfacción de usuarios que usualmente no se toma en cuenta en nuestras instituciones de salud.

En la actualidad los médicos están considerados como profesionales cuya relación en el trabajo es individual debido a que su responsabilidad es única y exclusivamente con el paciente por ello no considera su trabajo como parte de una institución, no se identifica con objetivos globales de la institución debido a que muchas veces por necesidad desempeña funciones en muchas instituciones de Salud Publicas y privadas, constituyéndose este en uno de los factores mas difíciles de manejar por parte de los encargados de gestión de personal, pues su motivación básica y exclusiva es la económica.

La mayoría de los demás profesionales tienen una formación profesional de trabajo en conjunto y por ello tiene otro tipo de perspectivas en el clima organizacional, además dentro de las organizaciones de salud se agrupan como administrativos.

En los últimos años se ha escuchado hablar de temas relacionados al área de Salud Pública que perturban, no sólo a quienes consultan como pacientes, sino también a quienes brindan el servicio, los médicos, y tiene que ver con atención deficiente y en muchos casos mala en el área de Salud, sin tomar en cuenta que además de los factores externos que si bien influyen, también existen factores internos de la propia persona, que ya sea por la falta de conocimientos básicos acerca de la profesión o la falta de práctica en la autoregulación de estas, pueden estar afectando la labor de los médicos y por lo tanto la relación entre el médico y el paciente.

Los médicos residentes del Hospital de Clínicas La Paz, que realizan actividades de atención a pacientes, realizan un tipo de trabajo que puede llegar a ser muy agotador, esto dependiendo del lugar donde realizan la residencia, el horario de trabajo y el nivel de residencia donde se encuentren, pueden llegar a ser víctimas

de un bajo desempeño laboral, o peor aún sufrir de la sintomatología de un tipo de estrés laboral conocido como el Síndrome de Burnout.

Estudiar el Síndrome de Burnout, no es una tarea reciente, al contrario, los primeros estudios relacionados con este Síndrome tienen una base psicológica, ya que este síndrome- que se presenta en la mayoría de los casos, en médicos que trabajan en Instituciones públicas, con muchas personas- tiene como eje a toda la parte cognitiva y afectiva que hace a la persona, sin dejar de lado otro eje a la parte comportamental.

Es un problema social y de salud pública. Se trata de un trastorno adaptativo crónico asociado al inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas del trabajo, que daña la calidad de vida de la persona que lo padece y disminuye la calidad asistencial.

En estos casos, es muy importante la intervención del psicólogo clínico, ya que, el efecto de este síndrome en la persona y en su labor profesional, se ve doblemente afectada, por un lado el médico que la padece, y por otra parte, el paciente, que en muchos casos no es bien atendido. Es importante además reconocer la labor del psicólogo clínico, no solo en la evaluación e intervención, sino también, en aquello que hace a la prevención de este síndrome en médicos y en otras personas que están expuestas a sufrirlo, frente al contacto o interrelación social a la que hacemos frente constantemente.

La psicología se relaciona con la organización a través de los recursos humanos. La psicología organizacional surge con el objeto de realizar un análisis de las relaciones interpersonales dentro de la organización para optimizar su rendimiento y permitir, de esta manera, una mayor efectividad global. Una organización puede ser fuente de enriquecimiento en el desarrollo personal y promotora del bienestar. Desde esta perspectiva, el deseo de individuos y organizaciones es el nexo de tales vinculaciones y, en virtud de ello, la organización tendrá por desafío conocer,

en cada empleado, cuál es el deseo y las motivaciones que lo hacen permanecer en la organización.

El estrés en el trabajo es el desequilibrio entre las aspiraciones de un individuo y la realidad de sus condiciones de trabajo, es decir, es la diferencia entre las demandas profesionales y la capacidad de la persona para llevarlas a cabo o es la reacción individual del trabajador a una situación amenazante, relacionada con su trabajo, ya sea por exceso de demandas o bien porque no se le ofrecen los medios necesarios para satisfacer sus necesidades.

Lo que se pretende, con esta investigación, es analizar la predisposición al Síndrome de Burnout, a partir del clima organizacional, para explicar los fenómenos psicológicos primarios que intervienen en la conformación y evolución de este síndrome.

Manteniendo la lógica de trabajo con la Salud, antes que con la enfermedad, la labor del psicólogo debe aportar, a estudios en los que se mejore la calidad de vida, y en este caso la calidad en la prestación de servicios de salud, a partir del desempeño laboral de los profesionales de esta área.

¿Cuál es la relación entre la predisposición al Síndrome de Burnout y el Clima Organizacional en médicos residentes del Hospital de Clínicas La Paz?

JUSTIFICACIÓN

El Síndrome de Quemarse por el trabajo se define como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y emociones negativas hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización.

La necesidad de estudiar el Síndrome de Quemarse por el trabajo viene ligada a la necesidad de estudiar tanto los procesos de estrés laboral, así como el reciente hincapié que las organizaciones han hecho sobre la necesidad de preocuparse más acerca de la calidad de vida laboral que ofrecen a sus empleados. Actualmente, resulta necesario considerar los aspectos de bienestar y salud laboral a la hora de evaluar la eficacia de una determinada organización, pues la calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental que conlleva tiene repercusiones sobre la organización tales como el absentismo, la rotación, la disminución de la productividad, y la disminución de la calidad. Asimismo, la incidencia del síndrome de quemarse por el trabajo sobre los profesionales de la salud conlleva también repercusiones sobre la sociedad en general.

Al margen de considerar el resultado de muchas investigaciones, en el sentido de dar por válida la creencia acreditada de que existen ciertas características personales que predisponen a determinados seres humanos a sufrir estrés; se tiene por adecuado afirmar que las demandas del trabajo que resultan ser causantes del estrés también son determinantes no sólo en su trabajo, sino también en el desarrollo de sus habilidades en cuanto al relacionamiento interpersonal.

Una definición de situación estresante sería aquella que se percibe como indeseable, impredecible e incontrolable.

Hoy en día la gestión de la salud en el trabajo es una tarea compleja que necesita de la cooperación de especialistas en diferentes disciplinas como la medicina del trabajo, la psicología y otras.

La gestión de la salud debe promoverse dentro de la cultura de la organización, como una variable más dentro de la planificación estratégica, porque la organización debe desarrollar políticas y objetivos que promuevan la salud en el trabajo.

En el mundo laboral se exige a los empleados mejor calidad, mayor cantidad de trabajo en un tiempo reducido pero el estrés sobre la salud es cada vez más relevante. Existen diversas opiniones respecto a si las organizaciones deben preocuparse o no por las emociones de sus empleados.

Habitualmente los resultados de la organización se evalúan en términos de resultados económicos, liderazgo en el mercado, calidad de producto o servicio, pero el estrés laboral no es incluido como un indicador que nos dice que le pasa a nuestra gente (frecuencia de accidentes, productividad, clima organizacional, enfermedades, etc.).

Algunos autores como Gil-Monte y colaboradores han señalado que esta respuesta aparece cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que suelen emplear los profesionales de la salud. Este fallo supone sensación de fracaso profesional y de fracaso en las relaciones interpersonales con los pacientes. En esta situación, la respuesta desarrollada son sentimientos de baja realización personal en el trabajo y de agotamiento emocional. Ante esos sentimientos el individuo desarrolla conductas de despersonalización como una nueva forma de afrontamiento. Así, el síndrome de quemarse por el trabajo es un paso intermedio en la relación estrés y las consecuencias del mismo de forma que, si permanece a lo largo del tiempo, el estrés laboral tendrá consecuencias nocivas para el individuo, en forma de enfermedad o falta de salud con

alteraciones psicosomáticas (alteraciones cardiorrespiratorias, jaquecas, gastritis y úlcera, dificultad para dormir, mareos y vértigos, etc.), y para la organización (accidentes, deterioro del rendimiento y de la calidad asistencial o de servicios, absentismo, rotación no deseada, abandono, etc.)

Hoy en día la salud es el resultado de diferentes acciones con una tendencia clara y proactiva en aspectos como la salud física, social y psicológica y no solamente con las tendencias del ausentismo (OMS).

OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

1.1. OBJETIVO GENERAL

- ❖ Evaluar y analizar la predisposición al Síndrome de Burnout, en médicos residentes del Hospital de Clínicas La Paz, en relación al Clima Organizacional

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Analizar la predisposición al Síndrome de Burnout a partir de las unidades de satisfacción laboral.
- ❖ Analizar la predisposición al Síndrome de Burnout, y el Clima Organizacional en sus categorías evaluadas en relación con las variables del trabajo en equipo.

5. MARCO TEORICO

5.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

5.1.1. Síndrome de Burnout

El concepto de Síndrome de Burnout o "quemarse por el trabajo" surgió en los Estados Unidos a mediados de la década de los años setenta, para dar una explicación al proceso de deterioro en los cuidados y atención profesional a los usuarios de las organizaciones de servicios tales como organizaciones de voluntariado, sanitarias, de servicios sociales, educativos, policiales, jurídicos, entre otros.

Se señala al psicólogo norteamericano Herbert Freudenberger, de Nueva York, como el primer profesional que describió y trabajó un caso de Burnout.

En 1973 este autor da cuenta de lo que llamó "Síndrome de Burnout". De esta manera, el concepto fue definido como: "Un síndrome de agotamiento o pérdida de energía, experimentado por los profesionales, cuando se sienten sobrepasados por los problemas de los demás". Posteriormente agrega que el burnout "es el resultado de excesivos esfuerzos por alcanzar alguna expectativa poco realista, impuesta por uno mismo o por los valores de la sociedad". Enfatiza entonces, el hecho de un estado profundo de agotamiento, producto del trabajo intenso y de la postergación de las necesidades personales (Bibl. 25 Navarrete M., Arellano M., 1999).

Irónicamente esta denominación "estar quemado" aludía a la situación clínica de "estar quemado en drogas" y tal denominación fue utilizada para referirse al estado físico y psicológico vivenciado por algunos voluntarios en su trabajo con pacientes drogodependientes.

La primera descripción que Freudenberger realiza respecto de alguien que padecía síndrome de burnout fue a partir de su propia vivencia. Estas primeras aproximaciones a este síndrome derivan más bien de las vertientes clínico descriptivas, que entienden el burnout como un "estado" al cual el sujeto llega como consecuencia del estrés laboral y alude a la experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral que surge en profesionales que trabajan en contacto directo con personas en la prestación de servicios como consecuencia de ese contacto diario con su trabajo.

A partir de la revisión bibliográfica realizada para este trabajo de investigación, se puede comprobar que se han elaborado muchas definiciones y modelos teóricos acerca del Síndrome de Burnout. Su delimitación y conceptualización continúa siendo ambigua, ya que no hay un consenso unánime de parte de los investigadores y teóricos. Por ejemplo, Maslach y Jackson en 1981 y 1982 definen el Síndrome de Burnout delimitándolo en tres dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal. Mientras que Pine y Aronson en 1988 defienden que el Síndrome de Burnout es unidimensional, y que se caracteriza por el agotamiento, desmoralización y pérdida de motivación. (Gil-Monte, 2000)

Por otro lado, entre los años 1970 y 1990 se manifestaron dos vertientes controvertidas. Estas cuestionan la delimitación del Síndrome de Burnout a personas que realizan algún trabajo en contacto directo con personas o trabajadores que no necesariamente trabajan en áreas asistenciales.

Cabe recalcar, que aunque son muchas las diferencias entre los diversos planteamientos sobre el origen, antecedentes-consecuentes, el proceso de desarrollo, etc. de este síndrome, Maslach y Schaufeli en 1993 plantean que también hay muchas semejanzas como ser: los síntomas de cansancio mental o emocional, la fatiga, la depresión, la baja autoestima, el bajo rendimiento laboral, la asignación del síndrome como clínico-laboral, el diagnóstico diferencial en

personas que sufrían alguna psicopatología previa y la explicación del desencadenamiento del Síndrome de Burnout por la inadecuada adaptación al trabajo. (Gil- Monte, 2000)

Modelos explicativos del Burnout

a. **Modelo clínico.** Desde una perspectiva clínica, Freudenberger (1974), empleó por vez primera el término Burnout para describir un conjunto de síntomas físicos sufridos por personal de salud como resultado de las condiciones de trabajo. Este enfoque sostiene que burnout aparece más frecuentemente, en los profesionales más comprometidos, en los que trabajan más intensamente ante la presión y demandas de su trabajo, poniendo en segundo término sus intereses. Se trata de una relación inadecuada entre profesionales, excesivamente celosos en su trabajo y clientes excesivamente necesitados, una respuesta del profesional asistencial al realizar un sobreesfuerzo. Este estado según este autor iba acompañado de un conjunto de síntomas que incluía vacío físico, sentimientos de desamparo y desesperanza, desilusión y desarrollo de un autoconcepto y una actitud negativa hacia el trabajo y hacia la vida misma. En su forma más extrema, el burnout representa un punto de ruptura más allá del cual la capacidad de enfrentarse con el ambiente resulta severamente disminuida y es especialmente duro para personas entusiastas e idealistas.

b. **Modelo psicosocial.** Desde una perspectiva psicosocial, la mayoría de sus adeptos, aceptan hoy la definición de Burnout elaborada por Maslach y Jackson (1986), quienes lo consideran como una respuesta, principalmente emocional, situando los factores laborales y los organizacionales como condicionantes y antecedentes. Los estudios de Maslach y Jackson (1981 y 1986) argumentan que el burnout es un síndrome tridimensional que se desarrolla en aquellos

profesionales cuyo objeto de trabajo son personas (usuarios) y añaden tres dimensiones características:

- Agotamiento emocional.
- Despersonalización.
- Sentimiento de bajo logro o realización profesional y/o personal.

Si bien, la mayoría de las investigaciones actuales aceptan la perspectiva psicosocial, algunos autores discrepan de los supuestos planteados por Maslach y Jackson (1981), entre los que se encuentran Gil-Monte y Peiró (1997). De lo que no parece haber dudas es de que el Síndrome de Burnout comprende una serie de alteraciones físicas, comportamentales y emocionales que tienen su origen en factores individuales, laborales y sociales.

Desde la perspectiva psicosocial, la investigadora de psicología social Maslach apunta a la idea de considerar el burnout como un "proceso" que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y características personales.

La diferencia estriba en que el síndrome de quemarse como "estado" entraña un conjunto de emociones y conductas normalmente asociadas al estrés laboral y, por el contrario, el síndrome de quemarse como "proceso" asume una secuencia en etapas o fases diferentes con sintomatología, a su vez, diferenciada.

Maslach define el Síndrome de Burnout como "un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo que puede desarrollarse en aquellas personas cuyo objeto de trabajo son personas en cualquier tipo de actividad" (Gil-Monte P., Pieró J., 1997).

Esta investigadora desarrolla y presenta el modelo teórico más consistente y aceptado hasta la actualidad de burnout, estando este modelo fuertemente influenciado por los trabajos de Philip Zimbardo, a principios de los setenta, esencialmente en los temas de despersonalización y deshumanización.

Se describen algunas características particulares de este cuadro clínico que para muchos autores, especialmente españoles, país en donde existe buena fuente de publicaciones, constituye prácticamente un problema social y es calificado por muchos, como "la plaga del siglo XXI", afectando principalmente a profesionales centrados en la prestación de servicios, es decir quienes cuidan los intereses y satisfacen las necesidades del usuario.

Si bien por lo general se describe para profesionales sanitarios de la medicina, enfermería, servicio social, fisioterapia, psicología, oncólogos, también lo hallamos en la educación -maestros o cuidadores- en policías, abogacía, funcionarios de prisiones, bomberos, directivos, mandos intermedios, personal de voluntariado y más recientemente en personas que venden servicios; atención de público, propagándose, en general, en todo el ámbito laboral, toda vez que la exigencia, la competitividad y la eficiencia de las empresas e instituciones es prioritario, en desmedro de los intereses, valores y motivaciones personales.

Los estudios de prevalencia son más abundantes en médicos y sus diferentes especialidades, tales como psiquiatras, anesthesiólogos, fisioterapeutas. También hay estudios que incluyen muestras de odontólogos, enfermeras y trabajadores sociales.

Este síndrome, no obstante las alarmantes cifras de prevalencia alcanzadas, aún no tiene cabida como categoría diagnóstica en el DSM-IV, (lo más cercano se encuentra en los "trastornos adaptativos"). La excepción está en el CIE-10, a lo que podría asimilarse en lo que figura como síndrome de agotamiento dentro del grupo titulado "problemas respecto a las dificultades para afrontar la vida", haciendo referencia a los "factores que afectan al estado de salud". En esta misma clasificación, pero de manera más específica, los cuadros diagnósticos más cercanos al burnout son la "reacción aguda ante el estrés" y los "trastornos de adaptación"

En España, existe el precedente jurídico en el Tribunal Supremo en donde un trabajador ganó un juicio contra su institución al ser considerado el síndrome de burnout que presentaba como "accidente laboral". Luego de que un empleado demandara a la empresa donde desempeñaba sus labores profesionales, una sentencia reciente del Tribunal Supremo (octubre del 2000), ratificando la sentencia de 2 de noviembre de 1999 dictada por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Autónoma del País Vasco, respalda legalmente la importancia al reconocer el síndrome de quemarse por el trabajo como una dolencia psíquica causante de periodos de incapacidad temporal, y como un accidente laboral.

El informe sobre la salud en el mundo elaborado por la O.M.S. en el año 2000 está dedicado a evaluar la calidad de los sistemas de salud y como proceder a su mejora (OMS, 2000). En él se señala que los recursos humanos de un sistema de salud son vitales para el buen funcionamiento del sistema, y para conseguir que éste ofrezca una buena calidad del servicio. El informe recomienda cuidar los recursos humanos de las organizaciones de salud, pues si estos no se cuidan, ni se invierte en su mantenimiento, se deterioran rápidamente. Según la OMS, los trabajadores son el recurso más importante que posee un sistema de salud para lograr su eficacia porque ésta depende de los conocimientos, de las destrezas, y de la motivación de los profesionales que trabajan en ese sistema. El informe también recomienda realizar una buena gestión y una correcta administración de los recursos humanos para conseguir que la inversión en salud sea equilibrada. Esa gestión debe considerar variables como la satisfacción con el salario, las oportunidades para el desarrollo de la carrera profesional y las condiciones de trabajo de los profesionales.

5.1.2. Trabajo en Equipo

A fines del siglo XX la humanidad vive una fase en la que se observa un cambio radical de la cultura patriarcal prevaleciente, al emerger un nuevo estadio de la conciencia en el ser humano, que evidencia la destructividad de los valores egocéntricos y el potencial creativo de los valores transpersonales. Todo ello bajo el pensamiento holístico que promueve la relación armónica del ser humano con la naturaleza.

En efecto, esta nueva conciencia de respeto al otro y de corresponsabilidad, permite la revisión profunda de la estructura social existente y la creación de modelos y realidades organizacionales de complementariedad y colaboración conjunta, que promueven una cultura emergente ante un sistema social, económico y cultural altamente dominador y depredador del hábitat.

Es así como surge un interés significativo por repensar las teorías y modelos organizacionales que permitan entender la compleja interrelación del sistema mundial y el cambio continuo bajo un enfoque holístico, favorecido por el proceso de globalización económica, el profundo cambio tecnológico, pero, sobre todo por el cambio cultural.

A partir de esta nueva visión se empiezan a cuestionar la operación y los resultados organizacionales que surgieron bajo los parámetros de la gestión funcional, positivista y racional; a evidenciar que las maneras de operar de las organizaciones, separadas de su entorno e incluso sin verdaderos vínculos internos, son inadecuadas para el desarrollo integral de las mismas.

De tal manera, la concepción actual de la organización y su administración se aleja cada vez más de los principios y prácticas que florecieron en la edad de la burocracia. Ahora se habla de estructuras orgánicas, flexibles y ligeras al tiempo que se reconoce a las organizaciones como sistemas abiertos con capacidad de autorrenovación y aprendizaje.

Las fluctuaciones y desequilibrios ya no son signos de desorden destructor sino más bien la fuente primigenia de la creatividad. La nueva organización, incluso, aprende de sus errores, los aprovecha al máximo debido a que reconoce lo costoso de los mismos, y todo esto es expresión de una nueva cultura organizacional.

Así, el debilitamiento de la administración positivista puede ser visto como la manifestación de un conjunto de transiciones económicas, sociales, políticas y tecnológicas, pero sobre todo culturales, reconocidas como transiciones al mundo postfordista, postindustrial o postmoderno, que da cuenta de las transformaciones de una sociedad y filosofía monolítica, mecánica y previsible, a otra fundada en la complejidad, el cambio continuo y la incertidumbre.

Por lo que se refiere a la actividad del nuevo directivo, emanada del contexto que se ha esbozado, será más compleja pues deberá administrar la diversidad cultural, combinar una variedad de estilos de liderazgo y trabajo en equipo, actuar de manera estratégica, utilizar la nueva tecnología, mejorar los flujos de información, responder a fuentes múltiples de autoridad, administrar los conflictos, ser promotor más que supervisor y tener habilidades claves como las de aprendizaje, de negociación de recursos vitales y sensibilidad humana.

5.2. TEORÍA DE SUSTENTO

5.2.1 Síndrome de Burnout

Se presenta una clasificación que integra diferentes modelos elaborados para explicar la etiología y consecuencias del síndrome (modelos explicativos). En esta clasificación se distingue entre modelos desarrollados en el marco de la teoría socio cognitiva del yo, modelos elaborados desde las teorías del intercambio social y modelos elaborados desde la teoría organizacional.

1. El primer grupo incluye los modelos desarrollados en el marco de la teoría socio cognitiva del yo. Se caracterizan por otorgar a las variables del self (es decir, la auto eficacia, la auto confianza, y el autoconcepto) un papel central para explicar el desarrollo del síndrome. Uno de los modelos más representativos de este grupo es el modelo de competencia social de Harrison (1983).

Según Harrison la competencia y la eficacia percibida son variables clave en el desarrollo de este proceso. La mayoría de los individuos que empiezan a trabajar en profesiones de servicios de ayuda están altamente motivados para ayudar a los demás y tienen un sentimiento elevado de altruismo. Esta motivación junto con la presencia de factores de ayuda o factores barrera va a determinar la eficacia del individuo en la consecución de sus objetivos laborales. Altos niveles de motivación junto con la presencia de factores de ayuda (objetivos laborales realistas, buena capacitación profesional, participación en la toma de decisiones, disponibilidad y disposición de recursos, etc.) aumentan la eficacia percibida y los sentimientos de competencia social del individuo. Por el contrario, los factores barrera (ausencia de objetivos laborales realistas, disfunciones del rol, ausencia o escasez de recursos, sobrecarga laboral, conflictos interpersonales, etc.) dificultan la consecución de los objetivos, disminuyen los sentimientos de auto eficacia y, con el tiempo, se origina el síndrome de quemarse por el trabajo.

2. Un segundo grupo recoge los modelos elaborados desde las teorías del intercambio social. Estos modelos consideran que el síndrome de quemarse por el trabajo tiene su etiología en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los individuos como resultado del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales.

En el contexto de las organizaciones sanitarias también contribuye al desarrollo del Síndrome de Quemarse los procesos de afiliación social que originan situaciones de contagio del síndrome (profesionales que adoptan los síntomas del síndrome que perciben en sus compañeros). Además, la relación entre estas variables antecedentes y los sentimientos de quemarse por el trabajo está modulada por los sentimientos de autoestima, por los niveles de reactividad del individuo, y por la orientación en el intercambio.

3. Por último, el tercer grupo considera los modelos elaborados desde la teoría organizacional. Estos modelos incluyen como antecedentes del síndrome las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional. Son modelos que se caracterizan porque enfatizan la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse.

La atención al paciente es la primera causa de estrés, así como la satisfacción laboral. El sufrimiento o estrés interpersonal del profesional se origina por la identificación con la angustia del enfermo y de sus familiares, por la reactivación de sus conflictos propios y la frustración de sus perspectivas diagnósticos-terapéuticas con respecto al padecimiento del enfermo.

El Síndrome Burnout o síndrome de "estar quemado", recoge una serie de respuestas a situaciones de estrés que suelen provocar la "tensión" al interactuar y tratar reiteradamente con otras personas.

Es conocida la relación entre Burnout y sobrecarga laboral en los profesionales asistenciales, de manera que este factor produciría una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente. Sin embargo no parece existir una clara relación entre el número de horas de contacto con los pacientes y la aparición de Burnout, si bien si es referida por otros autores.

5.2.1.1. DESARROLLO DEL SINDROME DE BURNOUT

El Síndrome de Burnout se desarrolla de forma continua y fluctuante en el tiempo. Según Chernis, el Síndrome se desarrolla en tres fases evolutivas:

- ❖ En la primera, tiene lugar un desequilibrio entre las demandas y los recursos, es decir se trataría de una situación de estrés psicosocial
- ❖ En la segunda, se produce un estado de tensión psicofísica
- ❖ En la tercera, se suceden una serie de cambios conductuales, consecuencia de un afrontamiento de tipo defensivo y huidizo, que evita las tareas estresantes y procura el alejamiento personal, por lo que hay una tendencia a tratar a los pacientes de forma distanciada, rutinaria y mecánica, anteponiendo cínicamente la gratificación de las propias necesidades al servicio que presta.

En general el Síndrome se caracteriza por:

- ❖ Es insidioso:

Se impregna poco a poco, uno no está libre un día y al siguiente se levanta quemado, va oscilando con intensidad variable dentro de una misma persona (se sale y se entra).

❖ Con frecuencia es difícil establecer hasta que punto se padece el síndrome o simplemente sufre el desgaste propio de la profesión y donde está la frontera entre una cosa y la otra.

❖ Se tiende a negar:

Ya que se vive como un fracaso profesional y personal.

Son los compañeros los que primero lo notan; lo que representa una base importante para el diagnóstico precoz.

❖ Existe una fase irreversible:

Entre un 5% y 10 % de los médicos, el síndrome adquiere tan virulencia que resulta irreversible y hoy por hoy la única solución es el abandono de la asistencia. En la profesión hay bajas.

El Síndrome de Burnout es un importante mediador patogénico que daña la salud del médico.

