



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología

**“Relación entre elementos de clima organizacional y desarrollo de
burnout en personal hospitalario de urgencias”**

TESIS

Que para obtener el Título de Licenciado en Psicología presenta

Eduardo Abraham Vidal Velazco

DIRECTOR: Mtro. Edgar Landa Ramírez

REVISOR: Dr. Juan José Sánchez Sosa

SINODALES: Dr. Miguel Alejandro Villavicencio Carranza

Mtro. Sotero Moreno Camacho

Dr. Jorge Rogelio Pérez Espinosa

MÉXICO, D.F.

2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Resumen

Con el objetivo de identificar la asociación entre elementos del clima organizacional (CO) y el desarrollo de burnout en el personal hospitalario de un servicio de urgencias, se realizó un estudio no experimental correlacional transversal con un grupo de 74 participantes, médicos (55.4%) y enfermeras (44,6%), del Hospital General *Dr. Manuel Gea González*. Para evaluar los niveles de burnout se utilizaron la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO) y el Inventario de Burnout de Maslach (MBI). Para evaluar el clima organizacional se empleó la Escala de Clima Organizacional (CLIOR). Los resultados mostraron una correlación negativa, modesta aunque estadísticamente significativa entre el burnout y la percepción del clima organizacional ($r=-.39$; $p<.01$); también se encontraron correlaciones negativas, modestas pero estadísticamente significativas entre varios componentes del burnout y elementos del clima organizacional tales como: Agotamiento con Estructura ($r=-.32$; $p<.01$) y con Organización del trabajo ($r= -.45$; $p<.01$). Despersonalización con Reconocimiento ($r= -.41$; $p<.01$), con Apoyo ($r= -.31$; $p<.01$) y con Liderazgo ($r= -.33$; $p<.01$) e Insatisfacción de logro con Organización del trabajo ($r= -.44$; $p<.01$) y con Reconocimiento ($r= -.33$; $p<.01$). Se encontró un 66.22% de participantes con altos niveles de burnout en el personal de urgencias. Los hallazgos permiten concluir que existe una relación entre los componentes burnout y diferentes elementos del clima organizacional. En virtud de lo anterior también se concluye que resulta necesario generar intervenciones que permitan disminuir el impacto del burnout en la salud del personal de la salud que trabaja en presencia de diversos estresores, dadas sus implicaciones para el cuidado de su propia salud y la de sus pacientes atendidos.

Agradecimientos

“La construcción de una nueva forma de pensamiento en salud y de la inclusión de la Psicología en la solución de viejos y nuevos problemas de salud, supone una flexibilidad de integración de los aportes de fuentes y corrientes teóricas, sin caer en un eclecticismo grosero e infértil”

(Grau y Hernández, 2005, p. 24)

Tengo mucho que agradecer a todas aquellas personas que contribuyeron en la realización de este proyecto, cuyo apoyo y disposición fueron fundamentales para su culminación traducida en esta impresión, de ante mano, me excuso si cometiera la falta no intencionada de omitir a alguien. Quiero comenzar por agradecer al Mtro. Edgar Landa quién gracias a su tiempo, escucha, apoyo, compromiso y guía pude llevar a cabo este trabajo. Al Dr. Juan José Sánchez Sosa, quien me instruyó haciendo sugerencias, correcciones y brindó parte de su tiempo en el mejoramiento de mi trabajo; su atención, motivación y consideración me fueron de mucha ayuda.

Agradezco a los participantes y personal del área de urgencias, así como a los directivos del “Hospital Dr. Manuel Gea González” cuya colaboración hicieron posible esta investigación.

Al Dr. Miguel Villavicencio quien me ayudó con sus recomendaciones, aportaciones, correcciones y dedicación. .

A la Mtra. Nancy Rangel por su ayuda, disposición y sugerencias.

A la Dra. Alejandra Valencia quién me asesoró con la parte de estadística y en la revisión de mis resultados y conclusiones.

A Isabel Reyes y Rodrigo González con quienes viví momentos memorables y compartí angustias, cansancio, desvelos, alegrías, risas y dichas.

Dedicatorias

Quiero dedicar este trabajo a todas aquellas personas que han sido una gran y valiosa motivación en la consecución de mis metas y sueños, reconociendo la confianza, el apoyo, amor y credibilidad que han depositado en mí.

Primeramente dedico este trabajo a mi mamá Arcadia Velazco que con todo su esfuerzo y amor incondicional supo guiarme en los azarosos caminos de la vida. Su apoyo ha sido el más importante, gracias por estar ahí para mí resguardándome con tu incansable espíritu.

A mi papá (†) Luis Vidal que, donde quiera que se encuentre, dejó impregnado en mí su amor, enseñanzas y fortaleza, que han sido mis faros para alcanzar mis ideales.

A mis hermanos Brenda y Geovanny que han estado conmigo tanto en agradables como en infortunados momentos. Agradezco su apoyo, confianza, lealtad y amor brindados.