Los problemas emocionales de los médicos han sido con frecuencia ocultados y mal afrontados. Los numerosos estudios revelan, con contundencia, que las tasas del alcoholismo y adicción a drogas, así como los conflictos matrimoniales, trastornos psiquiátricos, depresión y suicidio, son varias veces superiores a las de la población general.

MANIFESTACIONES

El síndrome se manifiesta en los siguientes aspectos:

A. Psicosomáticos: fatiga crónica, frecuentes dolores de cabeza, problemas de sueño, úlceras y otros desórdenes gastrointestinales, pérdida de peso, dolores musculares, etc.

B. Conductuales: absentismo laboral, abuso de drogas (café, tabaco, alcohol, fármacos, etc.), incapacidad para vivir de forma relajada, superficialidad en el contacto con los demás, comportamientos de alto riesgo, aumento de conductas violentas.

C. Emocionales: distanciamiento afectivo como forma de protección del yo, aburrimiento y actitud cínica, impaciencia e irritabilidad, sentimiento de omnipotencia, desorientación, incapacidad de concentración, sentimientos depresivos.

D. En ambiente laboral: detrimento de la capacidad de trabajo detrimento de la calidad de los servicios que se presta a los clientes, aumento de interacciones hostiles, comunicaciones deficientes.

Este síndrome se da más en profesionales de la enseñanza, en profesionales de la salud; por ejemplo psiquiatras y psicólogo. Los factores personales, familiares, y organizacionales se hallan implicados en el surgimiento de este síndrome. Su prevención es compleja, pero **cualquier tipo de técnica adecuada en el tratamiento del estrés es una técnica adecuada de intervención.**

5.2.1.2. DESENCADENANTES DEL SÍNDROME EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

El estrés en los profesionales de la salud está originado por una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales. Son profesionales en los que inciden especialmente estresores como la escasez de personal, que supone sobrecarga laboral, trabajo en turnos, trato con usuarios problemáticos, contacto directo con la enfermedad, con el dolor y con la muerte, falta de especificidad de funciones y tareas, lo que supone conflicto y ambigüedad de rol, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, rápidos cambios tecnológicos, etc. Una clasificación de esos estresores permite identificar cuatro niveles (Gil-Monte y Peiró, 1997):

- a) En el nivel individual, la existencia de sentimientos de altruismo e idealismo lleva a los profesionales a implicarse excesivamente en los problemas de los usuarios, y convierten en un reto personal la solución de los problemas. Consecuentemente, se sienten culpables de los fallos, tanto propios como ajenos, lo cual redundará en bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y alto agotamiento emocional.
- b) En el plano de las relaciones interpersonales, las relaciones con los usuarios y con los compañeros de igual o diferente categoría, cuando son tensas, conflictivas y prolongadas, van a aumentar los sentimientos de quemarse por el trabajo. Asimismo, la falta de apoyo en el trabajo por parte de los compañeros y supervisores, o por parte de la dirección o de la administración de la organización son fenómenos característicos de estas profesiones que aumentan también los sentimientos de quemarse por el trabajo.
- c) Desde un nivel organizacional, los profesionales de la salud trabajan en organizaciones que responden al esquema de una burocracia profesionalizada. Estas organizaciones inducen problemas de coordinación entre sus miembros,

sufren la incompetencia de los profesionales, los problemas de libertad de acción, la incorporación rápida de innovaciones, y las respuestas disfuncionales por parte de la dirección a los problemas organizacionales. Todo ello resulta en estresores del tipo de ambigüedad, conflicto y sobrecarga de rol.

d) Por último, en el entorno social, se encuentran como desencadenantes las condiciones actuales de cambio social por las que atraviesan estas profesiones (la aparición de nuevas leyes y estatutos que regulan el ejercicio de la profesión, nuevos procedimientos en la práctica de tareas y funciones, cambios en los programas de educación y formación, cambios en los perfiles demográficos de la población que requieren cambios en los roles, aumento de las demandas cuantitativa y cualitativa de servicios por parte de la población, pérdida de estatus y/o prestigio, etc.)

5.2.2. TIPOS DE ESTRESORES LABORALES

Actualmente, es conocido el desequilibrio entre oferta laboral y demanda, que nos lleva a adaptarnos a un entorno laboral desconocido por nuestros progenitores. Estamos ante un nuevo mercado laboral caracterizado por una pérdida del valor de la parte de la humanidad que compone el mercado laboral.

Esta situación podría llegar a equipararse con un consumismo del mercado laboral, en el que se integran elementos tan importantes como la emigración, la eventualidad contractual, la descentralización productiva, los cortos ciclos de vida de los productos y la globalización. Todos ellos han desarrollado una nueva cultura empresarial con unos factores psicosociales que le son propios y que han propiciado la aparición de síndromes no detectados hasta el momento: Mobbing, Bullying, Bossing, y Burnout entre otros.

El Burnout se ha entendido como una combinación de diversos factores del entorno social, laboral, y del propio sujeto. Variables como la edad, el tipo de profesión, los medios tecnológicos, el desempeño del rol, el clima laboral, los contenidos del puesto y las características de la personalidad, entre otras, han sido estudiadas como antecedentes del síntoma. Algunas de estas variables han sido identificadas como condiciones potenciadoras del síntoma.

La condición de "potenciador" es sin embargo algo subjetivo; es decir, depende del tipo de apreciación que la persona hace de la situación, teniendo en cuenta sus características individuales y las estrategias de afrontamiento disponibles. Los estudios en este campo se han dirigido a identificar aquellos elementos recurrentes en cuya presencia las personas sufren Burnout y sus consecuencias.

Se han identificado numerosos potenciadores o **desencadenantes laborales** que se han intentado organizar en diversas categorías según el autor estudiado. Algunas de las que consideramos más significativas son las siguientes a modo de ejemplo son las siguientes:

- Rol en la organización
- Desarrollo de carrera
- Factores intrínsecos al puesto y condiciones de trabajo
- Estructura y clima organizacional
- Fuentes extra-organizacionales (como los problemas familiares)
- Características personales

Sin embargo Peiró (1992) establece **cuatro categorías** para el análisis de los **estresores laborales**:

- Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto como fuente de estrés laboral.
- Estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera
- Estresores relacionados con las nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales
- Fuentes extraorganizacionales de estrés laboral: relaciones trabajo-familia.

En base a las múltiples categorías establecidas por los investigadores es posible distinguir **cuatro tipos de estresores**:

- **Agudos**: Son aquellos que presentan un inicio determinables, su duración es breve y ocurren con poca frecuencia siendo su intensidad alta. Ejemplo: el despido.
- **Crónicos**: Son aquellos en que el inicio está poco definido, se repiten con frecuencia, pueden presentar una duración corta o larga, y ser de baja o media intensidad. Ejemplo: inseguridad laboral.
- **Pequeños potenciadores de la vida diaria**: Tiene un inicio específico, ocurren con cierta frecuencia y son de baja intensidad. Ejemplo: Retrasos en el transporte público al ir al trabajo.
- **Los desastres**: Tienen un inicio bien definido, pueden ser de corta o larga duración, ocurren con muy poca frecuencia y presentan una alta intensidad. Ejemplo: Accidente laboral de un compañero.

5.3. CLIMA ORGANIZACIONAL

La psicología es la ciencia que se ocupa del estudio de la conducta humana por lo cual su eje de estudio se centra en un aspecto muy particular, el hacer.

El hombre tiene la capacidad de transformar la naturaleza y su relación con la naturaleza está establecida por el trabajo cuyo producto preexiste en su conciencia antes de producirlo. En función de ello, podemos definir a la psicología laboral como una ciencia aplicada de carácter social que, haciendo eje en el hombre en su medio laboral, intenta explicar los complejos procesos psicológicos que se desencadenan en la interdependencia.

Por otro lado, las organizaciones, definidas como un sistema constituido por un grupo de personas que conforman subgrupos sectoriales, integrados por individuos interactuantes e interdependientes, constituyen un sistema abierto en constante comunicación con el contexto para percibir sus variaciones y adaptarse a sus necesidades. Dentro de éstas podremos observar un sistema formal, con sus normativas de procesos, y un sistema informal determinado por la actividad e interacción habitual de la organización. La organización plantea la configuración de un grupo humano complejo que actúa dentro de un contexto deliberadamente constituido para la realización de fines y necesidades específicas.

La importancia de un "Clima Organizacional" reside en el hecho de que el comportamiento de un trabajador no es una resultante de los factores organizacionales existentes, sino que depende de las percepciones que tenga el trabajador de estos factores.

Sin embargo, estas percepciones dependen de buena medida de las actividades, interacciones y otra serie de experiencias que cada miembro tenga con la organización para la que trabaja. De ahí que el Clima Organizacional refleje la interacción entre características personales y organizacionales.

Los factores y estructuras del sistema organizacional dan lugar a un determinado clima, en función a las percepciones de los miembros. Este clima resultante induce determinados comportamientos en los individuos.

A fin de comprender mejor el concepto de Clima Organizacional es necesario resaltar los siguientes elementos:

- ❖ El Clima se refiere a las características del medio ambiente de trabajo.
- ❖ Estas características son percibidas directa o indirectamente por los trabajadores que se desempeñan en ese medio ambiente.
- ❖ El Clima tiene repercusiones en el comportamiento laboral.
- ❖ El Clima es una variable interviniente que media entre los factores del sistema organizacional y el comportamiento individual.
- ❖ Estas características de la organización son relativamente permanentes en el tiempo, se diferencian de una organización a otra y de una sección a otra dentro de una misma empresa.
- ❖ El Clima, junto con las estructuras y características organizacionales y los individuos que la componen, forman un sistema interdependiente altamente dinámico.
- ❖ Las percepciones y respuestas que abarcan el Clima Organizacional se originan en una gran variedad de factores:
 - ❖ Factores de liderazgo y prácticas de dirección (estilo gerencial)
 - ❖ Las consecuencias del comportamiento en el trabajo (trabajo en equipo).

5.3.1. EL CAMPO DE LA PSICOLOGÍA ORGANIZACIONAL

Esta disciplina se desarrolló ampliamente en las últimas décadas, con un enfoque interdisciplinario, en virtud de la problemática del manejo de los recursos humanos. Inicialmente eran los psicólogos industriales quienes, con pocos elementos, se acercaban a las organizaciones para la selección y reclutamiento de personal. Para entender el ordenamiento del trabajo recurrieron a los ingenieros quienes realizaron su aporte ordenando los procesos con el fin de optimizar la selección de personal a partir de una definición más clara del puesto de trabajo para adecuar las capacidades del individuo con la tarea a realizar. Luego, gracias al aporte de otras ciencias, surge el psicólogo organizacional, cuya función es analizar las relaciones entre las partes.

El psicólogo organizacional, no sólo se ocupa de problemas tales como el reclutamiento, evaluación, selección, entrenamiento, análisis de cargos, incentivos, condiciones de trabajo, etc. sino también del comportamiento de los grupos y subsistemas de trabajo y de la respuesta de la organización en su conjunto ante estímulos internos y externos.

El nivel del individuo, punto extremo de la división del trabajo, es el campo de estudio de la psicología organizacional. Un conflicto siempre se expresa a través de los individuos, éstos tienen una personalidad que reacciona subjetivamente ante diversas situaciones. El individuo aspira al éxito psicológico y a la autoestima, por ello, Argyris sostiene, si se desarrollan las actividades esenciales de la organización centradas en el logro de los objetivos, el mantenimiento del sistema interno y la adaptación al contexto, el individuo tendrá más oportunidad de expresar sus potencialidades, experimentar la autoestima y alcanzar el éxito psicológico.

5.3.2. PSICOLOGÍA DE LAS ORGANIZACIONES

La vida entera de un individuo se desarrolla dentro de las organizaciones y, dentro de ellas, encuentra una vida social en la cual se mezclan y enfrentan ideas, sentimientos, intereses y aspiraciones. Los responsables de tales organizaciones se esfuerzan por canalizar y orientar esos comportamientos con el objeto de producir bienes ó servicios.

A lo largo de la historia se han desarrollado diversas teorías cuyo fin es definir una concepción ideológica del hombre y la organización desde tres ejes:

❖ Teorías clásicas ó racionalistas (Taylor)

Analiza los procesos productivos con el fin de aumentar la eficiencia y la productividad, desarrollando técnicas y métodos para normalizar la producción a través de la descomposición de tareas complejas en un conjunto de tareas simples. El hombre es un engranaje en la máquina de la eficiencia y la productividad, motivado por el miedo al hambre y la necesidad de dinero para sobrevivir por lo cual respondía únicamente ante las recompensas salariales.

❖ Teorías de las relaciones humanas (Mayo y Lewin)

Lograr la armonía dentro de la empresa vinculando la productividad con el estado de ánimo de los trabajadores. Trata de interpretar los cambios del contexto y las empresas descubriendo el sentido de algunos procesos sociales y estudiando en profundidad la influencia del ambiente de trabajo en la productividad y los accidentes laborales. El hombre es un ser social, pensante, íntegro y con sentimientos. Todo individuo necesita formar parte de un grupo, ser reconocido y ser tenido en cuenta por lo cual está motivado por el reconocimiento social y su pertenencia al grupo.

- ❖ Teorías de la organización como sistema abierto y del agente complejo y autónomo

La organización es un sistema que interactúa con el ambiente y, como sistema, se compone por diferentes elementos que mantienen entre sí un mínimo de cooperación para alcanzar objetivos comunes y propios. El hombre es un agente complejo y autónomo que actúa en la organización.

- ❖ Toda organización está constituida por grupos de individuos interdependientes e interactuantes para la realización de un objetivo común.

Esta interdependencia fundamenta la unidad de la organización y, por ello, cualquier modificación de un elemento trae aparejada la modificación de todos los demás.

- ❖ Entorno multidimensional - específico: la organización, como cualquier sistema social, interactúa con un entorno multidimensional pero limitado a aquellos elementos que están efectivamente en relación con ella.

- ❖ Relaciones con el entorno: las mismas podrán ser, según las funciones de la organización, primarias en lo referente a la producción de un bien ó prestación de un servicio y secundarias cuando proporciona empleo a la población de una región determinada.

- ❖ Sistema formal: intenta alcanzar el objetivo de la organización utilizando de modo racional los medios disponibles controlando, de esta manera, el comportamiento de los individuos y de los grupos para hacerlos previsibles. El análisis de este sistema puede ayudar a interpretar los comportamientos observados en las organizaciones.

❖ Sistema informal: el sistema formal, por el sólo hecho de existir, produce presiones de diverso tipo a las que el individuo responde por medio del comportamiento, relaciones y estrategias no previstas por la organización.

a) Trabajo en equipo

Debemos tener claro que una labor colectiva sincronizada y sobretodo efectiva, es el deseo de cualquier gerente ya que éste ha logrado, o por lo menos influido, en implantar un sistema de trabajo armónico en sus subordinados. No obstante esto no se obtiene por arte de magia, sino que es un proceso donde comienza en un grupo de personas con diversos caracteres de personalidad y emocionales, que a medida que pasa el tiempo, frente a las situaciones laborales y errores propios, van capitalizándolos y determinando las propias habilidades de sus miembros para llegar a objetivos propuestos.

El proceso de trabajo en grupo y volverse en un equipo de trabajo, será más corto en el tiempo y así se dará progresivamente:

❖ Situación nueva+necesidad de solucionarlo+personas trabajando en grupo+tiempo+liderazgo directivo=Trabajo En Equipo= Trabajo y desempeño satisfactorio.

❖ Luego ante una situación similar, ya hay desde el inicio es un trabajo en equipo (porque ya tienen experiencia en solucionarlo y saben qué acciones desempeñar)+liderazgo delegador+un menor tiempo que la última vez= Buen trabajo y desempeño.

❖ Después ante una situación similar+un liderazgo delegador+un menor tiempo que la última vez= Muy buen trabajo y desempeño.

❖ Pero ante una nueva situación conflictiva, ese mismo equipo de trabajo se volverá (por un corto tiempo o hasta que alineen funciones o manejen su sinergia) un grupo de trabajo, que para convertirse nuevamente en un equipo de trabajo requerirán tiempo y manejo del líder.

Para que una persona esté dispuesta a trabajar en equipo, debe quererlo y saber que por sí sola (hay excepciones) no podrá lograr cumplir con sus metas, por eso el líder del equipo debe ser un excelente negociador y detectar cuales son las motivaciones de cada integrante y satisfacerlos con los resultados que logren juntos. Y ante cada situación superada, el líder debe aterrizar conceptos y juntarse con sus subordinados para hacerlos pensar a través de preguntas abiertas, sobre las cosas que aprendieron de este problema y cómo sería la mejor forma de solucionarlo en un futuro próximo.

DIFERENCIA ENTRE GRUPOS DE TRABAJO Y EQUIPOS DE TRABAJO

GRUPOS DE TRABAJO	EQUIPOS DE TRABAJO
❖ Líder fuerte.	❖ Equipo de trabajo liderazgo compartido.
❖ Responsabilidad individual.	❖ Responsabilidad individual y solidaria.
❖ Tienen el mismo objetivo que la organización.	❖ Tienen un propósito específico.
❖ El producto del trabajo es individual.	El producto del trabajo es colectivo.
❖ La eficiencia es el eje de las reuniones.	❖ Se alienta la discusión abierta y la resolución de problemas.
❖ Su efectividad se mide de acuerdo a los resultados financieros.	❖ Su efectividad se mide de acuerdo a los resultados obtenidos.
❖ Se discute, decide y delega	❖ Se discute, decide y trabaja en común.

IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO

- ❖ Mejora la calidad del trabajo y del servicio.
- ❖ Crea un clima que favorece a la creatividad y a las iniciativas.
- ❖ Incrementa la motivación y la satisfacción de los empleados.
- ❖ Incrementa la productividad y los resultados.
- ❖ Facilita el aprendizaje y el intercambio de información.
- ❖ Desarrolla habilidades.
- ❖ Produce mejoras en los métodos de trabajo

FACTORES CRÍTICOS DEL TRABAJO EN EQUIPO

Equipo de Trabajo	Trabajo en Equipo
Asignación de personas	Estrategias, procedimientos
Para cumplir una meta	y metodológicas

5.3.3. LA ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN CLÍNICAS Y HOSPITALES

Es un tema verdaderamente difícil considerando todos los tipos de profesionales que forman el grupo o equipo de trabajo, no necesariamente por la cantidad de personas que pueden reunirse en un Hospital o Clínica si no también por los diferentes profesionales que trabajan en ella, cada uno de los cuales tiene premisas y objetivos de trabajo diferentes, debido principalmente al tipo de formación que reciben, lo que redundará básicamente en su identificación frente a la institución, es debido a esta diversidad que los gerentes del personal a cargo deben de estar preparados para manejar adecuadamente el Clima organizacional y para ello deben de empezar por entender y conocer a los diferentes tipos de profesionales que conforman la organización, este trabajo pretende contribuir de alguna manera a este entendimiento y en general aportar en los criterios que se deben tomar para llevar adelante la gestión de personal en instituciones de salud.

Otro aspecto a considerar para lo que es la administración de recursos humanos, la complejidad de la descripción de puestos, la selección de personal y la evaluación de desempeño, en los casos específicos de muchos de los países de Latinoamérica, estos procedimientos no se emplean por considerarse innecesarios y por ignorancia de técnicas para llevarlos a cabo.

No existe mucha literatura referente Gerencia de Recursos Humanos, pero digamos en base a la experiencia de tantos años en este tipo de instituciones, la idea es generar una política de personal que sea efectiva y considere a todos los públicos al que esta dirigido los mismos que podemos agrupar en tres grupos:

- ❖ Personal Médico.
- ❖ Personal Asistencial, técnico y Paramédico.
- ❖ Personal Administrativo.

Se distribuyen de esa manera por considerar que estos tres grupos tienen diferentes características, por lo tanto diferentes expectativas, diferentes responsabilidades y roles dentro de las instituciones de salud.

Además se debe considerar que no por lo antes mencionado que estos trabajadores no tienen un objetivo en común como es brindar el mejor servicio en la atención de pacientes, preocupación que debe considerarse como la prioridad de la organización de salud.

5.4. TIPOS DE PERSONAL EN LAS CLÍNICAS Y HOSPITALES.

Como se ha descrito antes para poder gerenciar adecuadamente los recursos humanos de una Clínica u Hospital se tienen que definir los tipos de trabajadores que intervienen y para ello se describe bajo los siguientes aspectos:

- ❖ Características de la labor que desempeñan.
- ❖ Expectativas personales.
- ❖ Responsabilidades.
- ❖ Rol dentro de la organización.

Para un mejor entendimiento de la problemática del personal de las instituciones de Salud se han estudiado y detallado los factores que se deben tomar en cuenta por el área de Personal de las Clínicas y Hospitales:

- ♣ Variedad de profesiones y niveles socioeconómicos de los trabajadores.- El área de recursos humanos debe definir claramente los grupos de profesionales que conforman el personal de su institución pues a pesar de en la mayoría de los casos son profesiones complementarias en cuanto a su finalidad varía mucho el nivel de enseñanza y cultural por tanto se diferencian sus necesidades y su visión de desarrollo personal.
- ♣ Niveles de identificación con la Organización.- Los niveles de identificación con la organización también deben de medirse de manera que

pueda establecerse las medidas y políticas que se deben tomar para optimizar la identificación del personal con la institución y de esa manera lograr su mayor productividad, teniendo en cuenta también que depende de la identificación que tenga el personal para que inviertan todos sus esfuerzos para que la organización logre los objetivos planteados por la Dirección.

♣ Vocación de servicio a pacientes.- El área de recursos humanos debe evaluar al personal en función a este factor debido a que la persona que trabaja en una organización de salud, misma que se debe a sus pacientes debe de tener aptitud y actitud para atender pacientes tanto a nivel médico como a nivel asistencial, pues si el trabajo que realizan con los pacientes no es por vocación y solo por un interés económico se desvirtúa el servicio, se debe tomar en cuenta en este factor que los pacientes perciben claramente esta diferencia. La variable primordial y básica de la atención médica es la voluntad de quien da el servicio de curar y ayudar al paciente dado que lo que percibe más el paciente en el momento de la atención es la ayuda y el entendimiento de quien le presta el servicio.

♣ Diferenciamiento de roles y funciones.- Los roles del personal que componen la organización de salud, son variables y todos presentan igual importancia y son absolutamente complementarios, para ello podemos agruparlas de la siguiente manera:

- ✓ Personal de atención directa al paciente
- ✓ Personal de apoyo en la atención.
- ✓ Personal de la organización.

♣ Importancia de las funciones que desempeña el personal.- Aquí agrupamos aquellos profesionales que brindan la atención directa a los pacientes, y que son los que en mayor proporción responsables de la satisfacción del mismo, tomando en cuenta que son los que dan la cara al paciente y por lo tanto tiene que dar un trato amable y esmerado pues es lo que en realidad lo que percibe el paciente.

♣ Necesidades individuales y grupales.- Lo conforman todos aquellos que brindan ayuda a aquellos que tienen trato directo con los pacientes, normalmente trabajan directamente con los responsables de brindar el servicio al paciente y bajo sus ordenes, lo que supone que su responsabilidad es directa con el responsable del servicio.

5.5. MODELO COGNITIVO- COMPORTAMENTAL DEL SINDROME DE BURNOUT

La experiencia psicológica puede definirse como el conjunto de operaciones interiores y exteriores que realizan todos los seres humanos en su condición de sujetos en una actividad continua.

Esta experiencia surge a partir del entrecruzamiento de dos factores básicos: por un lado la actividad biológica y por otro la actividad social.

La estructura biofísicas, si bien está constituida por el sistema nervioso y el cerebro que se constituyen en la piedra angular sobre la que apoyan los procesos mentales, son estructuras que dependen directamente de funciones orgánicas y se verán continuamente afectados por el estado general del organismo, al mismo tiempo participan en su preservación y regulación.

La estructura social por su parte, como entorno inmediato que rodea a las personas, ejerce una influencia determinante sobre las funciones psicológicas, provee las condiciones necesarias para su desarrollo y para la satisfacción de las necesidades que permitirán la continuidad de su existencia.

Esta interdependencia entre lo psicológico, lo biológico y lo social queda plasmada en el análisis del desarrollo humano en sí mismo.

Se plantea un modelo de desarrollo concurrente que concibe la evolución de los factores psicológicos, de forma simultánea en el desarrollo de los factores biológicos y sociales (Fernández Álvarez, 1992). El ser humano necesita organizar la realidad en la que debe desplegar su vida y al mismo tiempo desarrollar estrategias que le permitan adaptarse a la misma preservando y retroalimentando su integridad psicológica. En este proceso existe una estricta correspondencia tanto con el orden social como con lo biológico. Las estructuras neurobiológicas operan de acuerdo con un principio de actividad y organización que preserva su naturaleza y funcionamiento, así como el orden social las estructuras correspondientes operan bajo la necesidad de preservar el cumplimiento de un orden de legalidad, que garantice la efectividad de las normas. El cumplimiento de estos requisitos de organización aseguran en el orden social, el funcionamiento de las instituciones, evitando la desintegración del sistema, la anomia y el caos; en el orden biológico, el funcionamiento vital, evitando la desintegración celular y, por consiguiente, la muerte física.

Por tanto, no es posible llegar a una comprensión de comportamiento humano sin integrar en el análisis la participación de los sustratos biológico y social.

Las diversas actividades producidas por el ser humano han sido clasificadas en tres áreas fundamentales: la cognición, la emoción, y la conductual, haciendo referencia a lo que piensa, a lo que siente y a lo que hace respectivamente.

El enfoque cognitivo-comportamental, pone énfasis en la actividad cognitiva postulándola como reguladora de la emoción y de la conducta. Así establece como uno de sus principios teóricos que: toda manifestación conductual y emocional está mediada por un componente cognitivo, afirmación sustentada por el hecho de que es en este nivel en el que se sintetizan los significados que permiten la comprensión de la realidad de parte del sujeto, posibilitando su adaptación.

Pese a la importancia de estos procesos, este modelo demuestra la imposibilidad de atribuir a los mismos la exclusividad y protagonismo debido a que existe una relación de interdependencia entre factores emocionales, cognitivos y conductuales en la que cada uno se afecta y co-determina mutuamente.

ESTRUCTURA COGNITIVA

La cognición se conceptualiza como un sistema que comprende estructuras, procesos y funciones. Las estructuras son conceptualizadas como componentes estáticos del sistema, refiriéndose a registros sensoriales, memoria a corto plazo y memoria a largo plazo. Los procesos hacen referencia a la dinámica de la actividad que se genera en el sistema; y las funciones son entendidas como formatos y contenidos del sistema, por ejemplo: la discriminación, selección, evaluación, almacenamiento, inferencia y recuperación de la información (De Vega, 1988)

Entre los elementos que determinan el funcionamiento del sistema encontramos a los "factores atencionales", que propician y acompañan todo procesamiento y que actúan como mecanismo de autocontrol y de control de la estimulación externa. Los receptores sensoriales que permiten el ingreso de la información proveniente del entorno y del propio sujeto poseen una capacidad de registro limitada, por lo que el papel de la atención resulta fundamental, esta actúa seleccionando, focalizando y resaltando aquella información que por su relevancia, es susceptible de ser percibida. De igual forma selecciona y activa los procesos y los contenidos que permitirán el procesamiento de la información que ingresa al sistema.

Paralelamente estos procesos atencionales se ven influenciados por factores emocionales ya que su direccionalidad se ve afectada por información proveniente de sensaciones físicas a las que, al mismo tiempo, hace participar de los procesos de percepción y de representación. Ocurre lo mismo en relación a la conducta, la atención selecciona la información interna y externa respecto a las situaciones que

requieren de una acción específica y a la cualidad y dirección que debe tomar la misma, activando finalmente los procesos que la harán posible. Pero las conductas en si misma también influyen sobre la atención, al proveer de nueva información proveniente de sus consecuencias que exigirá modificaciones en la dirección del proceso atencional.

Al igual que la atención, son fundamentales los llamados "procesos relacionales", los mismos que implican las representaciones simbólicas que clasifican, comparan, relacionan, evalúan, almacenan y recuperan la información.

En estos procesos relacionales se consideran como parte fundamental a los llamados esquemas, que son entendidos como estructuras que integran y adscriben significado a los hechos. Son los responsables de la secuencia que va desde la recepción de un estímulo, hasta el punto final de la respuesta conductual. La integración de los estímulos ambientales y la conformación de una respuesta adaptativa dependen de esos sistemas entrelazados de estructuras especializadas.

Los esquemas son unidades básicas de procesamiento organizadas según funciones y contenidos. Los esquemas cognitivos tienen que ver con la abstracción, la interpretación y el recuerdo; los esquemas afectivos son responsables de la generación de sentimientos; los esquemas motivacionales se relacionan con la generación de deseos; esquemas instrumentales preparan para la acción; y, los esquemas de control que toman parte en la auto observación y la inhibición y dirección de las acciones.

También los esquemas poseen cualidades estructurales como amplitud, flexibilidad o rigidez, y densidad.

Los esquemas entendidos así, son estructuras que organizan la información proveniente del interior y del exterior del sujeto, definiendo los nodos

conceptuales o unidades de significado que contiene la información procesada en forma de representaciones simbólicas.

Los esquemas se interconectan conformando redes o los llamados mapas cognitivos donde los nodos cognitivos son interconectados posibilitando un flujo de información que permite la representación de conceptualizaciones complejas.

Entonces, la persona, gracias a estas redes cognitivas van almacenando representaciones que contienen tres tipos de conocimiento:

- a) Conocimiento sensorio- perceptual.- Que es empleado en el reconocimiento de patrones sensoriales y en el almacenamiento de recuerdos de sensaciones. Cuando estas estructuras se activan internamente, son responsables de la experiencia de generar imágenes y de su procesamiento, junto con las imágenes de los objetos, este almacén también mantiene mapas cognoscitivos de las disposiciones de éstos en el espacio.
- b) Conocimiento Procesal.- Es el conocimiento de "como" hacer algo, desde las habilidades motoras, a las intelectuales, hasta la producción del lenguaje, se constituye de jerarquías de producciones o reglas que actúan como programa interno que permite llevar a cabo una tarea. Estas producciones proporcionan las estructuras de control cognitivo ya que regulan los movimientos o transformaciones sucesivas en el pensamiento, la solución de problemas y la planeación.
- c) Conocimiento Proposicional.- Incluye a las creencias acerca de uno mismo y del mundo que lo rodea, el conocimiento de los conceptos y significados de las palabras, el conocimiento de hechos generales de de objetos específicos, eventos y episodios. Por este tipo de conocimiento, las personas conforman las reglas y leyes según las cuales se rigen los acontecimientos que los circundan y que se constituirán en parámetros de referencia para la evaluación y regulación de sus acciones.

01787



Las creencias se constituyen en constructores hipotéticos que se encuentran fundamentados en el pensar, sentir, comportarse e interactuar del sujeto con el entorno, suponen como afirma Charles Peirce, reglas para la acción ya que implican sensaciones que se esperan y conductas que se preparan. Así, las creencias suponen una conducta predecible, que se explica en la acción, identificándose su efecto sobre el individuo y la intensidad del mismo, en la frecuencia y las formas de la acción que se produce.

ESTRUCTURA AFECTIVA

El constructo integrador constituido por la esfera afectiva, no se interpreta como una entidad definida por un contenido específico de conocimientos, sino como proceso ordenador unitario en el que se busca la continuidad y la coherencia interna. La búsqueda de continuidad y coherencia hacen el núcleo gravitante del sujeto debido a que en él, al sintetizarse la experiencia interna, la estimulación percibida encuentra un significado que, si bien es personal, tiene un correlato con significados compartidos con los integrantes de su entorno social (Bruner). Este proceso es fundamental para su adaptación ya que le permite, por un lado, la comprensión de los requisitos de adaptación y, por otro su participación activa mediante la comunicación de sus necesidades, sentimientos y deseos, así como las ejecuciones destinadas a preservar su integridad. De igual forma, el verificar la falta de coherencia entre sus experiencias y los acontecimientos percibidos, le permite imprimir modificaciones a sus pensamientos, emociones y comportamientos y/o influir mediante sus acciones sobre las condiciones externas adversas, de manera tal que se consiga restablecer la coherencia interna.

El proceso de significación, del cual es protagonista este constructo, se logra gracias a la función valorativa del yo que se caracteriza por actuar de forma bidireccional. Por un lado, otorga dimensiones valorativas tanto a los contenidos experimentados como externos (personas, objetos, situaciones), como aquellos experimentados como internos (pensamientos, sensaciones, y acciones); por otro

lado, y simultáneamente, se valora a sí mismo. Las dos direcciones que toma la función valorativa se afectan y determinan mutuamente, de tal forma que el modo de valorar las experiencias depende de la valía de la persona definida y a la inversa, depende del valor atribuido a sí mismo para determinar el valor de las experiencias.

Los valores atribuidos tienen la característica de ser dimensiones abstractas que, al mismo tiempo que los determinan, se apoyan en los sistemas de creencias y compromisos con determinadas "formas de vida", instaurados por el desarrollo en una cultura específica.

La autovaloración, o percepción de la propia valía afecta intensamente a los pensamientos, emociones y acciones, tiene también un papel fundamental en el procesamiento y significación de la experiencia, por trascender dimensiones tiempo-espaciales, integrando la forma de experimentar el presente, la historia de vida de las personas.

ADAPTACIÓN Y MODELOS DE REALIDAD

El hombre como factor de un sistema material y social, encuentra como única vía de subsistencia, desarrollar habilidades y estrategias que le permitan adaptarse a las condiciones de su entorno y modificarlas para asegurar su permanencia y bienestar.

En el proceso de organizar la realidad para poder participar efectivamente de ella se ha definido en el ser humano una búsqueda constante por el orden, la clasificación y la asignación de significados. El significado, por su misma naturaleza es un fenómeno muy personal hecho que al ser evidenciado determinó un cambio epistemológico en las concepciones de realidad y observador.

El sistema cognitivo se constituye en la estructura capaz de proporcionar una representación heurística de sí mismo y de la realidad, las estructuras cognitivas

forman, los modelos de representación de la realidad que son la única posibilidad que tiene el individuo de establecer una relación con el mundo que lo rodea. Como resultado de la integración de creencias y compromisos la identidad personal refleja los planes de vida y modelos personales hacia los cuales el individuo destinará sus esfuerzos y que se constituirá en el marco de referencia básico para la evaluación de sí mismo en relación a la experiencia externa.

La actividad reguladora de la identidad personal se lleva a cabo controlando los procedimientos ejecutivos del conjunto de reglas, sobre el que descansa la coherencia y la estabilidad de los modelos de realidad.

En función a la identidad personal se definirá, entonces, la actitud hacia la realidad consistente en la interacción continua tendiente a lograr la coherencia de los planes y conductas realizadas con las creencias y compromisos personales.

ESQUEMAS COGNITIVO COMPORTAMENTALES

Los esquemas cognitivo-afectivos se refieren a aquellas estructuras que, como procesadoras de información proveniente del entorno y del interior de la propia persona, la integran de tal forma que dan paso a un significado personalizado de la realidad interna y externa del individuo, generando las peculiaridades emocionales, comportamentales, y cognitivas que caracterizarán la interacción del sujeto con su entorno y consigo mismo.

La definición de esquemas cognitivos-afectivos, específicos responde a las características de los contenidos y funciones que integran y que ejercen sobre el sistema general, estos esquemas son interdependientes y se afectan mutuamente. La descripción presentada como esquemas diferentes obedece a razones metodológicas y no a razones reales ya que, no es posible verificar el funcionamiento de alguno de ellos independientemente del funcionamiento de los demás.

1. ESQUEMA DE MODELING O MODELADO.- Este esquema se refiere al procesamiento por el cual se efectúa el aprendizaje mediante la observación de las conductas de otras personas y las consecuencias que tiene para ellas. Este tipo de aprendizaje denominado vicario o por intuición se constituye en la base de virtualmente todos los fenómenos de adquisición de reglas e integración de conductas ya que las limitaciones de tiempo, recursos y movilidad impiden que todos los aprendizajes sean adquiridos por formas de experimentación directa (Bandura, 1977).

El esquema de modeling integra información referida a aquellas creencias, normas, valores, formas de interpretación y de acción, que al ser observados y asociadas a consecuencias positivas en los modelos. Se observa que a medida que se desarrollan las capacidades para el procesamiento se incrementa la posibilidad de pasar gradualmente de la imitación de modelos a la generación de formas propias de interacción, el efecto de estos procesos de modelado mantienen su influencia sobre los procesos de significación.

2. ESQUEMAS DE AUTOCONCEPTO.- Este esquema hace referencia a los procesos mediante los cuales el individuo procesa y significa los contenidos afectivos y cognitivos respecto a sí mismo configurando la representación que lo define y caracteriza en la interacción con su entorno. La unidad representacional generada se constituye en el autoconcepto denominado también como sí mismo o self, que integra los atributos psicológicos personales que son el resultado de la función de reflexión personal mediante la cual el sujeto accede al conocimiento genérico respecto a sí mismo y analiza sus experiencias, pensamientos y afectos.

Sin embargo, el autoconcepto va más allá de la definición de las características del propio individuo, involucra la síntesis de la interrelación con el entorno y consigo mismo, determinando las características de su interacción con la realidad. A partir del funcionamiento de subesquemas que lo integran (auto percepción, auto imagen, y autoestima), procesa, evalúa y significa simultáneamente los

acontecimientos externos y las experiencias internas regulando sus acciones y las consecuencias ambientales y personales que producen.

Como resultado del procesamiento de este esquema, se determinan los atributos que caracterizan y dan significado al sí mismo de manera que quedan conformadas las creencias, necesidades y motivaciones darán sentido a sus ejecuciones y afectarán la valoración personal.

3. ESQUEMA DE AFRONTAMIENTO.- Este esquema integra los procesos que se constituyen en estrategias cognitivas, emocionales y conductuales mediante las cuales el individuo maneja exigencias específicas tanto internas como externas que significan un reto o una amenaza.

El afrontamiento tiene dos funciones principales, por un lado busca reducir y eliminar las consecuencias emocionales negativas de los estresores, como la ansiedad o la depresión (afrontamiento dirigido a la emoción), por otro, intenta modificar o alterar la situación potencialmente estresante mediante la resolución de problemas (afrontamiento dirigido al problema).

En este sentido los esquemas de afrontamiento participan en la significación de las situaciones, determinando las cogniciones, emociones y conductas que caracterizarán la interacción con acontecimientos estresantes. Sus niveles de efectividad retroalimentan la conceptualización de sí mismo y la valoración personal.

El concepto clásico de afrontamiento de Lazarus y Folkman se refiere a: "Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o débordantes de los recursos del individuo" (Gil-Monte P., PieróJ., 1997)

Como se señala, la capacidad de identificar específicamente las estrategias de afrontamiento ante la experiencia del sufrir de burnout, nos conduce, en forma resumida a los siguientes puntos:

- Estrategias individuales: Entrenamiento en solución de problemas; entrenamiento de la asertividad; entrenamiento para manejar el tiempo de manera eficaz.
- Estrategias grupales e interpersonales: Apoyo social principalmente en el trabajo.
- Estrategias organizacionales: Programas de socialización anticipada; evaluación y retroinformación; desarrollo organizacional.

A nivel individual se sabe que las estrategias de afrontamiento instrumentales destinadas a la solución del problema, también llamadas activas o de control, resultan más efectivas que aquellas estrategias emocionales, pasivas o paliativas. Entre las técnicas para la adquisición y mejora de las estrategias individuales de afrontamiento señalamos aquellas que tienen como objetivo la adquisición de destrezas para la resolución de problemas como entrenamiento en habilidades para la resolución de problemas, asertividad, manejo del tiempo, comunicación y relaciones o habilidades sociales.

A nivel grupal e interpersonal, para la prevención del síndrome, lo central es fomentar el apoyo social por parte de los compañeros y supervisores. El apoyo social en el trabajo, tiene diferentes impactos sobre el estrés laboral. Desde ser considerado como variable que reduce los efectos del estrés, concebirse como una función moduladora entre la acción del estrés y sus efectos, como estrategia de afrontamiento, en cualquier situación una de las fuentes más importantes de apoyo social proviene de los grupos informales.

Una de las características fundamentales de los grupos de apoyo social es la reducción de los sentimientos de soledad y agotamiento emocional, el incremento de los resultados, ayuda para desarrollar formas más efectivas de tratar con los problemas y la facilitación de un trabajo confortable. Otra forma es fomentar y

entrenar a los compañeros y supervisores en dar retroinformación (feed-back). Es considerada la información de retorno eficaz proporcionada por los miembros del grupo.

4. ESQUEMA ATRIBUCIONAL.- Este esquema hace referencia a la capacidad de simbolización que permite a los seres humanos crear y regular los hechos ambientales que afectan virtualmente a cualquier aspecto de sus vidas. Esta capacidad posibilita el procesamiento y la transformación de las experiencias en modelos internos o a través de símbolos, modelos que sirven como guías para la acción futura.

En este proceso de significación el esquema atribucional tiene fundamental influencia ya que determina la información respecto a los factores causales de los acontecimientos y a los efectos de los mismos para la vida presente y futura del individuo, información que es utilizada, tanto para la activación psicofisiológica, como para la interpretación de las sensaciones como estados emocionales específicos.

La necesidad de imponer un orden a la experiencia determina que como resultado de las atribuciones efectuadas, se conformen creencias respecto al funcionamiento general del sistema ambiental y personal, creencias a partir de las cuales se infieren motivos e intenciones para la propia conducta y la de los demás.

El sistema de creencias conformado posibilita que el individuo anticipe las características con las que se habrán de suceder los eventos, las formas de su anticipación en los mismos y las consecuencias de sus acciones. Cuando el contenido de las experiencias difiere de las anticipaciones efectuadas, el acontecimiento se experimenta como inesperado, provocando una incertidumbre cognitiva que activa esquemas atribucionales que proveerán de una explicación que restablezca el orden experiencial alterado. De esta forma los resultados predecibles, no requieren de atribuciones, mientras que si las exigen resultados

inesperados especialmente cuando se refieren al éxito o fracaso percibido en las propias ejecuciones debido a la importancia afectiva que involucra.

Como resultado del funcionamiento de este esquema se definen atribuciones que afectarán el sentido de valía personal y por ende las formas de interacción.

5. ESQUEMAS DE MOTIVACIÓN AL LOGRO.- Este esquema representa el establecimiento de metas, motivadas por expectativas de bienestar personal, cuya consecución supone determinado tipo de retroalimentación altamente valorada.

En el se procesa la información respecto a las condiciones personales y ambientales que establecen demandas y necesidades que al ser satisfechas, según el individuo, le permitirán preservar y desarrollar su integridad psicofisiológica.

Entonces el esquema de motivación hacia el logro, al mismo tiempo que establece las metas hacia las que se motivará la conducta, regula los niveles de esfuerzo y energía a emplearse, en función a los criterios de excelencia que el mismo esquema preestablece. Paralelamente, los criterios de excelencia participan en las evaluaciones que determinan las expectativas de auto eficacia y de resultado en la selección y diseño de los esquemas de acción que dirigirán la conducta.

Como resultado de esta evaluación se generan sensaciones positivas ante el reconocimiento de sus necesidades como satisfechas, sensaciones que se significan en forma de emociones específicas positivas que, al ser atribuidas a la propia eficacia retroalimentan positivamente al si mismo y repercuten en la significación de la valía personal.

Finalmente, la consecución del logro retroalimenta el esquema, pues el éxito alcanzado genera el deseo de mayores logros y por lo tanto mantienen la motivación para interactuar con el espacio de las metas, así por ejemplo, el logro

verificado en relación a metas sociales mantiene la motivación de interacción y competencia social.

6. ESQUEMAS DE CONTROL DE ESPACIO.- Este esquema procesa contenidos respecto al poder de dominio del sujeto sobre el entorno, las creencias y disposiciones que determina tienen gran influencia a la hora de establecer la configuración de su espacio de interacción. Contiene, tanto las creencias generales de control que incluyen las percepciones y expectativas que tiene la persona de poder ejercer una influencia sobre los acontecimientos vitales, como las expectativas específicas de la situación, que se refieren a las evaluaciones respecto al grado en que el individuo cree que puede determinar o modificar sus relaciones con situaciones específicas que causan estrés.

Como se puede observar la comprensión del funcionamiento, de los esquemas cognitivo afectivos permite explicar los procesos, motivaciones y conductas que definen la interacción del sujeto con su realidad externa e interna.

En el Síndrome de Burnout se tiene énfasis en cuanto a los factores de la atmósfera de trabajo, y que la identificación del desencadenante permita la planificación de acciones preventivas. Se presenta una sistematización de las causas principales del síndrome del burnout, destacando los aspectos siguientes: el exceso de trabajo, la falta del mando, la remuneración insuficiente, el derrumbamiento de la unión, la ausencia de justicia y los valores contradictorios. La tal sistematización siguiendo, al examinar o para explorar la situación de una cierta organización en busca de lo que está generando la incidencia del síndrome, todos estos aspectos deben examinarse. Cuando se los refirió los autores disertan en el exceso de trabajo, ellos se refieren tanto al exceso de volumen acerca del exceso para la calidad y/o diversidad de tareas. En la referencia a los valores contradictorios, ellos no consideran pertinentes sólo el examen de los conflictos entre los valores de los empleados y de la institución en conjunto, pero también entre los valores declarados y práctica de la organización. Se recomienda

explícitamente que la coherencia se aprecie entre valores atribuidos como los ideales a la organización, la misión, los objetivos y la política orgánica.

Las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud tienen una influencia significativa sobre su calidad de vida laboral y sobre la calidad del servicio que ofrecen las organizaciones del sector sanitario. Consecuencias como la tasa de accidentabilidad, la morbilidad y el absentismo de los profesionales están directamente ligadas a sus condiciones de trabajo. De igual manera, las actitudes que desarrollan los profesionales hacia los usuarios de la organización y el servicio que ofrecen están asociadas a los riesgos laborales de su entorno laboral, siendo de especial relevancia en el sector sanitario los riesgos laborales de origen psicosocial debido a que los profesionales trabajan en continua interacción con personas.

5.6. SISTEMA NACIONAL DE RESIDENCIA MÉDICA

En Bolivia el Sistema Nacional de Residencia Médica está integrado por el Ministerio de Salud y Deportes, la Universidad Boliviana y el Colegio Médico de Bolivia y se estructura de la siguiente forma:

- La Comisión Nacional de Postgrado del Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación.
- Comisión Regional de Integración Docente Asistencial e Investigación.
- Subcomisión Regional de Postgrado de los Comités Regionales de Integración Docente Asistencial e Investigación.
- Comités Docentes Asistenciales hospitalarios.

Las actividades del SNRM, están enmarcadas en disposiciones legales del Código de Salud, Modelo Normativo de Organización Hospitalaria, Código de Ética Médica del Colegio Médico de Bolivia, Reglamento de Especialidades del Colegio

Médico y el Reglamento de Postgrado de la Universidad Boliviana. Además de las transversales de: Ética y bioética médica, Equidad- Género, Calidad e Interculturalidad.

El objetivo general del SNRM, es formar recursos humanos especializados, de calidad basados en principios de integralidad, bioética e investigación en el área clínico quirúrgica y áreas complementarias para contribuir a mejorar el Sistema Boliviano de Salud.

Como en todo sistema educativo de formación profesional, existen requisitos específicos para la apertura de especialidades en el SNRM, que además están relacionados con las especialidades, el plan de estudio, postulaciones, admisión, evaluación y promoción de los médicos residentes.

La Residencia Médica es un sistema de formación post-gradual técnica, científica, de aprendizaje en el trabajo y de servicio, dirigida a médicos bajo el régimen de dedicación exclusiva a ser cumplida en años de formación determinados para cada especialidad y cuyo fin primordial es la preparación médica integral, científica, técnica, social y ética.

5.5.1. OBJETIVOS DE LA RESIDENCIA MÉDICA

De acuerdo al Reglamento de Residencia Médica en Bolivia podemos mencionar:

- Desarrollar recursos humanos especializados con alto nivel de resolución de las necesidades que el país requiera.
- Lograr conocimientos, habilidades y destrezas específicas en una determinada especialidad, en forma integral en el puesto de trabajo.
- Profundizar los conocimientos del Pre-grado y adquirir nuevos conocimientos.

- Promover la autoformación, la docencia y la investigación.

Para lograr estos objetivos la metodología a utilizar es la formación en servicio, aplicando la tendencia actual de "aprender haciendo", basado en la resolución de problemas.

5.5.2. REQUISITOS BÁSICOS PARA LA POSTULACIÓN

Todo postulante a la Residencia Médica esta obligado a presentar un expediente que contenga los documentos que se especifican de acuerdo al Reglamento de Residencia Médica, para su correspondiente solicitud.

5.5.3. EXAMEN DE ADMISIÓN

Acerca del examen de admisión, este es elaborado a partir de un banco de preguntas y respuestas actualizado anualmente por las Facultades de Medicina del Sistema y Sociedades Científicas en coordinación con el CNIDAI.

Tanto el procedimiento para la elaboración como para la aplicación del examen será único. La calificación final es el resultado de la suma de la nota obtenida en el examen de conocimientos más la calificación de méritos.

5.5.4. CRITERIOS DE CALIFICACIÓN DE POSTULANTES A LA RESIDENCIA MÉDICA

En cuanto a los criterios de calificación es ponderada de la siguiente forma:

- Méritos	20%
- Examen de conocimientos	80%
Total	100%

Los siguientes son aspectos que se consideran en la calificación de méritos:

MERITOS	PUNTOS
a) Promedios de notas del ciclo clínico e internado	Max. 4
b) Trabajo en instituciones de salud	Max. 5
	(rural 4) (urbano 1)
c) Docente Titular, ayudante, o Auxiliar docente universitario	Max.3
d) Cursos, congresos y jornadas	Max. 2
e) Publicaciones: trabajo publicado 1 punto, autor 1 punto, coautor medio punto.	Max. 2
f) Trabajos de investigación.	Max. 2
g) Idiomas: nativo y extranjeros debidamente certificados.	Max. 2

5.5.5. MEDICOS RESIDENTES

Son Médicos Residentes, los profesionales que después de cumplir con los requisitos de admisión han sido aceptados en el Sistema Nacional de Residencia Médica para recibir formación de postgrado en una determinada especialidad. En el Sistema Nacional de Residencia Médica, se reconocen dos tipos de residentes: Becario y No Becario.

- Residente Becario: Es el que recibe una remuneración mensual equivalente a medio salario de un médico de planta de tiempo completo.

- Residente no Becario: Es el que luego de cumplir los requisitos de admisión, accede a una plaza en esa condición en virtud de la calificación obtenida, y no recibe remuneración por el sistema durante todo el proceso de su formación. Puede accederse a esta condición siempre y cuando exista disponibilidad en la especialidad a la que postula según convocatoria anual y después de haberse cubierto las plazas de Becarios, por prelación de notas.

La distinción entre residentes Becarios y no Becarios, no establece distinción en el trato académico, administrativo y otros para ambas categorías de residentes, sin hacer diferencias y discriminaciones.

Los médicos residentes no se hallan bajo las disposiciones de tipo laboral que rige la Ley General de Trabajo.

En la Residencia Médica de nuestro país se reconocen tres niveles jerárquicos:

- Jefe de Residentes.
- Coordinador por especialidad.
- Residentes de cada año respectivamente.

Los médicos residentes participan en el proceso educativo con funciones de enseñanza, asesoramiento, supervisión, evaluación e información interna en los niveles jerárquicos inferiores. Además deben realizar actividades académicas, de asesoramiento, supervisión y evaluación a los alumnos de Pre-grado.

5.5.6. NORMAS DISCIPLINARIAS DE LAS ACTIVIDADES DE LOS MÉDICOS RESIDENTES

Como en todo sistema educativo de formación postgrado se establecen normas disciplinarias en cuanto al cumplimiento de las actividades de los médicos residentes, las cuales están establecidas en el Reglamento del Sistema nacional de Residencia Médica, de las cuales se mencionan las que son significativas en cuanto al análisis de esta investigación.