A Agustín Mayorga que siempre ha confiado en mí y me ha brindado su apoyo, amistad, estima y respeto.

A mi tío Gerardo H. Argüello quien ha sido un guía y maestro; agradezco sus pláticas, consejos, confianza y apoyo.

A mis amig@s Esmeralda, Betzy, Gabriela, Iliana, Claudia, Ivonne, Arely, Doranelly, Estefanía, Juan Carlos, Cristian, Isabel, Alejandra, Alexis, Daniela, Alethia, Alejandro, Eduardo, compañeros de la vida, que con su apoyo, amistad y cariño invaluable han llenado mi existir de memorables momentos.

A Karina Nava cuyo apoyo, estima, cariño, compañía y humanismo han estado presentes en un sin número de ocasiones; gracias por creer en mí.

Índice

Resumen	2
Capítulo 1. Psicología de la salud	6
Capítulo 2. Burnout y elementos de clima organizacional en personal de salud.	21
Consecuencias del burnout en personal de salud	22
Factores en el desarrollo de burnout	29
Clima organizacional y sus elementos	30
Fundamentación del Estudio	35
Pregunta de investigación	36
Objetivos	36
Capítulo 3. Método	37
Participantes	37
Diseño de investigación	37
Medición	37
Variables	37
Instrumentos	40
Procedimiento	43
Escenario	45
Análisis Estadístico	45
Resultados	47
Discusión	60
Referencias	72
Anexos	81

Capítulo 1. Psicología de la Salud

El surgimiento de la Psicología de la Salud se comprende mejor a partir del análisis de diferentes factores y antecedentes que forjaron el camino para su cabida en el estudio de la salud. En este contexto Grau y Hernández argumentan que:

“... el desarrollo de la Psicología de la Salud ha sido esencialmente el resultado natural de: a) las controversias con el modelo biomédico tradicional y sus limitaciones en la práctica actual en salud, b) el fracaso de los sistemas sanitarios por una concepción restrictiva y descontextualizadora de la salud y, c) la posibilidad de comprender como variables sociales y psicológicas (creencias, conductas, emociones, actitudes, apoyo social, etc.) mediatizan los problemas de salud, como factores desencadenantes, facilitadores o moduladores del proceso salud-enfermedad.” (Grau y Hernández, 2005, p. 2).

A lo largo de la historia de la humanidad, se ha estudiado la epidemiología de las diferentes enfermedades y padecimientos así como el cambio de los patrones de salud y enfermedad en las diferentes épocas y su interacción con diversos factores para determinar su prevalencia y consecuencias en la población (Omran, 1971).

Este autor desarrolló una teoría explicativa y predictiva de transición epidemiológica que denota los tipos de enfermedad prevalentes en determinadas épocas, sus desarrollos y cambios debidos a factores ecobiológicos, socioeconómicos, políticos, culturales, desarrollos médicos y de salud pública. “La transición epidemiológica se refiere a los cambios en los patrones de salud y enfermedad y las interacciones de estos patrones con sus determinantes y consecuencias demográficas, económicas y sociológicas” (Omran, 1971, p. 732).

Frenk, Bobadilla, Stern, Lozano y Frejka (1991) han propuesto una definición de esta transición epidemiológica como:

“El proceso de cambio de largo plazo de las condiciones de salud de una sociedad determinada, incluyendo cambios en los patrones de enfermedad,

incapacidad y muerte... una transición no es cualquier cambio; es el cambio que sigue a un patrón identificable y que ocurre en un periodo relativamente largo” (Frenk et al., 1991, p. 450).

Omran (1971) ha propuesto que la mortalidad es un predictor importante para determinar la dinámica de una población, las fluctuaciones y estabilidad de la mortalidad implican cambios en las principales causas de muerte en una población y época determinadas.

Con base en lo anterior, el autor distingue tres etapas a lo largo de la historia, las cuales se denominan en función de la principal causa de muerte que prevalece en ellas.

- ***La edad de la peste y la hambruna:*** la mortalidad es alta, por lo que el crecimiento de la población se ve frenado debido a la frecuencia de epidemias, desnutrición grave y la prevalencia de enfermedades infecciosas; la esperanza de vida en esta etapa es baja y variable, entre los 20 y 40 años.

- ***La edad de las pandemias retraídas:*** la mortalidad tiene un descenso debido a que las epidemias se vuelven menos frecuentes y desaparecen, por lo que el crecimiento de la población esboza una curva exponencial. Las enfermedades parasitarias y deficitarias son las que predominan y las enfermedades transmisibles disminuyen (Gómez-Arias, 2001). La esperanza de vida oscila entre los 30 y 50 años.

- ***La edad de enfermedades degenerativas y las causadas por el hombre:*** la mortalidad disminuye aún más y se mantiene en un nivel bajo casi estable. Las enfermedades crónico-degenerativas predominan; la esperanza de vida se eleva y llega a ser mayor de 50 años.