- **Horario.-** El horario de asistencia de los Médicos Residentes en los días ordinarios es de 7:30 am a 18:00 pm. Los días sábados de 7:30 am a 12:30pm.
- **Guardias Médicas Hospitalarias.-** Los Médicos Residentes realizan turnos de 24 horas de guardia médica hospitalaria, de acuerdo al rol establecido por la Jefatura de Enseñanza. Los días domingos y feriados es de 7:30 a 7:30 del día siguiente.

En cuanto a las sanciones se destacan:

- **Amonestación verbal.-** Que sancionan: Atrasos o inasistencias a las actividades programadas; Incumplimiento de las actividades académicas; Abandono del servicio asistencial sin permiso.
- **Amonestación Escrita.-** Reincidencia o reiteración de las faltas sancionadas; abandono del paciente; Dos amonestaciones verbales previas.

5.5.7. EVALUACIÓN DEL TRABAJO DEL MÉDICO RESIDENTE

Para asegurar la eficiencia y confiabilidad de la evaluación al Médico Residente, se deben cumplir con las siguientes normas:

- Planificar el programa de la Residencia Médica con los objetivos generales, específicos y diferenciar por grado académico de los cursantes.
- Registrar las actividades del Médico Residente según cada centro Hospitalario, del modo más frecuente posible.
- Asignar y distribuir equitativamente el trabajo.
- Evaluar el rendimiento del trabajo del Médico Residente en cantidad y calidad.
- Estimular la introducción de la auto evaluación.

La evaluación comprende tres áreas

- Cognoscitiva
- Psicomotriz
- Afectiva

También se establecen tipos de evaluación en dependencia de su propósito y del momento en que se producen:

- a) Evaluación de curso
- b) Evaluación de Certificado de promoción de curso.
- c) Evaluación de certificado de graduación como especialista.
- d) Titulación académica por la Universidad como especialidad.

La evaluación de curso se realiza diariamente, mensualmente, trimestralmente o cuatrimestralmente, dependiendo de la especialidad. Es obligatorio el uso de una tarjeta en todas las asignaturas. La escala de calificaciones es del 1 al 100% correspondiendo:

- 1 al 69% = Reprobado
- 70 al 100 % = Aprobado

Bajo el siguiente desglose:

70 a 80 %	Suficiente
81 a 90 %	Bien
91 a 95 %	Muy Bien
96 a 100 %	Excelente

La calificación anual es distribuida de la siguiente forma:

70 %	Actividades durante la gestión (evaluación continua y periódica).
20%	Examen teórico- práctico final.
10%	Presentación y defensa del trabajo de investigación.

Además de las áreas ya mencionadas también se evalúan destrezas incluidas en las actividades a nivel de:

- Consultorio Externo y Servicio de Emergencias.
- Quirófano.
- Salas de Hospitalización.
- Salas de Parto y Post- parto.
- Servicios Auxiliares de diagnóstico y de tratamiento.
- Otros según estructura hospitalaria y especialidad.

6. OPERACIONALIZACIÓN CONCEPTUAL

6.1. Síndrome de Burnout

El síndrome de quemarse por el trabajo se define como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización.

El síndrome Burnout o síndrome de "estar quemado" recoge una serie de respuestas a situaciones de estrés que suelen provocar la "tensión" al interactuar y tratar reiteradamente con otras personas. En la labor del psicólogo, el hecho de tratar con personas es la primera causa de estrés, así como la satisfacción laboral.

En general el Síndrome se caracteriza por que:

- a) Se impregna poco a poco, uno no está libre un día y al siguiente se levanta quemado, va oscilando con intensidad variable dentro de una misma persona (se sale y se entra).
- b) Con frecuencia es difícil establecer hasta qué punto se padece el síndrome o simplemente sufre el desgaste propio de la profesión y dónde está la frontera entre una cosa y la otra.
- c) Son los compañeros los que primero lo notan.
- d) Manifestaciones cognitivas
- e) Manifestaciones Psicosomáticas
- f) Manifestaciones Conductuales
- g) Manifestaciones Emocionales
- h) Manifestaciones en el ámbito Laboral

6.2. Clima Organizacional

El Clima Organizacional es un fenómeno interviniente que media entre los factores del sistema organizacional y las tendencias motivacionales que se traducen en un comportamiento que tiene consecuencias sobre la organización.

Desde esa perspectiva el Clima Organizacional es un filtro por el cual pasan los fenómenos objetivos (estilo gerencial, trabajo en equipo) por lo tanto, evaluando el Clima Organizacional se mide la forma como es percibida la organización.

Las características del sistema organizacional generan un determinado Clima Organizacional. Este repercute sobre las motivaciones de los miembros de la organización y sobre su correspondiente comportamiento. Este comportamiento tiene obviamente una gran variedad de consecuencias para la organización como, por ejemplo, productividad, satisfacción, rotación, adaptación, etc.

a) Trabajo en Equipo

Los equipos de trabajo funcionan con procesos participativos de tomas de decisiones y con tareas compartidas y responden por buena parte del trabajo gerencial de nivel superior. Uno de sus aspectos fundamentales es la habilidad multifuncional en virtud de la cual cada miembro del grupo debe poseer habilidades para desempeñar varias tareas.

Los equipos de trabajo pueden clasificarse de distintas maneras pero su éxito estará asegurado cuando se consiga el equilibrio, es decir, cuando se consiga tener un alto rendimiento sin perder de vista las necesidades individuales, del equipo, la organización y las situaciones que el contexto presente.

❖ Centrados en las personas: menos productivos pero con mejores resultados.

- ❖ Centrados en las tareas: la revisión constante de las tareas obstaculiza la necesidad de contemplar los resultados y procesos.
- ❖ Centrados en los resultados: consiguen un notable incremento en la productividad pero muchas veces de manera efímera.

7. VARIABLES

7.1. VARIABLES INDEPENDIENTES

♠ Clima Organizacional.

✓ Trabajo en Equipo

7.2. VARIABLES DEPENDIENTE

Predisposición al Síndrome de Burnout.

7.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VI= Clima Organizacional

Trabajo en Equipo → Categorías Evaluadas

CONSTRUCTO	CATEGORIAS	DIMENSIONES	INDICADORES	MEDIDORES	ESCALAS	INSTRUMENTOS
CLIMA ORGANIZACIONAL	TRABAJO EN EQUIPO	"Control de la tarea",	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Claridad de los objetivos del grupo. ❖ Grado de control de la tarea. 	No, nunca Algunas veces Muchas veces Si, siempre	Del ítem Nº 1 al Nº 7	Inventario para la Evaluación del Clima de Trabajo en Equipo
		"Enfrentamiento de conflictos"	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Fluidez de la comunicación. ❖ Enfrentamiento de los conflictos. 	No, nunca Algunas veces Muchas veces Si, siempre	Del ítem Nº 8 al Nº 14	
		"Participación en Decisiones"	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Participación en la toma de decisiones. ❖ Distancia Psicológica del líder. ❖ Identificación con el grupo u Organización 	No, nunca Algunas veces Muchas veces Si, siempre	Del ítem Nº 15 al Nº 21	

VD= Síndrome de Burnout

CONSTRUCTO	CATEGORIAS	DIMENSIONES	INDICADORES	MEDIDORES	ESCALAS	INSTRUMENTOS
SINDROME DE BURNOUT	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Manifestaciones Cognitivas ♣ Manifestaciones Psicosomáticas ♣ Manifestaciones Conductuales ♣ Manifestaciones Emocionales 	Cansancio emocional	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. 	0=Nunca 1=Pocas veces al año o menos 2=Una vez al mes o menos 3=Unas pocas veces al mes o menos 4=Una vez a la semana	Consta de 9 preguntas. Puntuación máxima 54. 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 Esta formada por 5 ítems. Puntuación máxima 30.	El Inventario de Burnout de Maslach (1986)
	<ul style="list-style-type: none"> ♣ Manifestaciones en el ámbito Laboral 	Despersonalización	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. 	5, 10, 11, 15, 22		

		Realización personal	❖ Sentimientos de Auto eficacia y realización personal en el trabajo.	5=Pocas veces a la semana 6=Todos los días.	Se compone de 8 ítems. Puntuación máxima 48. 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.	
--	--	----------------------	---	--	--	--

8. DISEÑO DEL METODO

Cuasiexperimental "Ex. Post facto", (Stanley y Cambell, 1984)

FUNDAMENTOS DEL TIPO DE DISEÑO

Se utilizó un diseño cuasiexperimental ex post facto retrospectivo en el que la variable dependiente fue la presencia o no de un patrón habitual de reacción ante situaciones estresantes evaluada mediante la Escala de Maslach, un cuestionario para la valoración del síndrome de Burnout ampliamente validado y adaptado al español.

La variable independiente fue la variable trabajo en equipo relacionada con la percepción del clima social laboral por parte de los sujetos y que se evaluaron a través del Cuestionario Clima de Trabajo en Equipo.

8.1. SELECCIÓN DE MUESTRA

"No probabilístico", R. Hernández, Fernández y Baptista (2003), a propósito de este tipo de muestreo describen: "La elección de elementos no depende de la probabilidad sino de las causas relacionadas con las características de la investigación y la decisión del investigador." (p. 327).

Lo importante de la muestra de esta investigación no es la representatividad de los elementos de la población, sino el tener cuidado y control de la elección que tiene ciertas características específicas previas en el planteamiento del problema.

La selección de acuerdo a la investigación sería: Muestra de Sujetos Tipo.

8.1.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS SUJETOS

- Sujetos de ambos sexos: Varones y Mujeres.
- Edad comprendida entre los 24 y los 31 años.
- Para la aplicación de las pruebas se considerará a médicos residentes de las unidades de servicio:
 - ❖ Pabellón Británico
 - ❖ Pabellón Italia
 - ❖ Pabellón Maxilo Facial
 - ❖ Medicina Interna.
 - ❖ Gastroenterológico.

8.1.2. NUMERO DE SUJETOS

- Se repartieron 30 cuestionarios, de los cuales se recibieron adecuadamente cumplimentados un total de 17, lo que supone un porcentaje de respuesta del 56,66%.

8.3. INSTRUMENTO

8.3.1. DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

1. El Inventario de Burnout de Maslach (1986), que mide el desgaste profesional. Se complementa en 10-15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización, realización personal. Se consideran puntuaciones bajas, por debajo de 34. Ha sido adaptado por Moreno, Oliver et al. Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 0,9.

2. Evaluación del Clima de Trabajo en Equipo (Presentado en el Congreso de Psicología de Valladolid de 1998). Tras el análisis de más diez cuestionarios, que evalúan el Clima de Trabajo en Equipo, se seleccionaron y tomaron como base los de Litwin y Stringer (1968), de Payne y Pheysey (1971) y de Daltsmachian, Blyton y Adamson (1989).

3. Escala de Evaluación del Estrés EEE -2- RC (Adultos). Se trata de un cuestionario autoadministrado, constituido por 100 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes de las personas. Los índices de referencia son:

LEVE	MODERADO	SIGNIFICATIVO	GRAVE	EXTREMA GRAVEDAD
Hasta 136	137- 348	349- 493	494- 526	527 en adelante

4. Escala de Relaciones interpersonales (Escala de Asertividad -EAS-4-RC Adultos) de René Calderón. Diseñada para ayudar a tener una comprensión de la forma como se relacionan con el entorno y de la capacidad que tienen de mejorar el bienestar propio y de las personas del entorno. Consta de 50 ítems que son evaluados de la siguiente forma:

AUSENTE	CON DÉFICIT	BUENA	MUY BUENA	OPTIMA
50-80	81-120	121-150	151-180	181 en adelante

9. PROCEDIMIENTO

Para llevar a cabo esta investigación el procedimiento ha sido dividido en seis fases, que además de poder tener un orden en el trabajo, permite llevar un control sobre las variables de investigación y sobre aquellos factores internos y externos que pueden afectar en los resultados de la investigación.

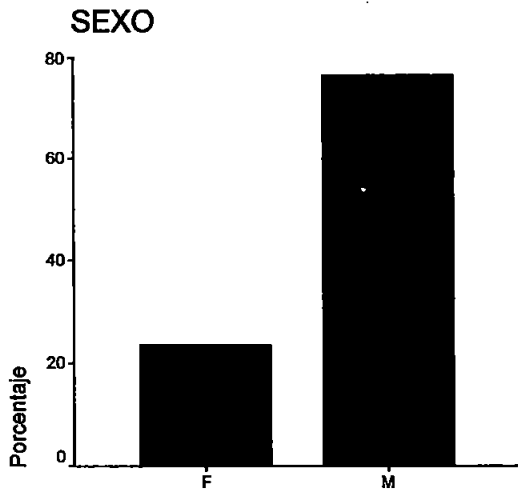
El poder establecer fases de trabajo también permite a los sujetos de investigación reducir los niveles de ansiedad frente a las evaluaciones y permite obtener resultados más precisos y mantener un margen de error bajo.

Primera Fase	Segunda Fase	
Selección de los sujetos de investigación	Recolección de los Datos	
<ul style="list-style-type: none"> • Muestra No Probabilística: ❖ Sujetos Tipo • Que cumplan con las características requeridas para la investigación. 	Primera Evaluación	Segunda Evaluación
	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Maslach. • Escala de Evaluación de Relaciones interpersonales 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de Evaluación del Trabajo en Equipo. • Escala de Evaluación del Afrontamiento al estrés.

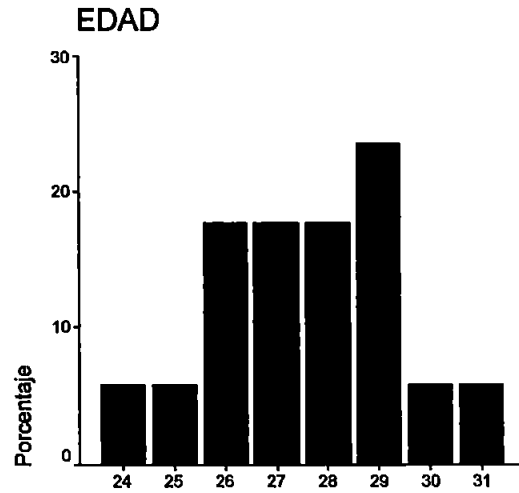
Tercera Fase	Cuarta Fase
Análisis de los Datos	
Tratamiento de los Resultados	Análisis de los Resultados
<ul style="list-style-type: none"> • El vaciado y tratamiento de los resultados se hará de manera individual a cada prueba, en cada una de las tablas de resultado, para después utilizar el análisis respectivo para los resultados obtenidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se utiliza los análisis estadísticos: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Análisis de Estadísticos Descriptivos: Frecuencia, Moda, Mediana, Media, Varianza y Desviación Típica ❖ Análisis Correlacional de Pearson.
Quinta Fase	Sexta Fase
Conclusiones	Propuesta de Trabajo
<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración del Reporte Final de la Investigación, que contenga: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Conclusiones Generales de la Investigación. ❖ Conclusiones Específicas de la Investigación. ❖ Recomendaciones Generales. ❖ Recomendaciones Específicas. 	<ul style="list-style-type: none"> • A partir de los resultados se pretende instaurar en el sistema de servicio a la Salud un Programa de Capacitación para cambiar y mejorar el estilo de Afrontamiento frente al estrés laboral. <ul style="list-style-type: none"> • Conformar un primer grupo que se sirva de este programa y realizar una evaluación, para determinar la eficacia del programa.

10. RESULTADOS

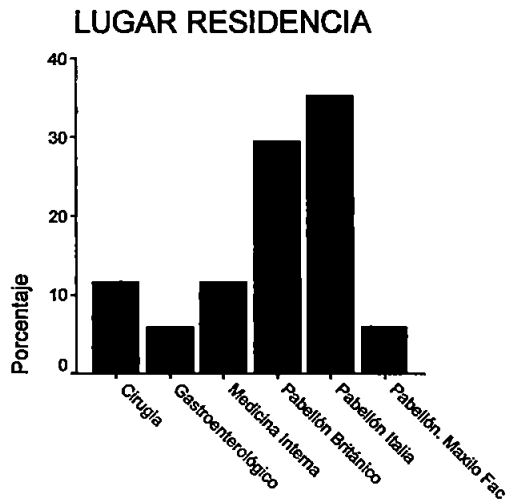
GRÁFICO DE BARRAS



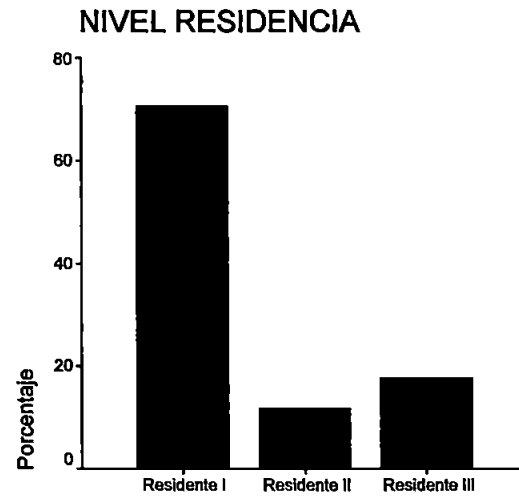
SEXO



EDAD



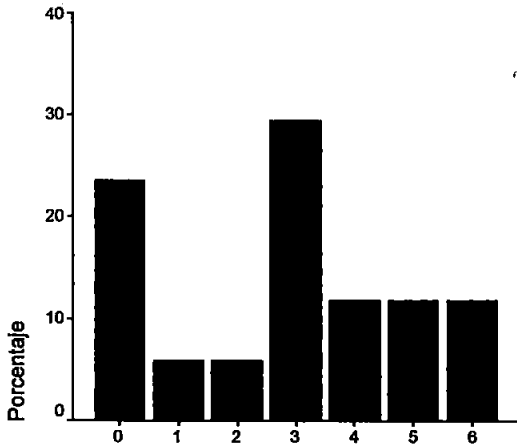
LUGAR RESIDENCIA



NIVEL RESIDENCIA

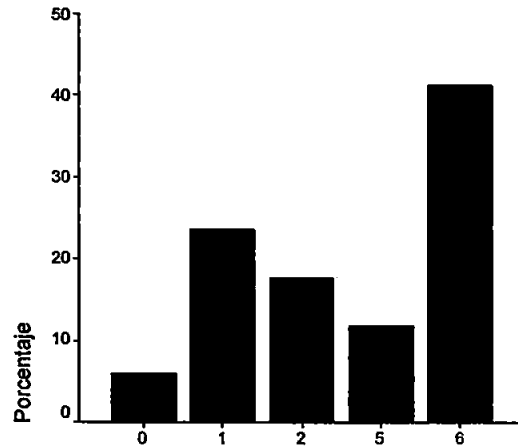
ESCALA MASLACH

Me siento emocionalmente agotado



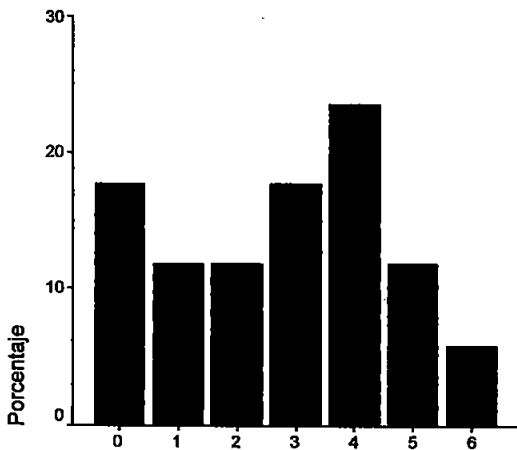
Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.

Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.



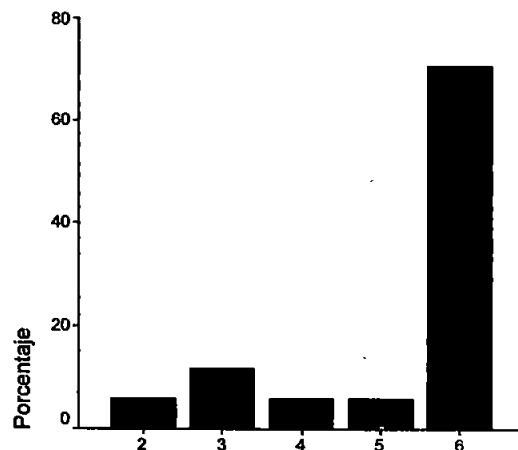
Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.

Me siento fatigado cuando me levanto

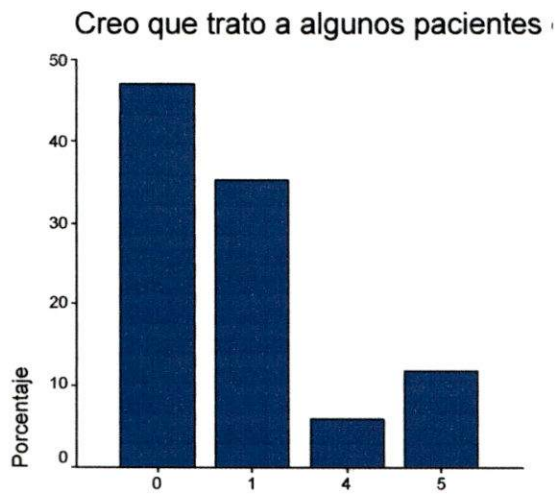


Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana.

Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes



Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes



Creo que trato a algunos pacientes como si fueran



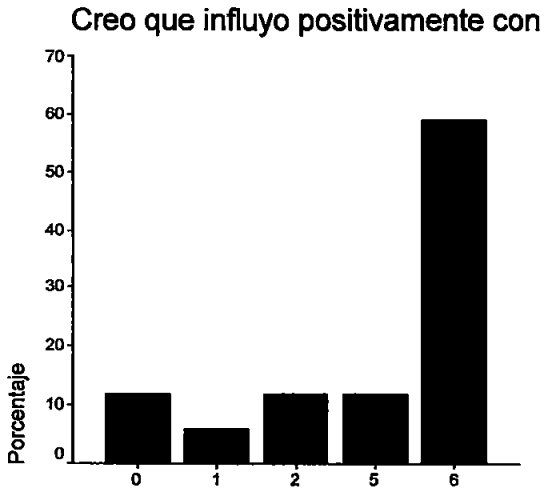
Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuer.



Trato muy eficazmente los problemas de los pacier



Me siento "quemado" por mi trabajo".



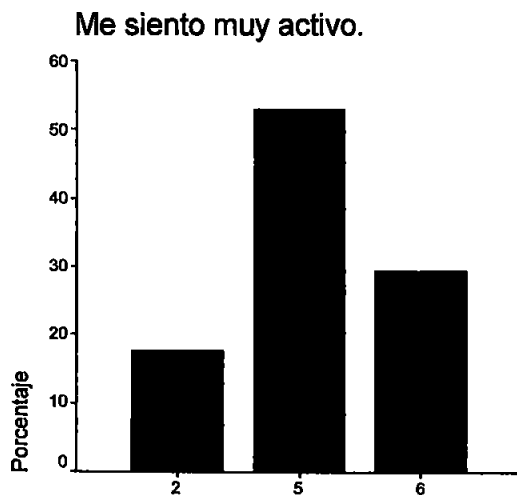
Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la



Me he vuelto mas insensible con la gente desde que

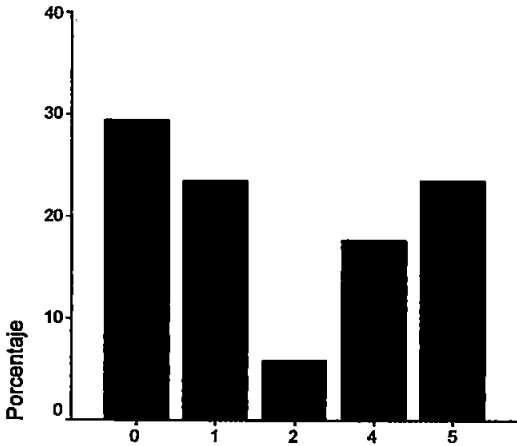


Me preocupa el hecho de que este trabajo me endi



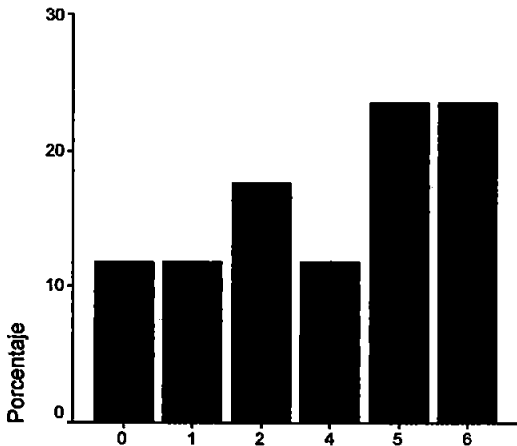
Me siento muy activo.

Me siento frustrado en mi trabajo.



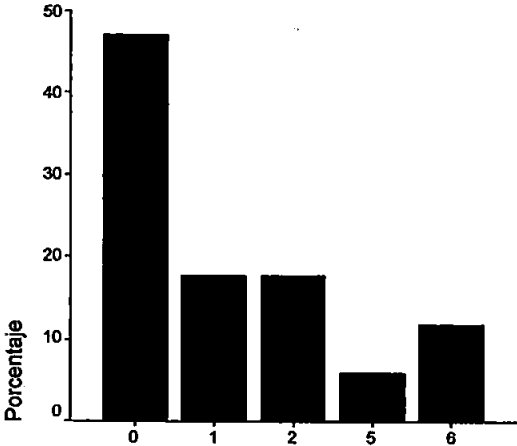
Me siento frustrado en mi trabajo.

Creo que estoy trabajando demasia



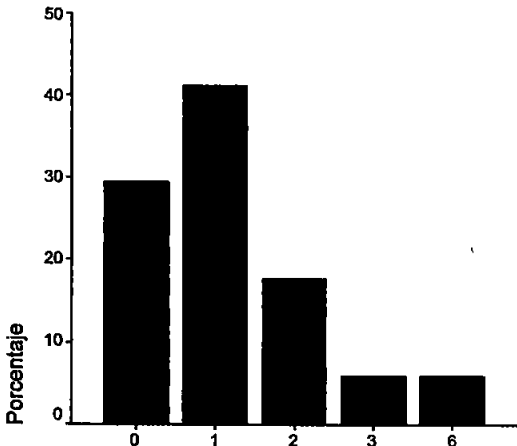
Creo que estoy trabajando demasiado.

Realmente no me preocupa lo que le



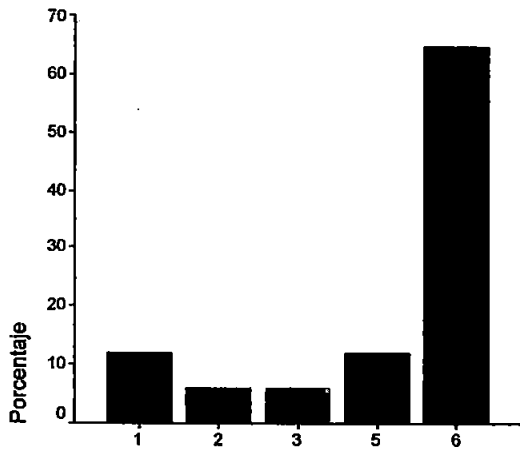
Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis

Trabajar directamente con personas



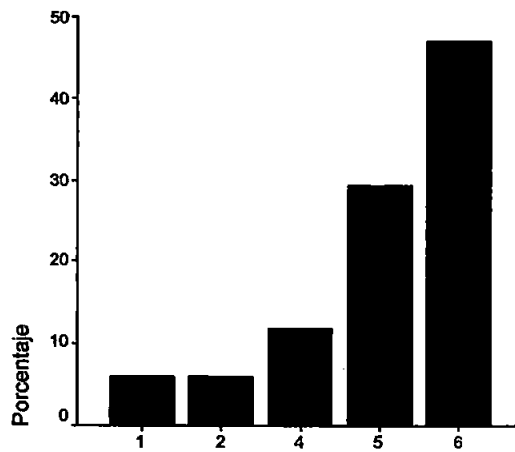
Trabajar directamente con personas me produce e

Puedo crear fácilmente una atmósfe



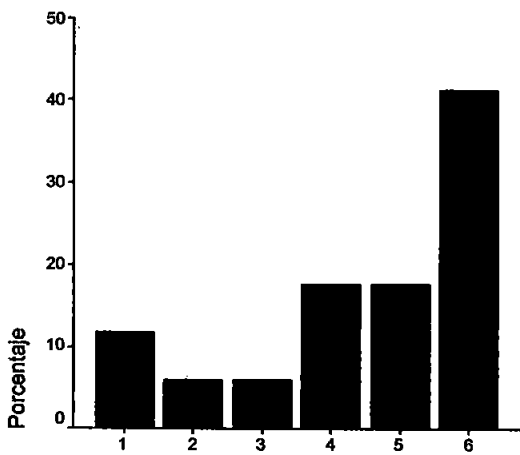
Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada cor

Me siento estimulado después de tr:



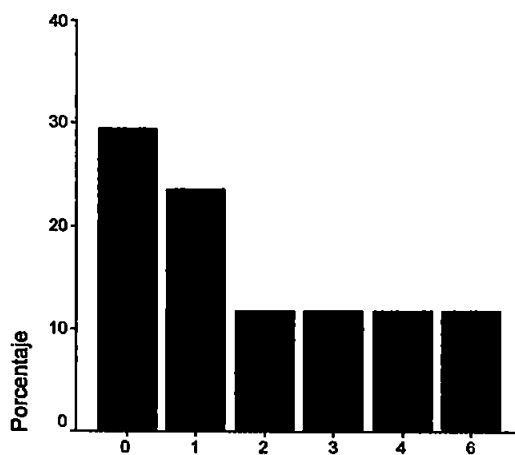
Me siento estimulado después de trabajar con mis

He conseguido muchas cosas útiles



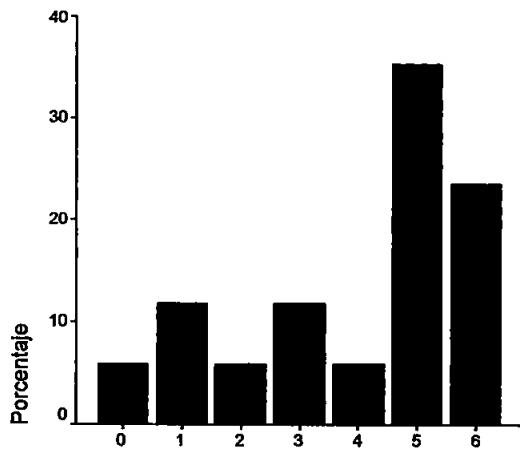
He conseguido muchas cosas útiles en mi profesió

Me siento acabado.

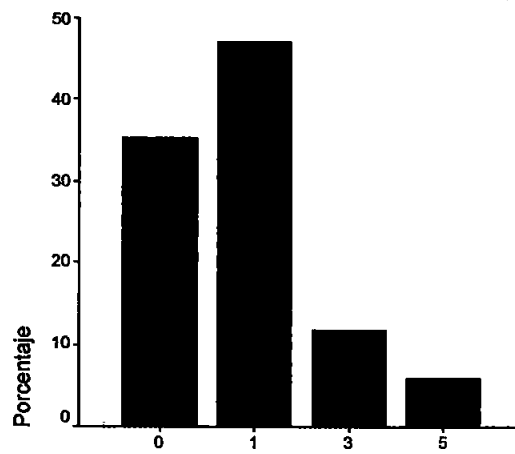


Me siento acabado.

En mi trabajo trato los problemas er



Siento que los pacientes me culpan

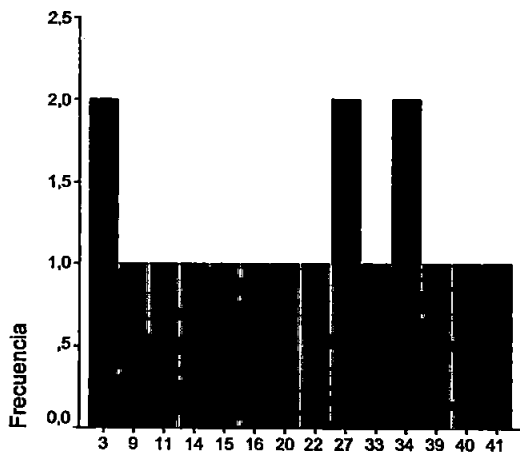


En mi trabajo trato los problemas emocionales con

Siento que los pacientes me culpan por alguno de

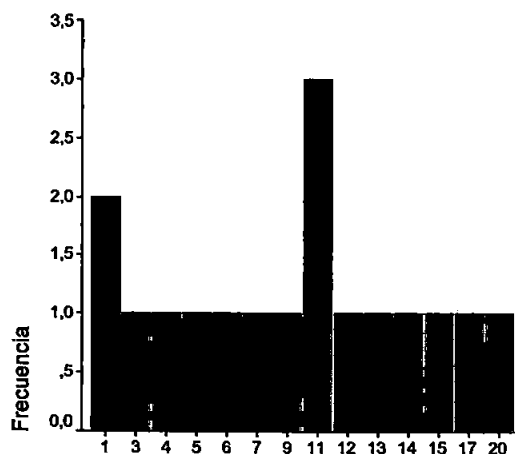
DIMENSIONES ESCALA MASLACH

CANSANCIO EMOCIONAL



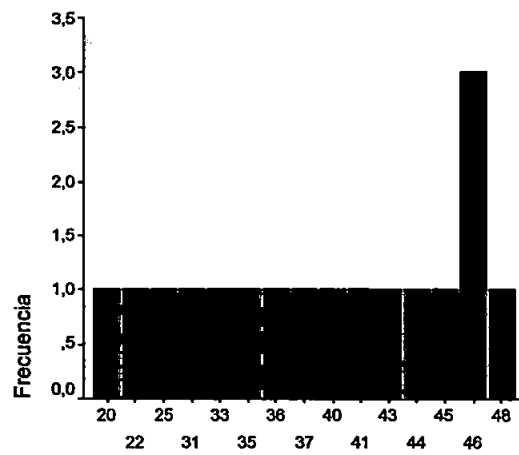
CANSANCIO EMOCIONAL

DESPERSONALIZACION



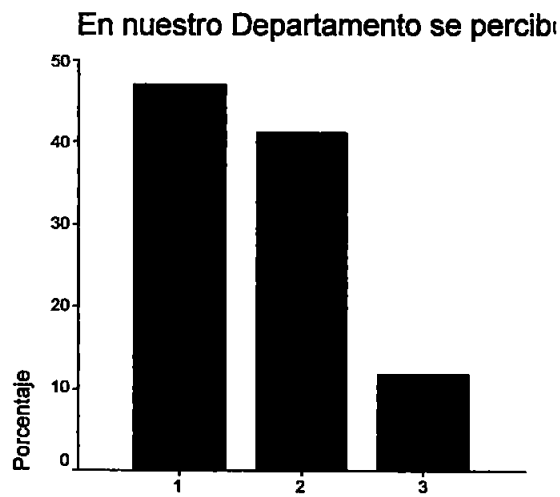
DESPERSONALIZACION

REALIZACION PERSONAL

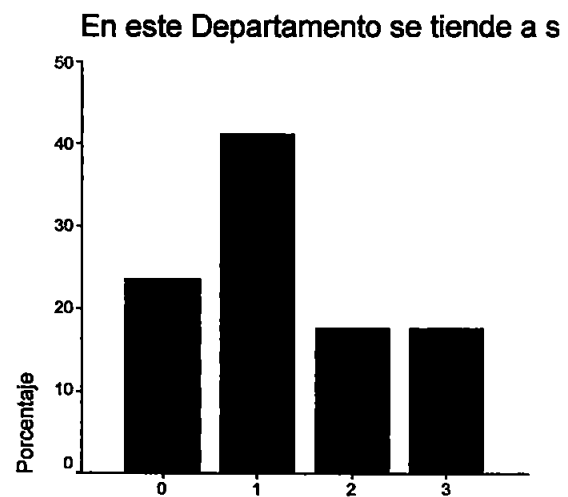


REALIZACION PERSONAL

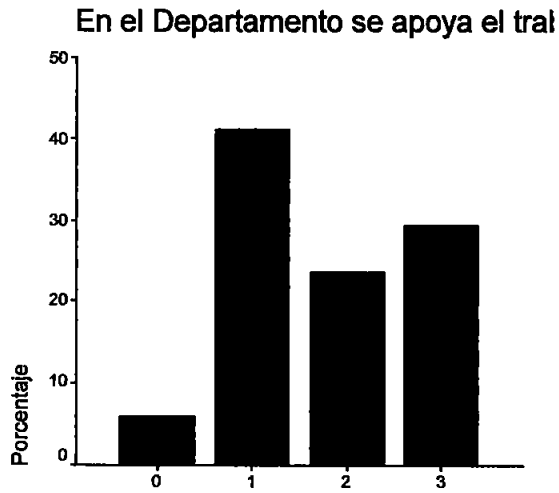
ESCALA TRABAJO EN EQUIPO



En nuestro Departamento se percibe una atmósfera



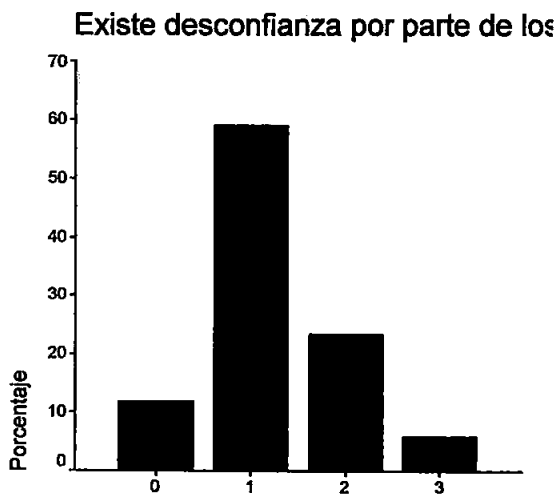
En este Departamento se tiende a subordinar los intereses



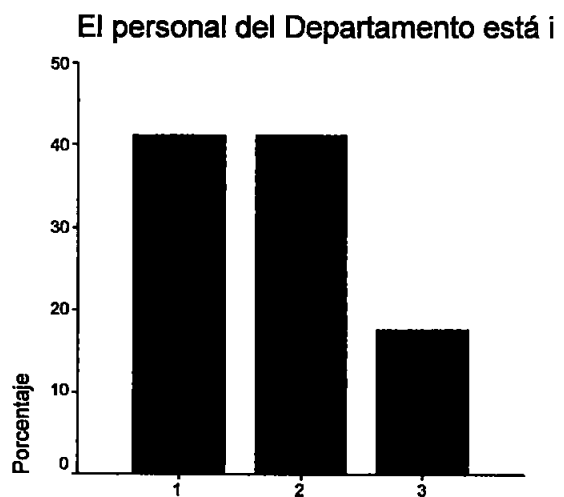
En el Departamento se apoya el trabajo en equipo.



En este Departamento hay libertad para expresar y

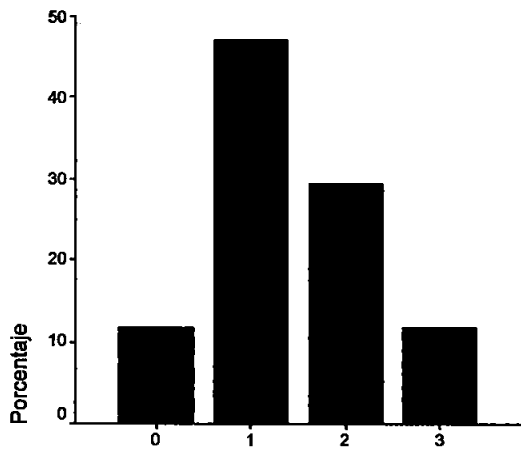


Existe desconfianza por parte de los mandos hacia



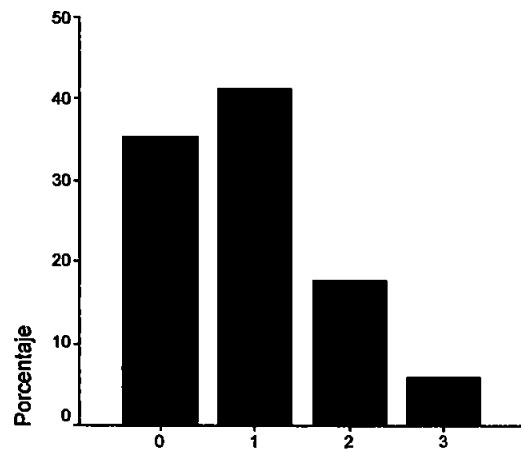
El personal del Departamento está interesado en e

Los conflictos interpersonales se ab



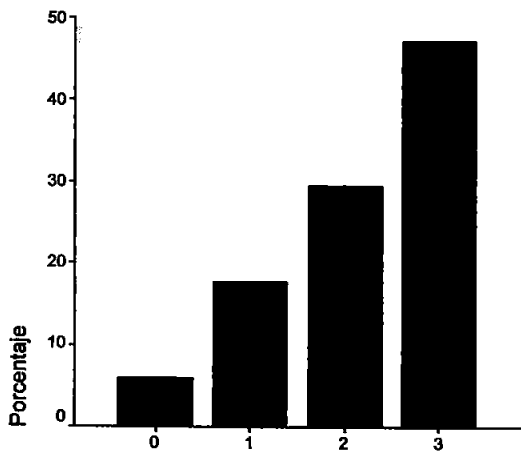
Los conflictos interpersonales se abordan sin darle

Una característica propia de este De



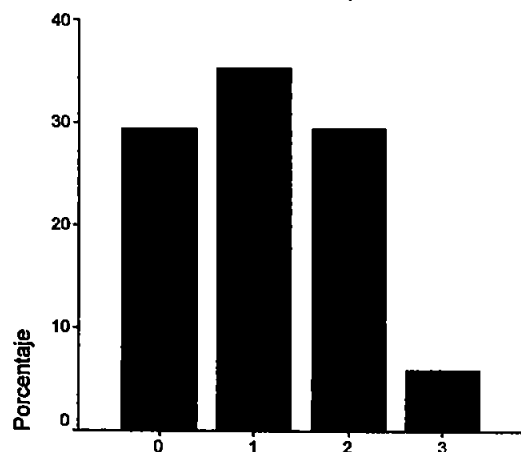
Una característica propia de este Departamento es

En el Departamento todos nos senti



En el Departamento todos nos sentimos responsat

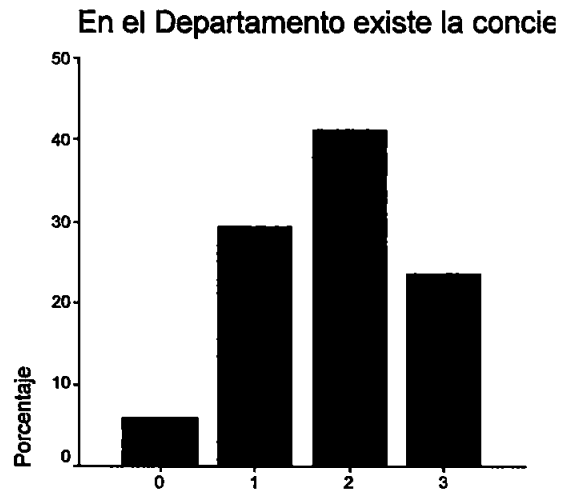
Los mandos suelen poner trabas a l



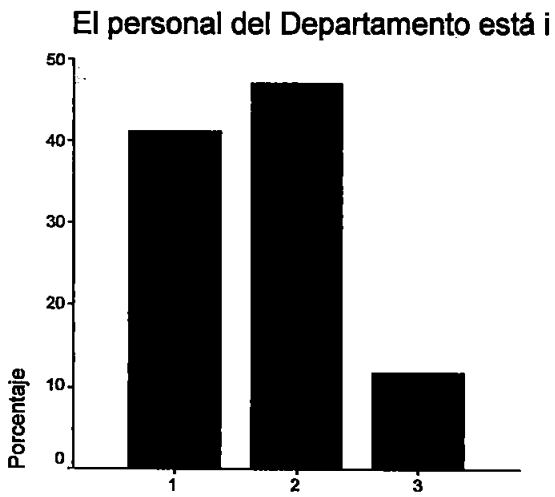
Los mandos suelen poner trabas a la participación



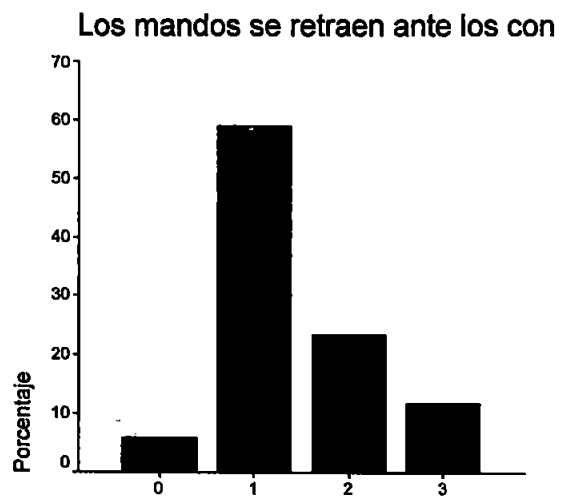
En este Departamento se fomenta la responsabilidad



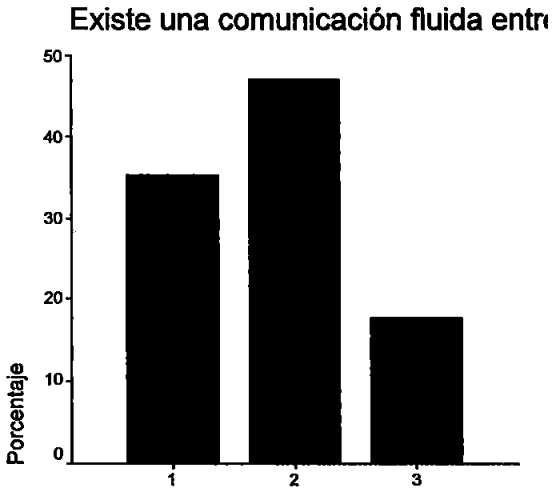
En el Departamento existe la conciencia de que los



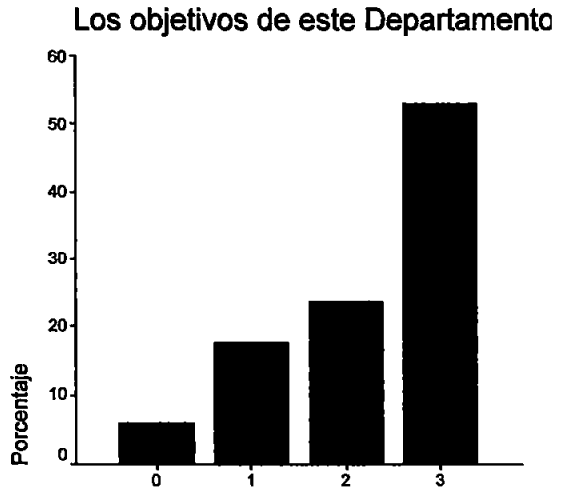
El personal del Departamento está identificado con



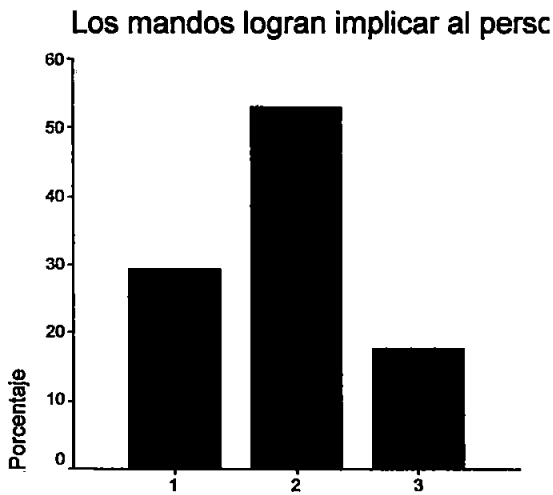
Los mandos se retraen ante los conflictos y evitan .



Existe una comunicación fluida entre el personal de



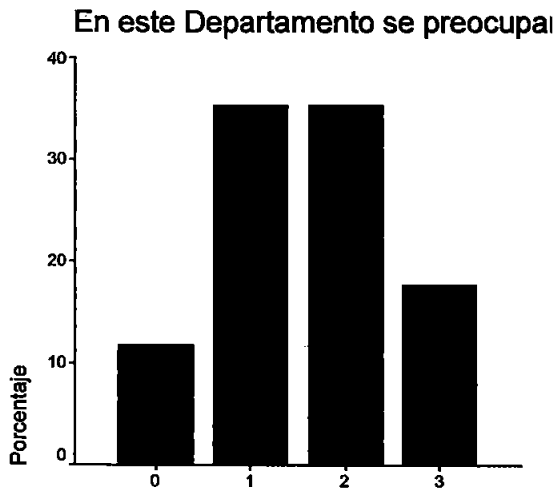
Los objetivos de este Departamento están claram



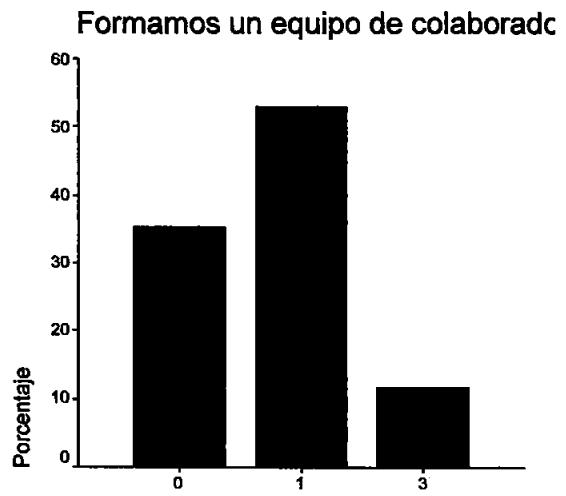
Los mandos logran implicar al personal en los obje



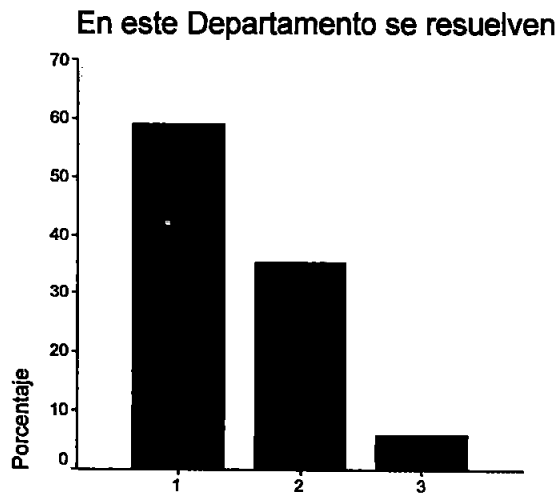
En la institución se ven con malos ojos las iniciativ



En este Departamento se preocupan por los proble

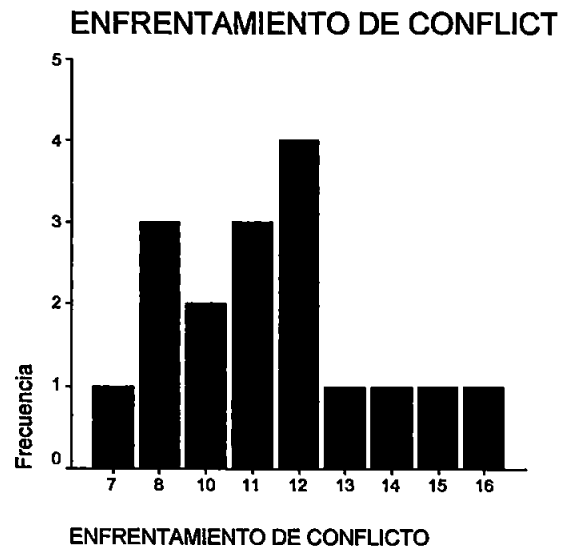
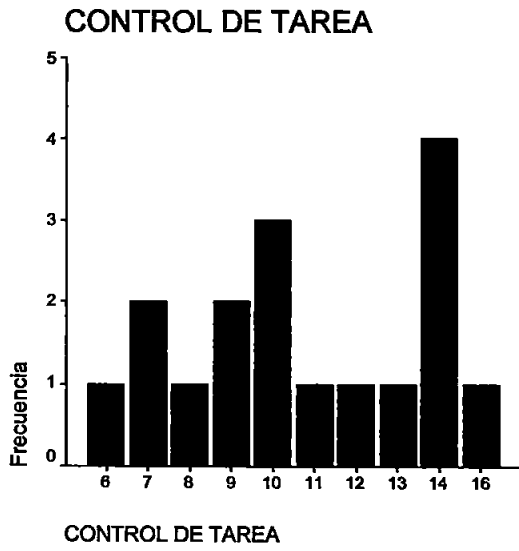


Formamos un equipo de colaboradores desmotivada

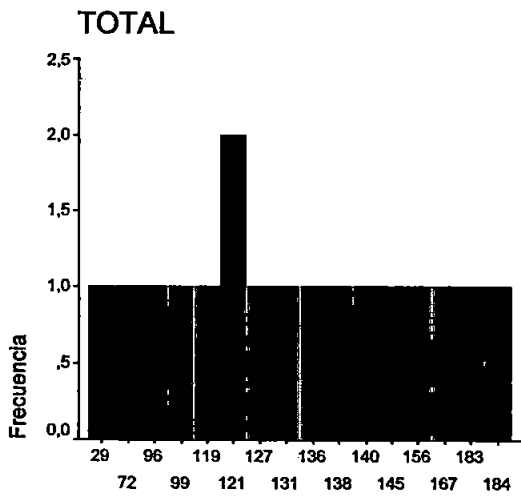


En este Departamento se resuelven los conflictos

DIMENSIONES TRABAJO EN EQUIPO

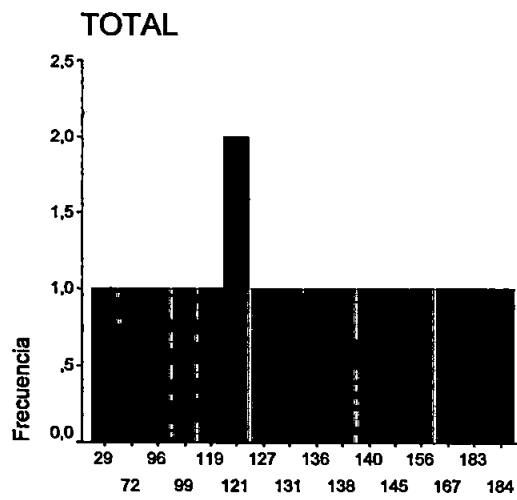


ESCALA ESTRÉS



TOTAL

ESCALA DE ASERTIVIDAD



TOTAL

11.1. DISTRIBUCIONES DE FRECUENCIA
Tabla de frecuencia

SEXO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	F	4	23,5	23,5	23,5
	M	13	76,5	76,5	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

EDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	24	1	5,9	5,9	5,9
	25	1	5,9	5,9	11,8
	26	3	17,6	17,6	29,4
	27	3	17,6	17,6	47,1
	28	3	17,6	17,6	64,7
	29	4	23,5	23,5	88,2
	30	1	5,9	5,9	94,1
	31	1	5,9	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

LUGAR RESIDENCIA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Cirugia	2	11,8	11,8	11,8
	Gastroenterológico	1	5,9	5,9	17,6
	Medicina Interna	2	11,8	11,8	29,4
	Pabellón Británico	5	29,4	29,4	58,8
	Pabellón Italia	6	35,3	35,3	94,1
	Pabellón. Maxilo Facial	1	5,9	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

NIVEL RESIDENCIA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Residente I	12	70,6	70,6	70,6
	Residente II	2	11,8	11,8	82,4
	Residente III	3	17,6	17,6	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

ESCALA MASLACH

Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	4	23,5	23,5	23,5
	1	1	5,9	5,9	29,4
	2	1	5,9	5,9	35,3
	3	5	29,4	29,4	64,7
	4	2	11,8	11,8	76,5
	5	2	11,8	11,8	88,2
	6	2	11,8	11,8	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	1	5,9	5,9	5,9
	1	4	23,5	23,5	29,4
	2	3	17,6	17,6	47,1
	5	2	11,8	11,8	58,8
	6	7	41,2	41,2	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	2	1	5,9	5,9	5,9
	3	2	11,8	11,8	17,6
	4	1	5,9	5,9	23,5
	5	1	5,9	5,9	29,4
	6	12	70,6	70,6	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	8	47,1	47,1	47,1
	1	6	35,3	35,3	82,4
	4	1	5,9	5,9	88,2
	5	2	11,8	11,8	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	6	35,3	35,3	35,3
	1	4	23,5	23,5	58,8
	2	2	11,8	11,8	70,6
	5	3	17,6	17,6	88,2
	6	2	11,8	11,8	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	1	5,9	5,9	5,9
	2	3	17,6	17,6	23,5
	5	3	17,6	17,6	41,2
	6	10	58,8	58,8	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Me siento "quemado" por mi trabajo".

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	4	23,5	23,5	23,5
	1	5	29,4	29,4	52,9
	3	1	5,9	5,9	58,8
	4	3	17,6	17,6	76,5
	5	2	11,8	11,8	88,2
	6	2	11,8	11,8	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	2	11,8	11,8	11,8
	1	1	5,9	5,9	17,6
	2	2	11,8	11,8	29,4
	5	2	11,8	11,8	41,2
	6	10	58,8	58,8	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Me he vuelto mas insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	4	23,5	23,5	23,5
	1	4	23,5	23,5	47,1
	2	1	5,9	5,9	52,9
	3	2	11,8	11,8	64,7
	4	3	17,6	17,6	82,4
	5	3	17,6	17,6	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	4	23,5	23,5	23,5
	1	2	11,8	11,8	35,3
	3	3	17,6	17,6	52,9
	4	1	5,9	5,9	58,8
	5	1	5,9	5,9	64,7
	6	6	35,3	35,3	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Me siento muy activo.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	2	3	17,6	17,6	17,6
	5	9	52,9	52,9	70,6
	6	5	29,4	29,4	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Me siento frustrado en mi trabajo.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	5	29,4	29,4	29,4
	1	4	23,5	23,5	52,9
	2	1	5,9	5,9	58,8
	4	3	17,6	17,6	76,5
	5	4	23,5	23,5	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Creo que estoy trabajando demasiado.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	2	11,8	11,8	11,8
	1	2	11,8	11,8	23,5
	2	3	17,6	17,6	41,2
	4	2	11,8	11,8	52,9
	5	4	23,5	23,5	76,5
	6	4	23,5	23,5	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	8	47,1	47,1	47,1
	1	3	17,6	17,6	64,7
	2	3	17,6	17,6	82,4
	5	1	5,9	5,9	88,2
	6	2	11,8	11,8	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Trabajar directamente con personas me produce estrés.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	5	29,4	29,4	29,4
	1	7	41,2	41,2	70,6
	2	3	17,6	17,6	88,2
	3	1	5,9	5,9	94,1
	6	1	5,9	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	2	11,8	11,8	11,8
	2	1	5,9	5,9	17,6
	3	1	5,9	5,9	23,5
	5	2	11,8	11,8	35,3
	6	11	64,7	64,7	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	1	5,9	5,9	5,9
	2	1	5,9	5,9	11,8
	4	2	11,8	11,8	23,5
	5	5	29,4	29,4	52,9
	6	8	47,1	47,1	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	2	11,8	11,8	11,8
	2	1	5,9	5,9	17,6
	3	1	5,9	5,9	23,5
	4	3	17,6	17,6	41,2
	5	3	17,6	17,6	58,8
	6	7	41,2	41,2	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Me siento acabado.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	5	29,4	29,4	29,4
	1	4	23,5	23,5	52,9
	2	2	11,8	11,8	64,7
	3	2	11,8	11,8	76,5
	4	2	11,8	11,8	88,2
	6	2	11,8	11,8	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	1	5,9	5,9	5,9
	1	2	11,8	11,8	17,6
	2	1	5,9	5,9	23,5
	3	2	11,8	11,8	35,3
	4	1	5,9	5,9	41,2
	5	6	35,3	35,3	76,5
	6	4	23,5	23,5	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	6	35,3	35,3	35,3
	1	8	47,1	47,1	82,4
	3	2	11,8	11,8	94,1
	5	1	5,9	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Estadísticos

		CANSANCIO EMOCIONAL	DESPERSONALIZACION	REALIZACION PERSONAL
N	Válidos	17	17	17
	Perdidos	0	0	0
Media		22,82	9,41	37,53
Mediana		22,00	11,00	40,00
Moda		3 ^a	11	46
Desv. típ.		12,714	5,580	8,833
Varianza		161,654	31,132	78,015

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

CANSANCIO EMOCIONAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	3	2	11,8	11,8	11,8
	9	1	5,9	5,9	17,6
	11	1	5,9	5,9	23,5
	14	1	5,9	5,9	29,4
	15	1	5,9	5,9	35,3
	16	1	5,9	5,9	41,2
	20	1	5,9	5,9	47,1
	22	1	5,9	5,9	52,9
	27	2	11,8	11,8	64,7
	33	1	5,9	5,9	70,6
	34	2	11,8	11,8	82,4
	39	1	5,9	5,9	88,2
	40	1	5,9	5,9	94,1
	41	1	5,9	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

DESPERSONALIZACION

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	2	11,8	11,8	11,8
	3	1	5,9	5,9	17,6
	4	1	5,9	5,9	23,5
	5	1	5,9	5,9	29,4
	6	1	5,9	5,9	35,3
	7	1	5,9	5,9	41,2
	9	1	5,9	5,9	47,1
	11	3	17,6	17,6	64,7
	12	1	5,9	5,9	70,6
	13	1	5,9	5,9	76,5
	14	1	5,9	5,9	82,4
	15	1	5,9	5,9	88,2
	17	1	5,9	5,9	94,1
	20	1	5,9	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

REALIZACION PERSONAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	20	1	5,9	5,9	5,9
	22	1	5,9	5,9	11,8
	25	1	5,9	5,9	17,6
	31	1	5,9	5,9	23,5
	33	1	5,9	5,9	29,4
	35	1	5,9	5,9	35,3
	36	1	5,9	5,9	41,2
	37	1	5,9	5,9	47,1
	40	1	5,9	5,9	52,9
	41	1	5,9	5,9	58,8
	43	1	5,9	5,9	64,7
	44	1	5,9	5,9	70,6
	45	1	5,9	5,9	76,5
	46	3	17,6	17,6	94,1
	48	1	5,9	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

TRABAJO EN EQUIPO

En nuestro Departamento se percibe una atmósfera de apertura entre la gente.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	8	47,1	47,1	47,1
	2	7	41,2	41,2	88,2
	3	2	11,8	11,8	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

En este Departamento se tiende a subordinar los intereses generales a los intereses personales.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	4	23,5	23,5	23,5
	1	7	41,2	41,2	64,7
	2	3	17,6	17,6	82,4
	3	3	17,6	17,6	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

En el Departamento se apoya el trabajo en equipo.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	1	5,9	5,9	5,9
	1	7	41,2	41,2	47,1
	2	4	23,5	23,5	70,6
	3	5	29,4	29,4	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

En este Departamento hay libertad para expresar y discutir las propias ideas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	2	11,8	11,8	11,8
	1	6	35,3	35,3	47,1
	2	4	23,5	23,5	70,6
	3	5	29,4	29,4	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Existe desconfianza por parte de los mandos hacia los integrantes del Departamento.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	2	11,8	11,8	11,8
	1	10	58,8	58,8	70,6
	2	4	23,5	23,5	94,1
	3	1	5,9	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

El personal del Departamento está interesado en el éxito del trabajo que realiza.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	7	41,2	41,2	41,2
	2	7	41,2	41,2	82,4
	3	3	17,6	17,6	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Los conflictos interpersonales se abordan sin darles largas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	2	11,8	11,8	11,8
	1	8	47,1	47,1	58,8
	2	5	29,4	29,4	88,2
	3	2	11,8	11,8	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Una característica propia de este Departamento es la falta de confianza que existe entre sus integrantes.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	6	35,3	35,3	35,3
	1	7	41,2	41,2	76,5
	2	3	17,6	17,6	94,1
	3	1	5,9	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

En el Departamento todos nos sentimos responsables de los objetivos a alcanzar.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	1	5,9	5,9	5,9
	1	3	17,6	17,6	23,5
	2	5	29,4	29,4	52,9
	3	8	47,1	47,1	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Los mandos suelen poner trabas a la participación en la resolución de los problemas del Departamento.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	5	29,4	29,4	29,4
	1	6	35,3	35,3	64,7
	2	5	29,4	29,4	94,1
	3	1	5,9	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

En este Departamento se fomenta la responsabilidad personal por encima del control de las tareas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	1	5,9	5,9	5,9
	1	6	35,3	35,3	41,2
	2	2	11,8	11,8	52,9
	3	8	47,1	47,1	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

En el Departamento existe la conciencia de que los Mandos se preocupan del desarrollo de cada empleado.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	1	5,9	5,9	5,9
	1	5	29,4	29,4	35,3
	2	7	41,2	41,2	76,5
	3	4	23,5	23,5	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

El personal del Departamento está identificado con la Institución.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	7	41,2	41,2	41,2
	2	8	47,1	47,1	88,2
	3	2	11,8	11,8	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Los mandos se retraen ante los conflictos y evitan abordarlos.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	1	5,9	5,9	5,9
	1	10	58,8	58,8	64,7
	2	4	23,5	23,5	88,2
	3	2	11,8	11,8	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Existe una comunicación fluida entre el personal del Departamento.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	6	35,3	35,3	35,3
	2	8	47,1	47,1	82,4
	3	3	17,6	17,6	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Los objetivos de este Departamento están claramente establecidos.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	1	5,9	5,9	5,9
	1	3	17,6	17,6	23,5
	2	4	23,5	23,5	47,1
	3	9	52,9	52,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Los mandos logran implicar al personal en los objetivos a alcanzar.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	5	29,4	29,4	29,4
	2	9	52,9	52,9	82,4
	3	3	17,6	17,6	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

En la institución se ven con malos ojos las iniciativas y sugerencias de los empleados.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	5	29,4	29,4	29,4
	1	6	35,3	35,3	64,7
	2	3	17,6	17,6	82,4
	3	3	17,6	17,6	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

En este Departamento se preocupan por los problemas de los integrantes del mismo.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	2	11,8	11,8	11,8
	1	6	35,3	35,3	47,1
	2	6	35,3	35,3	82,4
	3	3	17,6	17,6	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Formamos un equipo de colaboradores desmotivados

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	6	35,3	35,3	35,3
	1	9	52,9	52,9	88,2
	3	2	11,8	11,8	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

En este Departamento se resuelven los conflictos poniéndolos sobre la mesa.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	10	58,8	58,8	58,8
	2	6	35,3	35,3	94,1
	3	1	5,9	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Estadísticos

		CONTROL DE TAREA	ENFRENTAMIENTO DE CONFLICTO	PARTICIPACION EN LAS DECISIONES
N	Válidos	17	17	17
	Perdidos	0	0	0
Media		10,82	11,18	11,12
Mediana		10,00	11,00	11,00
Moda		14	12	8 ^a
Desv. tıp.		2,984	2,531	2,913
Varianza		8,904	6,404	8,485

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

CONTROL DE TAREA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	6	1	5,9	5,9	5,9
	7	2	11,8	11,8	17,6
	8	1	5,9	5,9	23,5
	9	2	11,8	11,8	35,3
	10	3	17,6	17,6	52,9
	11	1	5,9	5,9	58,8
	12	1	5,9	5,9	64,7
	13	1	5,9	5,9	70,6
	14	4	23,5	23,5	94,1
	16	1	5,9	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

ENFRENTAMIENTO DE CONFLICTO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	7	1	5,9	5,9	5,9
	8	3	17,6	17,6	23,5
	10	2	11,8	11,8	35,3
	11	3	17,6	17,6	52,9
	12	4	23,5	23,5	76,5
	13	1	5,9	5,9	82,4
	14	1	5,9	5,9	88,2
	15	1	5,9	5,9	94,1
	16	1	5,9	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

PARTICIPACION EN LAS DECISIONES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	7	1	5,9	5,9	5,9
	8	3	17,6	17,6	23,5
	9	1	5,9	5,9	29,4
	10	2	11,8	11,8	41,2
	11	3	17,6	17,6	58,8
	12	2	11,8	11,8	70,6
	13	3	17,6	17,6	88,2
	14	1	5,9	5,9	94,1
	19	1	5,9	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

ESCALA DE ESTRES

TOTAL

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	29	1	5,9	5,9	5,9
	72	1	5,9	5,9	11,8
	96	1	5,9	5,9	17,6
	99	1	5,9	5,9	23,5
	119	1	5,9	5,9	29,4
	121	2	11,8	11,8	41,2
	127	1	5,9	5,9	47,1
	131	1	5,9	5,9	52,9
	136	1	5,9	5,9	58,8
	138	1	5,9	5,9	64,7
	140	1	5,9	5,9	70,6
	145	1	5,9	5,9	76,5
	156	1	5,9	5,9	82,4
	167	1	5,9	5,9	88,2
	183	1	5,9	5,9	94,1
	184	1	5,9	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

ESCALA DE ASERTIVIDAD

Estadísticos

TOTAL

N	Válidos	17
	Perdidos	0
Media		127,29
Mediana		131,00
Moda		121
Desv. típ.		38,767
Varianza		1502,846

TOTAL

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 29	1	5,9	5,9	5,9
72	1	5,9	5,9	11,8
96	1	5,9	5,9	17,6
99	1	5,9	5,9	23,5
119	1	5,9	5,9	29,4
121	2	11,8	11,8	41,2
127	1	5,9	5,9	47,1
131	1	5,9	5,9	52,9
136	1	5,9	5,9	58,8
138	1	5,9	5,9	64,7
140	1	5,9	5,9	70,6
145	1	5,9	5,9	76,5
156	1	5,9	5,9	82,4
167	1	5,9	5,9	88,2
183	1	5,9	5,9	94,1
184	1	5,9	5,9	100,0
Total	17	100,0	100,0	

CORRELACIONES ESCALA DE MASLACH Y TRABAJO EQUIPO

Correlaciones

		MASLACH	T. EQUIPO
MASLACH	Correlación de Pearson	1	-,334
	Sig. (bilateral)	.	,190
	N	17	17
T. EQUIPO	Correlación de Pearson	-,334	1
	Sig. (bilateral)	,190	.
	N	17	17

CORRELACIONES DIMENSIONES DE LAS PRUEBAS

Correlaciones

		CANSANCIO EMOCIONAL	CONTROL DE TAREA
CANSANCIO EMOCIONAL	Correlación de Pearson	1	-,243
	Sig. (bilateral)	.	,347
	N	17	17
CONTROL DE TAREA	Correlación de Pearson	-,243	1
	Sig. (bilateral)	,347	.
	N	17	17

Correlaciones

		CANSANCIO EMOCIONAL	ENFRENTAMIENTO DE CONFLICTO
CANSANCIO EMOCIONAL	Correlación de Pearson	1	-,224
	Sig. (bilateral)	.	,387
	N	17	17
ENFRENTAMIENTO DE CONFLICTO	Correlación de Pearson	-,224	1
	Sig. (bilateral)	,387	.
	N	17	17

Correlaciones

		CANSANCIO EMOCIONAL	PARTICIPACION EN LAS DECISIONES
CANSANCIO EMOCIONAL	Correlación de Pearson	1	-,107
	Sig. (bilateral)	.	,682
	N	17	17
PARTICIPACION EN LAS DECISIONES	Correlación de Pearson	-,107	1
	Sig. (bilateral)	,682	.
	N	17	17

Correlaciones

		DESPERSONALIZACION	CONTROL DE TAREA
DESPERSONALIZACION	Correlación de Pearson	1	,170
	Sig. (bilateral)	.	,515
	N	17	17
CONTROL DE TAREA	Correlación de Pearson	,170	1
	Sig. (bilateral)	,515	.
	N	17	17

Correlaciones

		DESPERSONALIZACION	ENFRENTAMIENTO DE CONFLICTO
DESPERSONALIZACION	Correlación de Pearson	1	-,125
	Sig. (bilateral)	.	,633
	N	17	17
ENFRENTAMIENTO DE CONFLICTO	Correlación de Pearson	-,125	1
	Sig. (bilateral)	,633	.
	N	17	17

Correlaciones

		DESPERSONALIZACION	PARTICIPACION EN LAS DECISIONES
DESPERSONALIZACION	Correlación de Pearson	1	-,134
	Sig. (bilateral)	.	,608
	N	17	17
PARTICIPACION EN LAS DECISIONES	Correlación de Pearson	-,134	1
	Sig. (bilateral)	,608	.
	N	17	17

Correlaciones

		REALIZACION PERSONAL	CONTROL DE TAREA
REALIZACION PERSONAL	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	1 .17	-.077 ,769 17
CONTROL DE TAREA	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-.077 ,769 17	1 .17

Correlaciones

		REALIZACION PERSONAL	ENFRENTAMIENTO DE CONFLICTO
REALIZACION PERSONAL	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	1 17	-.203 ,435 17
ENFRENTAMIENTO DE CONFLICTO	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-.203 ,435 17	1 17

Correlaciones

		REALIZACION PERSONAL	PARTICIPACION EN LAS DECISIONES
REALIZACION PERSONAL	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	1 17	-.425 ,089 17
PARTICIPACION EN LAS DECISIONES	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-.425 ,089 17	1 17

12. CONCLUSIONES GENERALES

Los esquemas que se explican a continuación, son esquemas que se trabajaron en la investigación, los cuales dieron la pauta para la realización de las conclusiones de manera general:

❖ En el Síndrome de burnout, el efecto de un modeling, tiene que ver con factores como: la presión asistencial excesiva, escaso tiempo de dedicación al paciente y aumento de posibilidad de cometer errores.

Otro de los factores es la falta de una limitación en cuanto a la agenda asistencial, tanto en la consulta interna, como en la consulta externa, la posibilidad de que se intercalen urgencias no previstas.

Todo esto lleva a una sensación de trabajo en cadena que es considerada una fuente importante de estresores positivos que motivan y estresores negativos que llevan al distrés.

Por otro lado también se considera importante la falta de un apoyo específico de un personal auxiliar, que generalmente desemboca en burocracia simple ("nosotros les mandamos enfermos que deberíamos atender nosotros, y ellos nos mandan papeles que ellos deberían rellenar").

La excesiva presión asistencial muchas veces no permite la presencia de espacios informales de contacto entre los miembros del equipo de trabajo. Esto puede provocar la presencia de una diferencia muy marcada en cuanto a los objetivos, fomentando la competitividad insana, en lugar de la colaboración para conseguir un objetivo común (misión fundamental de un equipo de trabajo).

❖ En el Síndrome de Burnout es muy común el distanciamiento afectivo que el médico manifiesta a las personas a las que atiende, características de este

distanciamiento afectivo tiene que ver con la impaciencia en la asistencia médica, los deseos de abandonar el trabajo, y la irritabilidad al realizar el trabajo.

Todo esto puede derivar en síntomas defensivos, que están relacionados con la negación emocional. Es decir, el médico utiliza este mecanismo para poder aceptar sus sentimientos, negando las emociones anteriormente descritas cuyas formas más habituales son: negación de las emociones, ironía, atención selectiva y el desplazamiento de sentimientos hacia otras situaciones o cosas.

❖ Se sabe que las estrategias de afrontamiento para el síndrome de burnout, centradas en el problema, previene el desarrollo del síndrome, mientras que las centradas en la emoción, especialmente aquellas que tiene que ver con la evitación y el escape, facilitan su aparición.

Desde el ámbito del estrés laboral, las estrategias de afrontamiento se agrupan en cinco grupos conductuales:

-Hablar con otros

-Trabajar más duro y durante más tiempo

-Cambiar a una actividad de tiempo libre

-Adoptar una aproximación de solución de problemas

-Alejarse de las situaciones estresantes

❖ En cuanto al Síndrome de Burnout, es importante en el esquema de creencias, identificar la realización personal en el trabajo, que es en muchos casos la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente y de forma especial esa evaluación negativa afecta a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden.

El agotamiento emocional apunta a una situación en la que los médicos sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. Es una situación de agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios, una experiencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto "diario" y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo.

Es importante también identificar síntomas relacionados a este síndrome que se ven afectados en el sistema atribucional, tales como el cansancio, retiro social y sentimientos de fracaso, que llegan a ser parte de un constructo social que surge como consecuencia de las relaciones interpersonales y organizacionales.

También pueden experimentarse emociones como la ira y respuestas encolerizadas.

También pueden experimentarse síntomas relacionados con la ansiedad, como la aprehensión, tensión, malestar o desasosiego al anticipar el peligro especialmente cuando el origen de éste es desconocido. Por lo tanto la ansiedad puede ser entendida como parte de la respuesta al estrés y además ser considerada como un rasgo de personalidad.

Los efectos subjetivos más comunes que señalan la presencia de estrés laboral son: ansiedad, agresión, apatía, aburrimiento, depresión, fatiga, frustración, culpabilidad y vergüenza, irritabilidad y mal humor, melancolía, poca estima, amenaza y tensión, nerviosismo y soledad.

Entre los efectos conductuales más comunes encontramos la propensión a sufrir accidentes, arranques emocionales, excesiva ingestión de alimentos o pérdida del apetito, consumo excesivo de bebida o de cigarrillos, excitabilidad, conducta impulsiva, habla afectada, risa nerviosa, inquietud y temblor.

La incapacidad para tomar decisiones y concentrarse, olvidos frecuentes, hipersensibilidad a la crítica y bloqueo mental son algunos de los efectos cognoscitivos más comunes.

❖ En el Síndrome de Burnout es evidente una reducción del logro personal y esta se refiere al declinamiento en el propio sentimiento de competencia y en la realización exitosa del propio trabajo. Surge una constante comprobación de que las demandas que se le hacen exceden su capacidad para atenderlas debidamente. Puede llegar a perderse la felicidad y el grado de placer en lo que estamos haciendo, disminuye notoriamente. Entonces aparece la indiferencia, el resultado: "no me importa".

También es claro que el burnout resulta de un desequilibrio entre las demandas del trabajo y las características individuales. Y esto pone una enorme responsabilidad en los encargados de seleccionar a las personas para los trabajos. Por que es posible que la demanda no pueda ser satisfecha por todos de la misma manera.

Es importante considerar que los trabajadores se sienten más satisfechos cuando su entorno laboral es seguro y confortable.

Es evidente que el estrés tiene un alto costo para la gente y para las organizaciones.

Muchas veces los trabajadores se sienten descontentos consigo mismo e insatisfechos con sus resultados laborales, predisponiendo de esta forma a un Síndrome de Burnout.

❖ En el Síndrome de Burnout se tiene énfasis en cuanto a los factores de la atmósfera de trabajo, y que la identificación del desencadenante permita la planificación de acciones preventivas. Se presenta una sistematización de las causas principales del síndrome del burnout, destacando los aspectos siguientes: el exceso de trabajo, la falta del mando, la remuneración insuficiente, el derrumbamiento de la unión, la ausencia de justicia y los valores contradictorios. La tal sistematización siguiendo, al examinar o para explorar la situación de una cierta organización en busca de lo que está generando la incidencia del síndrome,

todos estos aspectos deben examinarse. Cuando se los refirió los autores disertan en el exceso de trabajo, ellos se refieren tanto al exceso de volumen acerca del exceso para la calidad y/o diversidad de tareas. En la referencia a los valores contradictorios, ellos no consideran pertinentes sólo el examen de los conflictos entre los valores de los empleados y de la institución en conjunto, pero también entre los valores declarados y práctica de la organización. Se recomienda explícitamente que la coherencia se aprecie entre valores atribuidos como los ideales a la organización, la misión, los objetivos y la política orgánica.

Las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud tienen una influencia significativa sobre su calidad de vida laboral y sobre la calidad del servicio que ofrecen las organizaciones del sector sanitario. Consecuencias como la tasa de accidentabilidad, la morbilidad y el absentismo de los profesionales están directamente ligadas a sus condiciones de trabajo. De igual manera, las actitudes que desarrollan los profesionales hacia los usuarios de la organización y el servicio que ofrecen están asociadas a los riesgos laborales de su entorno laboral, siendo de especial relevancia en el sector sanitario los riesgos laborales de origen psicosocial debido a que los profesionales trabajan en continua interacción con personas.

El Síndrome de Burnout es una forma de trastorno relacionado con el estrés laboral en los profesionales de servicio de ayuda asistencial, sanitaria o social.

- ✓ Se produce por el afrontamiento individual ineficiente de las demandas laborales del trabajo clínico.
- ✓ Un buen soporte social, organizacional, funciona como amortiguador que modera el estrés individual.
- ✓ El burnout se facilita por la insuficiente competencia psicosocial del médico para la comunicación con el enfermo y con su familia, y para el adecuado cuidado de su propia salud.

- ✓ La negación individual del riesgo es patológica y patogénica al impedir la toma de medidas de protección eficaz.
- ✓ La prevención individual del desgaste profesional pasa por el conocimiento, anticipación y control de los estresores laborales.
- ✓ Es mejor aprender a relajarse que llegar a desquiciarse.
- ✓ Las organizaciones profesionales científicas y sindicales representativas de los médicos tienen una importante responsabilidad en la prevención del desgaste profesional.

13. CONCLUSIONES ESPECÍFICAS

❖ En el Síndrome de Burnout están implicados factores que van desde los personales, el contexto de trabajo y la organización, pasando seguramente, por aquellos que están relacionados con la formación profesional. En cuanto a la relación entre el Síndrome Burnout y el Clima Organizacional en su dimensión Trabajo en Equipo.

❖ Está claro que un médico satisfecho es un profesional que habrá de desempeñarse en forma más correcta, tanto en la faz humana como en la específicamente académica. Y en este contexto es donde se enmarca la creciente necesidad del análisis de la satisfacción.

Las relaciones humanas, también se constituyen en gran parte de esta satisfacción. La opinión puede ser en parte objetiva, pero siempre estará cargada de una subjetividad difícil de separar.

❖ Por un lado la predisposición al Síndrome de Burnout, evaluada a través de la Escala de Maslach, en la que se obtuvieron puntajes que describen, cuatro casos que identifica al Síndrome instaurado, ya que se obtuvieron puntajes altos en las dos primeras dimensiones y bajo puntaje en la tercera. Se identifican además casos particulares en las puntuaciones que la sintomatología es significativa, en cuanto a las características de este síndrome, identificándose una predisposición a sufrir de este síndrome durante el desarrollo profesional de los sujetos.

❖ En la segunda parte, de la evaluación (las dimensiones) de la predisposición al Síndrome de Burnout, los resultados nos muestran, puntajes altos y medios en cuanto al cansancio emocional, en relación a los parámetros que se esperan, para descartar casos de Síndrome de Burnout. Este es un fenómeno que es importante, ya que este es uno de los primeros factores que se ven afectados, a la presencia de síndrome de Burnout. (Ver tablas 26 y 27).

- ❖ Del mismo modo, los puntajes obtenidos en la dimensión de Despersonalización, no se muestran significativas en relación a los parámetros de diagnóstico del Síndrome de Burnout. (Ver Tablas 26 y 28).
- ❖ Ya en la última dimensión evaluada por la Escala de Maslach, Realización Personal, se identifican puntuaciones bajas que al correlacionarlas con las puntuaciones de las dimensiones anteriores, se identifican los casos en los que se debe trabajar a partir de la prevención y el tratamiento del Síndrome. (Ver Tablas 26 y 29).
- ❖ En la evaluación del Trabajo en Equipo, que a nivel personal y general se han alcanzado puntuaciones significativas en cuanto a la percepción del Trabajo en Equipo en cada uno de los pabellones de servicio, identificando así la presencia teórica y práctica de un trabajo en equipo a nivel de la institución, de la tarea que se realiza y sobre todo a nivel personal y de interrelación con los compañeros de trabajo. (Ver tabla 51).
- ❖ Los datos obtenidos del Inventario de Trabajo en Equipo, en su dimensión "Control de la Tarea", alcanza puntajes altos que también hacen referencia al conocimiento a cerca de las tareas que deben cumplir y cual es el procedimiento y los resultados que se esperan de ellos (Ver tablas 51 y 52).
- ❖ En la tabla 53, se identifican los puntajes de la dimensión "Enfrentamiento de Conflictos", de la variable Trabajo en equipo, que indican un nivel regular en cuanto al manejo de sus propias habilidades y capacidades para el manejo de conflictos dentro de la institución donde desempeñan sus actividades profesionales. (Ver tablas 51 y 53).
- ❖ Como se observa en la tabla 54, se identifica la participación activa en la toma de decisiones, en cuanto al trabajo que se realiza en la institución, por otro lado se identifican necesidades para mejorar los niveles de comunicación con los médicos de planta y los médicos internos, además del plantel de apoyo. (Ver tablas 51 y 54).

❖ Ya en lo que respecta a la relación de variables se han realizado correlaciones con la fórmula de Pearson, y en los resultados no se identifican correlaciones significativas, que den cuenta de la relación entre estas dos variables, sobre todo en lo que respecta a cada una de las dimensiones:

✓ Síndrome de Burnout y Trabajo en Equipo = No existe correlación significativa. (Ver tabla 59).

✓ Cansancio Emocional y Control de Tarea = Correlación negativa débil. (Ver tabla 60).

✓ Cansancio Emocional y Enfrentamiento de Conflictos = Correlación negativa débil. (Ver tabla 61).

✓ Cansancio Emocional y Participación en las decisiones = Correlación negativa débil. (Ver tabla 62).

✓ Despersonalización y Control de Tarea = Correlación positiva moderada. (Ver tabla 63).

✓ Despersonalización y Enfrentamiento de Conflictos = Correlación negativa débil. (Ver tabla 64).

✓ Despersonalización y Participación en las Decisiones = Correlación negativa débil. (Ver tabla 65).

✓ Realización Personal y Control de Tarea = Correlación negativa significativa. (Ver tabla 66).

✓ Realización Personal y Enfrentamiento de Conflictos = Correlación negativa débil. (Ver tabla 67).

✓ Realización Personal y Participación en las decisiones = Correlación negativa débil. (Ver tabla 68.)

❖ La libertad de tomar decisiones por parte del médico puede deberse a que en el hospital público todavía se respeta la llamada "autonomía profesional", cuya pérdida ha sido un gran factor de insatisfacción en otros ámbitos. Algunas decisiones respecto del servicio deberían explicarse y discutirse previamente en términos claros para todos, a fin de lograr su aceptación activa y cooperación.

- ❖ La pregunta es: si cuando el médico considera excesiva la demanda por parte de los pacientes debe tomarse como causa o consecuencia de la insatisfacción. Recordemos que "la satisfacción de los profesionales de la salud con su trabajo es decisiva para la construcción de la satisfacción del paciente".
- ❖ El médico se desempeña, entre otras cosas, como "formador de satisfacción" en los pacientes que atiende. Sabemos que con un personal médico insatisfecho es difícil lograr satisfacción en los pacientes.
- ❖ La excesiva demanda por parte de los pacientes y la carga laboral se corresponden, fundamentalmente, con el cambio en el perfil de la población en el último tiempo, debido a la profundización de la crisis socioeconómica que ha vivido y vive nuestro país.
- ❖ Es importante tomar en cuenta que el trabajo en equipo es sólo una categoría del clima organizacional, que si bien no se identifica una correlación significativa con la predisposición a sufrir de este síndrome, debe tomarse en cuenta otras categorías del desarrollo organizacional para nuevos estudios, que permitan un acercamiento al estudio de diagnóstico y prevención de síntomas del Síndrome de Burnout, a nivel de desempeño laboral profesionalmente.

14. RECOMENDACIONES

- ❖ Se debería proveer al empleado información suficiente, regular y oportuna acerca de su desempeño, porque es un elemento fundamental para lograr un eventual cambio.
- ❖ En el nivel individual, el desarrollo de un clima organizacional adecuado, es decir, que tanto las demandas y exigencias estén en consecuencia con los recursos que se proporcionan para obtener mejor resultados, previene el desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo. Por el contrario, el desenvolverse profesionalmente en un clima organizacional inadecuado donde se identifican malas relaciones entre el personal y los usuarios pueden facilitar la presencia de estrés en los médicos y provocar deficiencias en el desempeño laboral.
- ❖ En el nivel grupal e interpersonal las formas de relacionamiento a nivel de trabajo en equipo, pasan por fomentar el apoyo social por parte de los compañeros y supervisores. Este tipo de apoyo social debe ofrecer apoyo emocional, pero también incluye evaluación periódica de los profesionales y retroinformación sobre su desarrollo del rol.
- ❖ Por último, en el nivel organizacional, la dirección de las organizaciones debe desarrollar programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente y el clima de la organización. Como parte de estos programas se recomienda desarrollar programas de socialización anticipatoria, con el objetivo de acercar a los nuevos profesionales a la realidad laboral y evitar el choque con sus expectativas irreales. También se deben desarrollar procesos de retroalimentación en cuanto a la información que se proporciona sobre el desempeño del rol. Junto a los procesos de retroalimentación de la información grupal e interpersonal por parte de los compañeros, se debe retroalimentar la información desde la dirección de la organización y desde la unidad o el servicio en el que se ubica el trabajador. Además, es conveniente implantar programas de desarrollo organizacional. El

objetivo de estos programas se centra en mejorar el ambiente y el clima organizacional mediante el desarrollo de equipos de trabajo eficaces.

❖ Entrenamiento en el manejo de estrategias para:

✓ Como saber y reconocer si se está estresado → A partir de una evaluación integral: examen del entorno en el que vive, intentando descubrir situaciones amenazantes en su ámbito familiar y sobretodo laboral. Trabajar sobre las formas en el que el sujeto interpreta acerca de los acontecimientos que le suceden. Investigar sobre el perfil de respuestas fisiológicas ante condiciones estresantes. Indagación a cerca de los aspectos propios de la personalidad y el análisis de la adecuación de las formas de afrontamiento comúnmente utilizadas.

✓ Descubrir el estrés en el ambiente → A partir de inventarios destinados a medir el grado de amenaza que contiene la vida laboral cotidiana de los sujetos de investigación, que contengan contenidos que pretendan descifrar cuestiones relativas a la cantidad de trabajo que el sujeto realiza diariamente, las responsabilidades de sus tareas y actividades, la definición clara y concreta del puesto o de la posibilidad de apoyo profesional en la institución.

✓ El apoyo social, juega un papel importante para el alivio de la tensión que experimenta un sujeto frente a situaciones estresantes, también es importante, por lo tanto, el momento de evaluar cuando nos sentimos frente a situaciones o condiciones que provocan estrés y que pueden repercutir en el comportamiento laboral, familiar, afectivo, etc.

✓ Haciendo frente al estrés → Proporcionar de una gama de estrategias de afrontamiento al estrés, para que el sujeto desarrolle la capacidad de elegir la estrategia que mejor se adecue a la situación estresante. Desarrollando así la capacidad de autocontrol y de autorregulación a nivel cognitivo, afectivo-emocional y comportamental.

✓ Reducir la tensión → cuando es imposible alterar o modificar las condiciones que nos rodean, las estrategias centradas en reducir las señales de tensión, y estrés, resultan ser beneficiosas.

BIBLIOGRAFÍA

- ALVAREZ, E. y FERNANDEZ, L. (1991): "El síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional (I):"Revisión de estudios". Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Vol. 11, Nº 39. España.
- AVILÉS, R. (1994- 1995) La relación entre es estrés y la satisfacción laboral en los trabajadores de las Empresas de medicamentos de La Paz. Tesis de Grado, U.M.S.A.
- ATNCE, MJC. (2002) "Aspectos epidemiológicos del Síndrome de Burnout en personal sanitario. Revista Española de Salud Pública. España.
- BANDURA, A. (1990). Auto- eficacia: Como afrontamos los cambios de la sociedad actual. Barcelona: Martínez Roca.
- BANDURA, A. (1987). Pensamiento y acción. Barcelona: Martínez Roca.
- BARONA, E. "Una investigación sobre el estrés laboral y el síndrome del quemado OEI – Revista Iberoamericana De Educación.
- BLANCO, M. Análisis de Satisfacción Laboral en una Empresa. Tesis de Grado, U.C.B., La Paz. 1982.
- BUENDIA J. (1998) Estrés laboral y salud. Biblioteca Nueva, Madrid.
- -BUENDIA , J. y RAMOS, F. (2001) Empleo, Estrés y Salud. Madrid: Pirámide.

- CASTELLON, M.E. Relación entre las Habilidades Sociales y la frecuencia de uso en el Internet Relay Chat (estudio realizado en personas de 18 a 25 años con instrucción universitaria). Tesis de Grado, U.C.B., La Paz. 2002.
- CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS. (2003). Revista de Investigación Psicológica. Artículo "La Psicología de la Salud aplicada a la formación personal de los Médicos" La Paz- Bolivia: "Nuevo Siglo" Impresores & Editores, Pág. 34-41.
- DE LA PEÑA E., y Cols. (2002). Factores relacionados con el estrés profesional en personal de enfermería del área de salud de Badajoz. Enfermería Clínica Vol.12, N° 2, Pág. 59-64, España.
- DORSCH, F. (1985). Diccionario de Psicología. Barcelona: Ed. Herder S.A.
- FERRER, R. (2002). Burn Out o síndrome de desgaste profesional. Medicina Clínica. Barcelona- España.
- GIBSON, J.L., IVANCEVICH, J.M., DONELLY, Jr. (1999). Las Organizaciones "Comportamiento, Estructura, Procesos. Chile: Mc. Graw- Hill/ Irwin.
- GIL- MONTE, P. (2002) "Validez Factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory- General Survey". Salud publica de México, Vol. 44, N° 1. México.
- GIL- MONTE, P. R. (2000). Aproximaciones psicosociales y estudios diagnósticos sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Monográfico, Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones.

- GIL-MONTE, P. R. (2001). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) en una muestra de policías municipales. Salud Pública de México, en prensa.
- GIL-MONTE, P. R. y Peiró, J. M. (1997). Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis.
- HERNÁNDEZ, R., FRENÁNDEZ, C., y BAPTISTA, P. (2003). Metodología de la Investigación. México: Mc. Graw- Hill Interamericana.
- LAZARUS, R. S. y FOLKMAN, S. (1986) Estrés y Procesos Cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.
- MARTINEZ, A. y DEL CASTILLO, C. (2003). "Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina". Revista de Atención Primaria. España.
- MAX- NEEF, M., ELIZALDE, A., HOPENHAYN, M. (1986). Desarrollo a Escala Humana. Chile: Nordan.
- NAVARRETE, M., ARELLANO, M. (1999) Estudio descriptivo comparativo del síndrome de burnout en psicólogos, psiquiatras y asistentes sociales del sistema de Salud Metropolitano Sur. Tesis para optar al título profesional de psicólogo, Escuela de Psicología, Universidad Santo Tomás.
- O.M.S. (2000). The World Health Report 2000. Health systems: Improving performance.
- PONCE, C. (2002) Burnout y estrategias de afrontamiento en profesores de educación básica. Revista de Psicología, Vol 15, Nº 4, Pág. 12- 24.

- QUIROZ, R. y SACO, S. (1999). Factores asociados al síndrome burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de EsSalud del Cusco. Revista SITUA Semestral de la Facultad de Medicina Humana. Edit. Universidad Nacional San Antonio de Abat del Cuzco.
- RAMOS, A. y DOMINGUEZ, J. (2006). "Prevalencia de burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria de Burgos". Revista de atención primaria. España.
- RIVERO, E. El clima y el desgaste psicosocial del trabajador fabril. Tesis de Grado, U.M.S.A., La Paz, 1997.
- ROBBINS, S. (2004). Comportamiento Organizacional. Décima Edición. México: Pearson.
- ROQUE, D., Y PEREZ, M. (2003). Estrés Laboral, consideraciones sobre sus características y formas de afrontamiento. Revista Internacional de Psicología, Vol. 33.
- VELASCO, C., (2001). Curso "Psicología Cognitivo- Comportamental". La Paz, Bolivia.
- VINDEL, C., TOBAL, M., PEREZ, N., SAYALERO, Y BLANCO (2001) "La ansiedad, la ira y el estrés asistencial en el ámbito hospitalario: un estudio sobre sus relaciones y la eficacia del tratamiento". *Ansiedad y Estrés*, Nº 7, Pág.247-257.

BIBLIOGRAFÍA CIBERNÉTICA

- [www. exitomental.org](http://www.exitomental.org)
- [www. sitio- de- éxito.com.](http://www.sitio-de-exito.com)
- [www. psicología- online.com](http://www.psicologia-online.com)
- [www. psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com)
- [http://ttt.upv.es/ccoo/Salud Laboral/Salud.htm](http://ttt.upv.es/ccoo/Salud_Laboral/Salud.htm)
Comité de Salud Laboral o Comité de Seguridad e Higiene- CCOO.

- <http://www.leymann.se/English/frame.html>

Van Dierendonck, D.; Schaufeli, W.; Buunk, B. (1998) The Evaluation of an Individual Burnout Intervention Program: The Role of Inequity and Social Support. *Journal of Applied Psychology*, Vol. 83(3), 392–407.

- <http://www.ucm.es/info/seas/index.htm>

La Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS), es una sociedad sin ánimo de lucro que agrupa a psicólogos, psiquiatras, médicos, pedagogos, sociólogos, etc. que tiene entre otros objetivos la promoción y difusión de investigaciones científicas en el campo de la ansiedad, el estrés y las emociones en general.

- <http://www.ugt-pv.org/docu/estres/estres4.htm>

"Factores Psicosociales en la Prevención de Riesgos Laborales: El Estrés ocupacional". Estudio elaborado por el sindicato Unión General de Trabajadores del País Valenciano (U.G.T.-P.V.).

- http://www.ccoo.upv.es/Salud_Laboral/Manual_estres_laboral.htm

"Manual para la Formación de Trabajadores. Conceptos básicos para la Evaluación e Intervención del Estrés Laboral". Estudio elaborado por la sección sindical de Comisiones Obreras (CC.OO) de la Universitat Politècnica de Valencia.

- <http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/inf/magazine/index.htm>

Ver Núm. 37 de la Revista "Trabajo" de Diciembre del año 2.000, publicada por la Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.): "S.O.S. estrés en el Trabajo: aumentan los costes del estrés en el trabajo y la incidencia de la depresión es cada vez mayor. Ver asimismo:

- <http://www.uch.edu.ar/rrhh>

"Dimensiones del clima organizacional", Sociedad Latinoamericana para la Calidad, Internet, Diciembre de 1997. Litwin, G. y Stinger, H. "Administración de Recursos Humanos", Grupo Editorial Iberoamérica, México DF, 1994.

Aportado por: Dr. Reynaldo Jorge Tubán Félix - Cedido por Uch - RRHH el portal de estudiantes de RRHH.

- <http://medicos-municipales.org.ar>

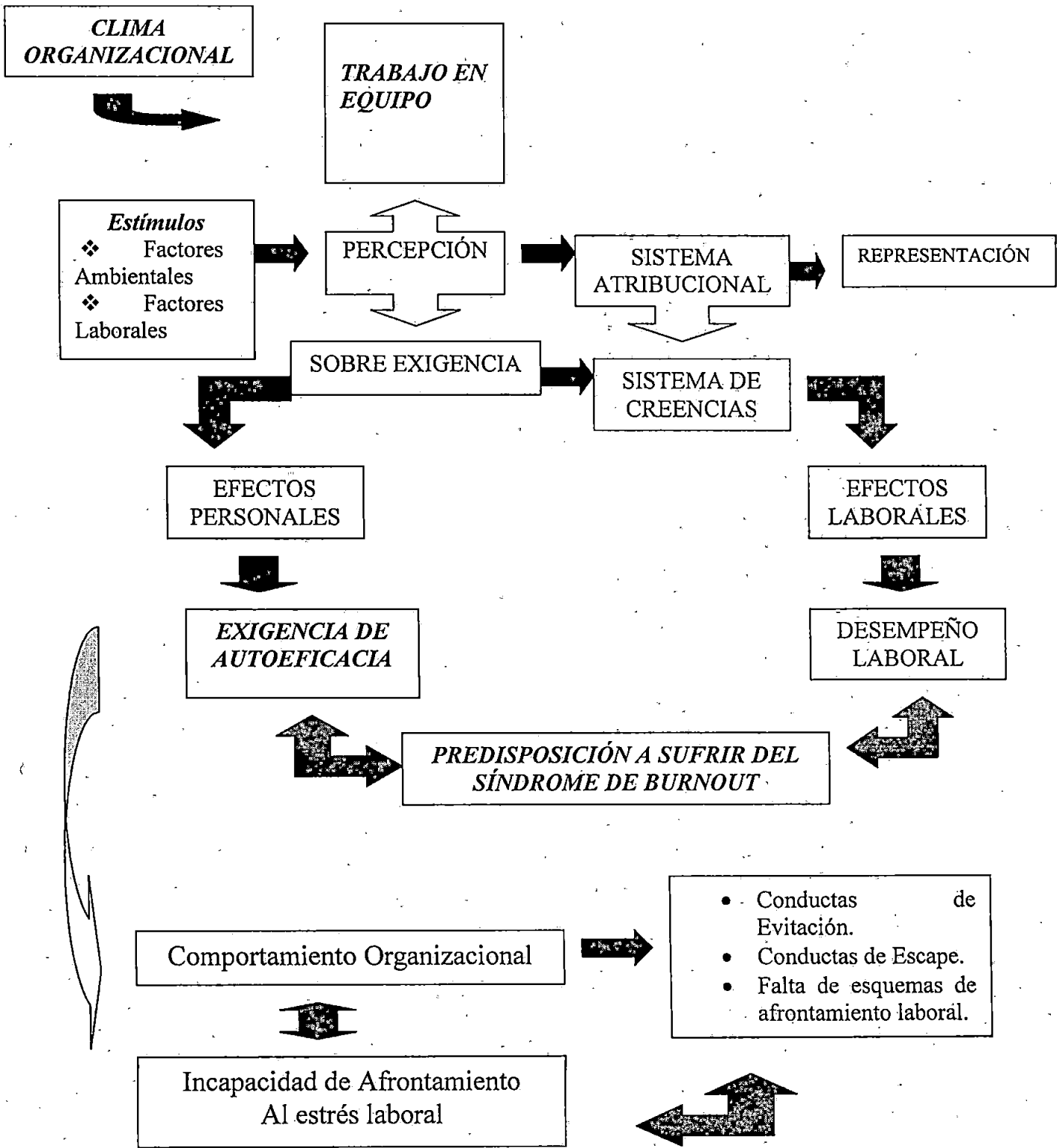
Gilardi J. Recursos humanos: ante la crisis, una apuesta por la calidad. Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires. Diario de Mundo Hospitalario. <en línea> Año XI N° 90. 2002 (Julio); Año 11 N° 90.

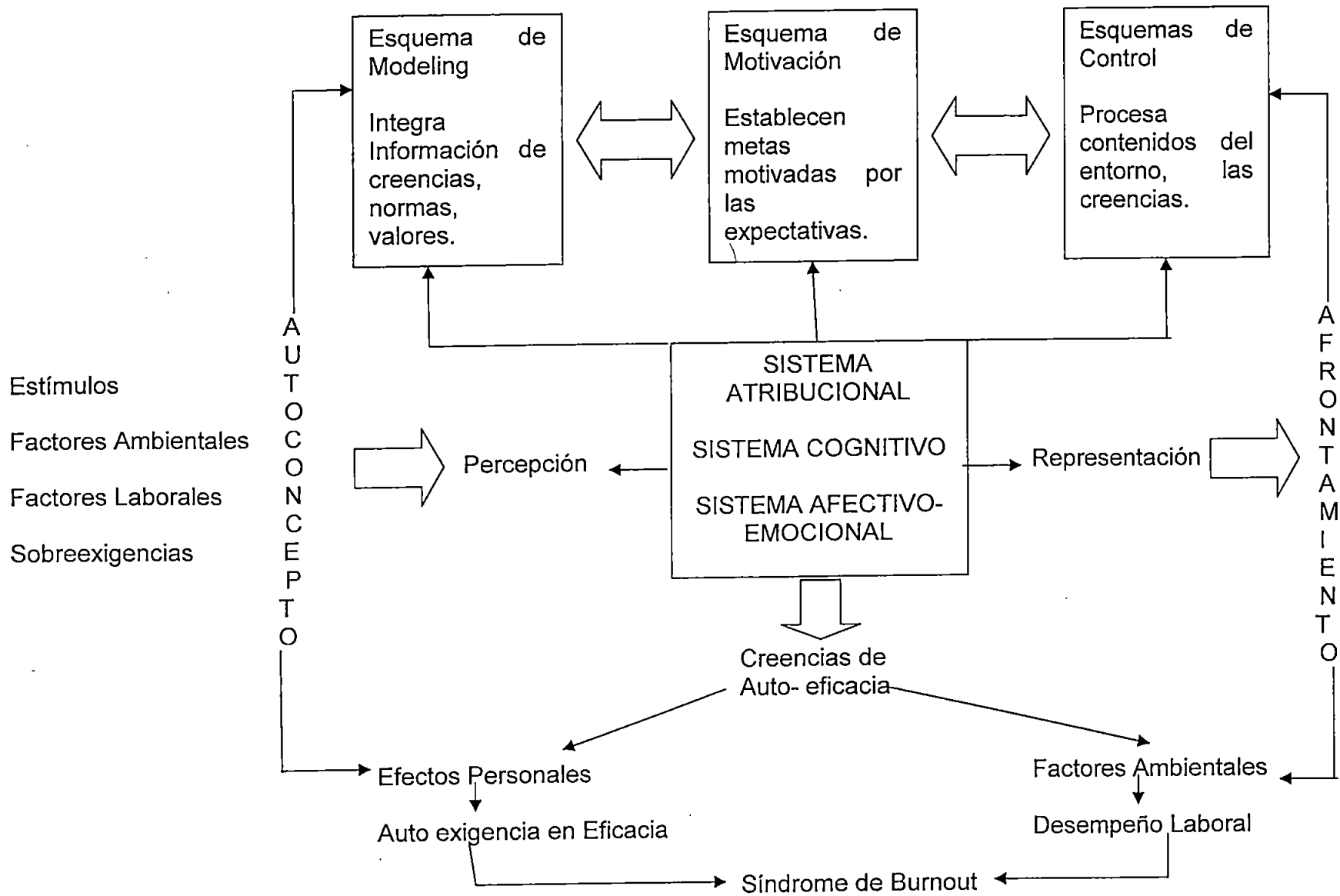
- <http://www.leymann.se/>

- <http://www.who.int/whr>

ANEXOS

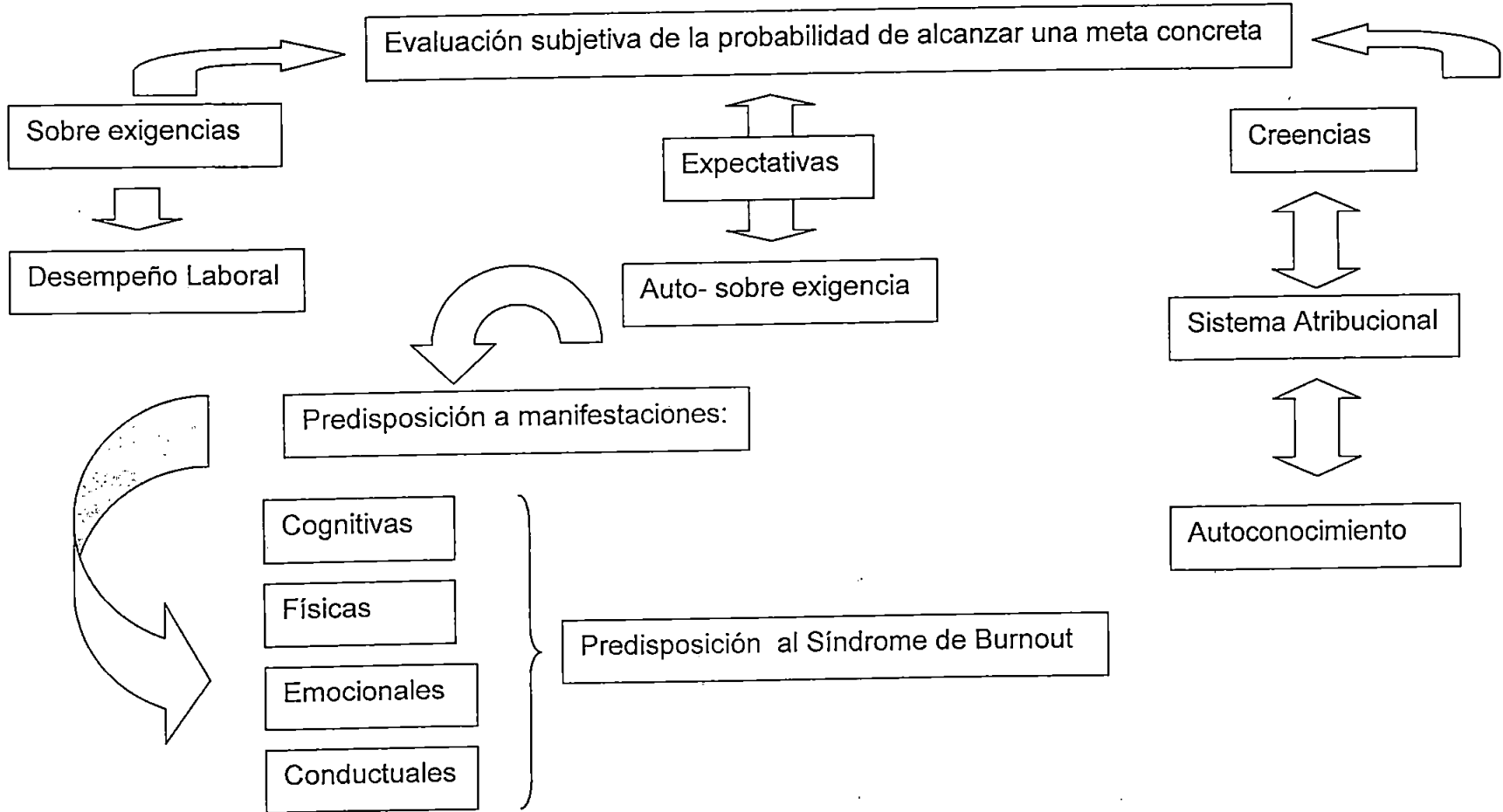
ESQUEMA DEL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA





Determinantes Causales de iniciación y persistencia de Conductas

Expectativa de autoeficacia → Seguridad de poder realizar una acción particular.
Expectativa de resultado → Frente a la acción, consecuencias sociales, físicas y auto-evaluativos.



**ESCALA DE ASERTIVIDAD
EAS-4- RC (ADULTOS)**

SEXO: F M

EDAD:

LUGAR DE RESIDENCIA:

NIVEL DE RESIDENCIA:

INSTRUCCIONES

Esta escala está diseñada para ayudarnos a tener una mayor comprensión de la forma cómo nos relacionamos con el entorno y de la capacidad que tenemos de mejorar nuestro bienestar y de las personas de nuestro entorno. Por favor, indique su opinión sobre cada una de las frases escritas a continuación, colocando el número apropiado en la casilla de la derecha en base a la siguiente escala:

- 1 = Me siento mal e incómodo cuando esto sucede
- 2 = Me siento ligeramente incómodo cuando esto sucede
- 3 = Me siento bien cuando esto sucede
- 4 = Me siento muy bien cuando esto sucede

1.	Decirle a un amigo que no le puedo prestar un libro porque lo necesito.	
2.	Pedirle a mi compañero de habitación que me ayude a limpiar y ordenar todo el lugar	
3.	Expresar mis sentimientos a una persona que quiero	
4.	Pedir prestado algo que necesito	
5.	Pedir a una persona que me deje estar solo porque así lo deseo	
6.	Realizar una crítica constructiva a una persona que estimo	
7.	Pedir a una persona de la familia que no se tan desordenada	
8.	Dar una opinión contraria a la de otra persona	
9.	Comunicar mis ideas cuando hay mucha gente pendiente de mí	
10.	Hacer algo totalmente nuevo y distinto en beneficio mío y de otras personas	
11.	Expresar mi opinión a mis superiores si considero que sus instrucciones son injustas hacia mi.	
12.	Pedir ayuda si es que la necesito	
13.	Responder de forma educada a una crítica que no me la merezco	
14.	Negociar de forma equitativa para mi beneficio y el de las otras personas	
15.	Proponer una idea que pienso que será en beneficiosa no sólo para mí	
16.	Confrontar a la persona que intenta hacerme sentir culpable	
17.	Pedir una cita para hablar con alguien importante	
18.	Pedir a alguien que deje de hablar por teléfono si es que yo lo necesito	
19.	Decirle a un amigo que no puedo ir a una invitación que me hace porque tengo otro compromiso	
20.	Decir al chofer de un bus que pare porque se ha pasado de la esquina donde tenía que bajarme	
21.	Reclamar el cambio que me corresponde en el pago del transporte público	
22.	Decir al encargado de la biblioteca que no puedo devolver un libro que nunca me han prestado	
23.	Decirle a una persona que quiere entrometerse que haga fila de forma ordenada	
24.	Responder mediante una carta a una comunicación que considero injusta en relación a mi	
25.	Disculparme por haber llegado de forma impuntual	
26.	Romper el silencio en una reunión de grupo	
27.	Pedir a un amigo que me pague el dinero que le he prestado	
28.	Decirle a mi vecino que ya no le puedo prestar más azúcar después de seis veces de haberlo hecho	
29.	Decir a un amigo que el domingo no podemos recibirlo en casa porque es nuestro día de descanso	
30.	Solicitar aumento de salario si es que me lo merezco	
31.	Pedir a un amigo que su comunicación sea más concreta por teléfono celular	
32.	Pedir que se me aclare algo que alguien me dice cuando me parece confuso	
33.	Decirle a una persona que me siento bien con ella	
34.	Decirle a un amigo que ha hecho un buen trabajo	

35.	Pedir a una persona que nos enseñe algo que necesito aprender	
36.	Decirle a una persona que se ve bien con la nueva ropa que se ha puesto	
37.	Pedirle a una persona que me devuelva lo que le he prestado	
38.	Pedir que se me pague puntual por un trabajo realizado	
39.	Pedir a una persona que me hace críticas, que lo haga en privado y no en público	
40.	Pedir a una persona que me ayude con un consejo	
41.	Expresar una opinión de apoyo hacia una de las personas de un grupo	
42.	Entablar conversación con una persona que no conozco	
43.	Felicitar a una persona que así lo merece	
44.	Pedirle a un compañero de trabajo que deje de hacer algo que a mi me molesta	
45.	Decir que estoy satisfecho a alguien que me insiste en invitarme más comida	
46.	Pedir a una persona que no insista en un acercamiento que no deseo	
47.	Devolver una mercadería que está en mal estado o fallada	
48.	Preguntar a alguien si se siente ofendido/a por algo que he dicho	
49.	Decirle a un amigo que no le puedo prestar dinero	
50.	Aceptar que no conozco un tema en una discusión de grupo	

**ESCALA DE EVALUACIÓN DEL ESTRÉS
EEE-2- RC (ADULTOS)**

SEXO: F M

EDAD:

LUGAR DE RESIDENCIA:

NIVEL DE RESIDENCIA:

INSTRUCCIONES

Para indicar si lo que se le pregunta, le ha estado ocurriendo en las últimas semanas, use los siguientes valores numéricos que responden al tipo de influencia en su vida como se detalla a continuación. Conteste con la máxima sinceridad.

0 = No me ocurre nunca, no tiene nada que ver conmigo.

2 = Me ocurre algunas veces, afecta ligeramente en mi vida.

4 = Me ocurre muy a menudo y tiene un claro impacto en mi vida.

6 = Me ocurre constantemente, altera mi vida cotidiana y afecta profundamente mi bienestar.

1.	No me llevo bien con las personas	
2.	Siento que mis condiciones de vida son desagradables	
3.	Tengo dificultades para levantarme en la mañana	
4.	Siento que mi nutrición esta alterada	
5.	Tengo pesadillas	
6.	Siento mi boca seca	
7.	Tengo problemas con autoridades	
8.	Pienso que lo que hago es monótono y aburrido	
9.	Mi corazón late muy aprisa	
10.	Siento ganas de tener más libertad	
11.	Siento que tengo que hacer cosas de una manera apurada	
12.	Durante el día tengo mucha sudoración	
13.	Me duele el estómago	
14.	Pienso que me falta tiempo	
15.	Siento inseguridad	
16.	Me siento atrapado sin salida	
17.	Pienso que tengo malos hábitos	
18.	Tengo problemas de salud	
19.	Siento rechazo de mis seres queridos	
20.	Discuto con mucha intensidad	
21.	Me siento abandonado y solitario	
22.	Tengo ganas de ir al urinario	
23.	Mis dientes están apretados	
24.	Siento que no soy organizado	
25.	Me afecta la crítica de los demás	
26.	No tengo apetito	
27.	Me siento emocionalmente inestable	
28.	Mis pensamientos interfieren cuando estoy escuchando a alguien	

29.	Tengo problemas de relación con mis amigos	
30.	Siento que me falta motivación	
31.	Me cuesta llevar una conversación	
32.	Cuando me frustro mis reacciones son desproporcionales	
33.	Evito los compromisos sociales	
34.	Siento mis manos frías y húmedas	
35.	Mi mente se queda en blanco	
36.	Me siento en peligro y bajo amenaza	
37.	Pienso que me van a suceder cosas muy graves	
38.	Siento ahogo y/o sofocación	
39.	Tengo ganas de que se acabe el día y empiece otro	
40.	Siento ganas de escapar o huir de todo	
41.	Tengo dificultad para conciliar el sueño	
42.	Siento que no puedo controlar mis impulsos	
43.	Me siento irritable	SUBTOTAL
44.	Tengo dificultad para recuperarme después de haber renegado	
45.	Siento que las cosas no me salen bien	
46.	Siento mucho apetito	
47.	Tengo dolor de cabeza	
48.	Me canso con facilidad	
49.	Tengo diarrea	
50.	No me siento feliz	
51.	Tengo dificultades para expresar lo que siento	
52.	Siento que el futuro se acorta	
53.	Siento mareos	
54.	Tengo ganas de tomar líquido	
55.	Siento como "un nudo en la garganta"	
56.	Veó televisión mas de tres horas diarias	
57.	Tengo miedo a morir	
58.	Pienso que tengo muchos problemas	
59.	Tengo ganas de llorar	
60.	Me olvido cosas importantes	
61.	Siento ganas de gritar	
62.	Siento fatiga y pesadez	
63.	Tengo dolor de espalda y/o cuello	
64.	No puedo estar más de una hora continua trabajando	
65.	Siento temblor en mis manos y/o piernas	
66.	Siento ganas de hablar más rápido de lo usual	
67.	Siento el deseo de lastimar a alguien	
68.	Tengo dificultad para dormir durante la noche	
69.	Al hablar tartamudeo y/o siento temblor	
70.	Llego tarde a mis compromisos	
71.	No me siento motivado sexualmente	
72.	Siento una opresión en el pecho	
73.	Tengo dificultad para organizar mis pensamientos	

74.	Me produce mucha impaciencia el estar en problemas	
75.	Tengo dificultad en mi relacionamiento familiar	
76.	Siento mucha tensión en mis músculos	
77.	Tomo café	
78.	Pienso que tengo muchas cosas pendientes	
79.	Siento escalofríos	
80.	Siento miedo de afrontar mis problemas	
81.	Me como las uñas y/o me pellizco partes del cuerpo	
82.	Siento que el ambiente me presiona	
83.	Pienso que mi futuro no tiene esperanzas	
84.	Siento hostilidad hacia las personas que no están de acuerdo conmigo	
85.	Siento que falta el aire	
86.	Recuerdos desagradables invaden mi pensamiento	
87.	Siento adormecimiento y/o cosquilleo en diversas partes de mi cuerpo	
88.	Tengo dificultad para concentrarme	
89.	Cuando me siento a conversar muevo el pie	
90.	El miedo me altera los nervios	
91.	Cometo errores	
92.	Siento ganas de comer comida con azúcar	
93.	Deseo cambiar el tipo de trabajo que realizo	
94.	Me cuesta esperar a una persona	
95.	Me siento intranquilo en lugares donde hay mucha gente	
96.	Tengo miedo enfermarme	
97.	Siento que pierdo el control de mis actitudes	
98.	Al despertar siento fatiga y/o dolores musculares	
99.	Me cuesta lograr estar en calma o tranquilidad	
100.	Siento que no soy perseverante	

ESCALA DE MASLACH

SEXO: F M

EDAD:

LUGAR DE RESIDENCIA:

NIVEL DE RESIDENCIA:

Esta escala está diseñada para ayudarnos a tener una mayor comprensión de la forma cómo nos relacionamos en el trabajo y de las capacidades que tenemos de mejorar el bienestar de las personas de nuestro entorno. Por favor, indique su opinión sobre cada una de las frases escritas a continuación, colocando el número apropiado en la casilla de la derecha en base a la siguiente escala:

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

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

INVENTARIO SOBRE EL TRABAJO EN EQUIPO (ITE)

SEXO: F M

EDAD:

LUGAR DE RESIDENCIA:

NIVEL DE RESIDENCIA:

Por favor, conteste al siguiente inventario, marcando con una "X" en la casilla que identifique mejor lo que siente y percibe del trabajo en equipo que realiza en su trabajo.

		no, nunca	algunas veces	muchas veces	sí, siempre
1.	En nuestro Departamento se percibe una atmósfera de apertura entre la gente.				
2.	En este Departamento se tiende a subordinar los intereses generales a los intereses personales.				
3.	En el Departamento se apoya el trabajo en equipo.				
4.	En este Departamento hay libertad para expresar y discutir las propias ideas.				
5.	Existe desconfianza por parte de los mandos hacia los integrantes del Departamento.				
6.	El personal del Departamento está interesado en el éxito del trabajo que realiza.				
7.	Los conflictos interpersonales se abordan sin darles largas.				
8.	Una característica propia de este Departamento es la falta de confianza que existe entre sus integrantes.				
9.	En el Departamento todos nos sentimos responsables de los objetivos a alcanzar.				
10.	Los mandos suelen poner trabas a la participación en la resolución de los problemas del Departamento.				
11.	En este Departamento se fomenta la responsabilidad personal por encima del control de las tareas.				
12.	En el Departamento existe la conciencia de que los Mandos se preocupan del desarrollo de cada empleado.				
13.	El personal del Departamento está identificado con la Institución.				
14.	Los mandos se retraen ante los conflictos y evitan abordarlos.				
15.	Existe una comunicación fluida entre el personal del Departamento.				
16.	Los objetivos de este Departamento están claramente establecidos.				
17.	Los mandos logran implicar al personal en los objetivos a alcanzar.				
18.	En la institución se ven con malos ojos las iniciativas y sugerencias de los empleados.				
19.	En este Departamento se preocupan por los problemas de los integrantes del mismo.				
20.	Formamos un equipo de colaboradores desmotivados				
21.	En este Departamento se resuelven los conflictos poniéndolos sobre la mesa.				

“ESCALA DE MASLACH”

SUJETO	SEXO	EDAD	LUGAR RESIDENCIA	NIVEL RESIDENCIA	TOTAL
1	M	29	Pabellón Británico	Residente I	91
2	F	27	Pabellón Británico	Residente II	91
3	M	29	Pabellón Británico	Residente I	57
4	F	29	Pabellón Italia	Residente I	95
5	F	25	Pabellón. Maxilo Facial	Residente I	84
6	M	26	Pabellón Italia	Residente I	48
7	M	30	Gastroenterológico	Residente I	52
8	M	28	Cirugía	Residente I	67
9	M	26	Cirugía	Residente I	58
10	M	31	Pabellón Británico	Residente I	71
11	M	28	Pabellón Británico	Residente III	60
12	F	28	Pabellón Italia	Residente I	51
13	M	29	Pabellón Italia	Residente III	100
14	M	27	Pabellón Italia	Residente I	60
15	M	26	Medicina Interna	Residente II	81
16	M	27	Medicina Interna	Residente III	64
17	M	24	Pabellón Italia	Residente I	56

ESCALA DE MASLACH
“AREAS DE TRABAJO”

SUJETO	SEXO	EDAD	LUGAR RESIDENCIA	NIVEL RESIDENCIA	CANSANCIO EMOCIONAL	DESPERSONALIZACION	REALIZACION PERSONAL
1	M	29	Pabellón Británico	Residente I	34	11	46
2	F	27	Pabellón Británico	Residente II	40	15	36
3	M	29	Pabellón Británico	Residente I	15	11	31
4	F	29	Pabellón Italia	Residente I	41	17	37
5	F	25	Pabellón. Maxilo Facial	Residente I	33	5	46
6	M	26	Pabellón Italia	Residente I	9	4	35
7	M	30	Gastroenterológico	Residente I	3	1	48
8	M	28	Cirugía	Residente I	34	13	20
9	M	26	Cirugía	Residente I	27	9	22
10	M	31	Pabellón Británico	Residente I	22	3	46
11	M	28	Pabellón Británico	Residente III	16	11	33
12	F	28	Pabellón Italia	Residente I	20	6	25
13	M	29	Pabellón Italia	Residente III	39	20	41
14	M	27	Pabellón Italia	Residente I	3	12	45
15	M	26	Medicina Interna	Residente II	27	14	40
16	M	27	Medicina Interna	Residente III	14	7	43
17	M	24	Pabellón Italia	Residente I	11	1	44

CUESTIONARIO "TRABAJO EN EQUIPO"

SUJETO	SEXO	EDAD	LUGAR RESIDENCIA	NIVEL RESIDENCIA	TOTAL
1	M	29	Pabellón Británico	Residente I	33
2	F	27	Pabellón Británico	Residente II	28
3	M	29	Pabellón Británico	Residente I	30
4	F	29	Pabellón Italia	Residente I	23
5	F	25	Pab. Maxilo Facial	Residente I	21
6	M	26	Pabellón Italia	Residente I	34
7	M	30	Gastroenterológico	Residente I	41
8	M	28	Cirugia	Residente I	46
9	M	26	Cirugia	Residente I	42
10	M	31	Pabellón Británico	Residente I	35
11	M	28	Pabellón Británico	Residente III	38
12	F	28	Pabellón Italia	Residente I	27
13	M	29	Pabellón Italia	Residente III	38
14	M	27	Pabellón Italia	Residente I	34
15	M	26	Medicina Interna	Residente II	27
16	M	27	Medicina Interna	Residente III	37
17	M	24	Pabellón Italia	Residente I	29

CUESTIONARIO TRABAJO EN EQUIPO

“AREAS DE TRABAJO”

SUJETO	SEXO	EDAD	LUGAR RESIDENCIA	NIVEL RESIDENCIA	CONTROL DE TAREA	ENFRENTAMIENTO DE CONFLICTO	PARTICIPACION EN LAS DECISIONES
1	M	29	Pabellón Británico	Residente I	10	12	11
2	F	27	Pabellón Británico	Residente II	8	12	8
3	M	29	Pabellón Británico	Residente I	10	10	10
4	F	29	Pabellón Italia	Residente I	7	8	8
5	F	25	Pab. Maxilo Facial	Residente I	6	8	7
6	M	26	Pabellón Italia	Residente I	9	15	10
7	M	30	Gastroenterológico	Residente I	14	14	13
8	M	28	Cirugía	Residente I	16	16	14
9	M	26	Cirugía	Residente I	10	13	19
10	M	31	Pabellón Británico	Residente I	13	10	12
11	M	28	Pabellón Británico	Residente III	14	12	12
12	F	28	Pabellón Italia	Residente I	9	7	11
13	M	29	Pabellón Italia	Residente III	14	11	13
14	M	27	Pabellón Italia	Residente I	14	11	9
15	M	26	Medicina Interna	Residente II	11	8	8
16	M	27	Medicina Interna	Residente III	12	12	13
17	M	24	Pabellón Italia	Residente I	7	11	11

“ESCALA DE EVALUACION DEL ESTRÉS”

SUJETO	SEXO	EDAD	LUGAR RESIDENCIA	NIVEL RESIDENCIA	TOTAL
1	M	29	Pabellón Británico	Residente I	152
2	F	27	Pabellón Británico	Residente II	218
3	M	29	Pabellón Británico	Residente I	126
4	F	29	Pabellón Italia	Residente I	304
5	F	25	Pab. Maxilo Facial	Residente I	210
6	M	26	Pabellón Italia	Residente I	74
7	M	30	Gastroenterológico	Residente I	28
8	M	28	Cirugía	Residente I	302
9	M	26	Cirugía	Residente I	346
10	M	31	Pabellón Británico	Residente I	66
11	M	28	Pabellón Británico	Residente III	150
12	F	28	Pabellón Italia	Residente I	156
13	M	29	Pabellón Italia	Residente III	236
14	M	27	Pabellón Italia	Residente I	26
15	M	26	Medicina Interna	Residente II	266
16	M	27	Medicina Interna	Residente III	76
17	M	24	Pabellón Italia	Residente I	112

“ESCALA DE ASERTIVIDAD”

SUJETO	SEXO	EDAD	LUGAR RESIDENCIA	NIVEL RESIDENCIA	TOTAL
1	M	29	Pabellón Británico	Residente I	121
2	F	27	Pabellón Británico	Residente II	140
3	M	29	Pabellón Británico	Residente I	99
4	F	29	Pabellón Italia	Residente I	96
5	F	25	Pab. Maxilo Facial	Residente I	72
6	M	26	Pabellón Italia	Residente I	119
7	M	30	Gastroenterológico	Residente I	167
8	M	28	Cirugía	Residente I	127
9	M	26	Cirugía	Residente I	29
10	M	31	Pabellón Británico	Residente I	156
11	M	28	Pabellón Británico	Residente III	136
12	F	28	Pabellón Italia	Residente I	145
13	M	29	Pabellón Italia	Residente III	121
14	M	27	Pabellón Italia	Residente I	183
15	M	26	Medicina Interna	Residente II	138
16	M	27	Medicina Interna	Residente III	131
17	M	24	Pabellón Italia	Residente I	184