Las etapas anteriores explican a grosso modo el proceso epidemiológico que ha ido ocurriendo con alcance internacional; las enfermedades crónico-degenerativas y las afecciones producidas por el hombre desplazaban a las pandemias infecciosas como las principales causas de muerte. A partir de la década de los 40 y específicamente en el

año 1945 la disminución de enfermedades infecciosas y el incremento de enfermedades crónico-degenerativas es más claro (Omran, 1971).

Diversos autores indican que este cambio ha sido diferente en distintas partes del mundo, puesto que en los países desarrollados las enfermedades crónico-degenerativas prevalecen como las principales causas de mortalidad. En los países de tercer mundo las enfermedades infecciosas son las que prevalecen y en los países más pobres prevalecen tanto las enfermedades crónico-degenerativas como las infecciosas (Omran, 1971; Sánchez, 2002; 1998; Armelagos, Brown y Turner, 2005; Gómez-Arias, 2001; Vera, 2000).

Omran (1971) ha propuesto que el cambio epidemiológico y sus variaciones se deben principalmente a tres tipos de factores que en mayor o menor grado impactan en cada región del mundo.

- *Factores ecobiológicos*: se refieren a la triada conformada por los agentes responsables de la enfermedad, el nivel de hostilidad del ambiente y la susceptibilidad del huésped.

- *Factores socioeconómicos, políticos y culturales*: implican niveles de vida, aplicación de medidas de higiene y saneamiento, nutrición y prácticas de vida.

- *Factores médicos y de salud pública*: incluyen las medidas preventivas y curativas empleadas para combatir una enfermedad, tales como mejoras en el saneamiento público, vacunación y desarrollo de tratamientos.

Otra propuesta interesante de este autor argumenta que la transición epidemiológica se da a la par de transiciones demográficas y económicas propias de la modernización. Esto implica que la transición de las enfermedades está vinculada a los cambios económicos y los procesos de población en el mundo.

Armellagos et al. (2005) desarrollaron una teoría para explicar la relación que existe entre la transición epidemiológica y los procesos económicos desde una óptica evolutiva. El desarrollo económico ha traído como consecuencia una creciente desigualdad entre las jerarquías sociales. Esto genera desigualdades en cuanto a la disponibilidad de los servicios de salud de calidad. En este contexto, pareciera ser que las enfermedades son inherentes a una condición económica.

Durante el Neolítico las principales actividades económicas eran la producción primaria de alimentos como la ganadería, la agricultura y la pesca. Esto fomentó el sedentarismo, el aumento de la población y su densidad, la domesticación de animales y cultivos. Los efectos colaterales se tradujeron en una alteración de la triada ecológica de las enfermedades, provocando un aumento en la prevalencia de las enfermedades infecciosas. Los desechos humanos y la contaminación del agua fueron agentes precipitantes de las enfermedades parasitarias. Este tipo de enfermedades se convirtieron en los principales problemas de muerte durante muchos siglos, hasta principios del siglo XX. En el siglo XVIII, se logra instaurar el modelo biomédico que concibe a la salud como ausencia de enfermedad, ajustándose al predominio de las enfermedades infecciosas. Esta perspectiva se funda a partir del continuo salud-enfermedad (Ríos, 2011), por lo que el diagnóstico de la enfermedad se restringe en la presencia de anormalidades bioquímicas (Grau y Hernández, 2005).

Este modelo dio preponderancia a los aspectos biológicos para entender el proceso de salud-enfermedad. Lo anterior explica la importancia de los aspectos biológicos para los investigadores del área de la salud como el principal centro de atención durante la etapa de las enfermedades infecciosas.

El proceso de industrialización trajo consigo cambios en los modelos económicos, sociales y ambientales. Esto implicó que en ciudades como Londres la contaminación se disparara en índices peligrosos debidos a los desechos industriales, y a la contaminación del agua y

aire. La esperanza de vida aumentó gracias a la inmunización a los virus, por lo que los desarrollos tecnológicos generaron cambios a corto plazo en el medio ambiente. El desarrollo de la medicina y los avances tecnológicos permitieron la creación de antibióticos, vacunas y pesticidas para combatir la proliferación de las enfermedades, generando una disminución de las enfermedades infecciosas en países desarrollados. No obstante, debido al incremento del número de personas de la tercera edad, la incidencia de las enfermedades crónico-degenerativas comenzó a tener relevancia en el escenario mundial de salud.

En los países desarrollados los factores económicos influían en los procesos de enfermedad. La distribución de la riqueza en el mundo ha generado desigualdades enormes, la mayor cantidad de bienes se encuentra concentrada en una reducida élite de personas. La cantidad de pobreza extrema en el mundo aun es preocupante, sobre todo en los países en desarrollo. La desigualdad de ingresos condiciona la calidad de nutrición, de los accesos a servicios de salud y condiciones de higiene. Algunos estudios han mostrado que los resultados de salud y la cantidad de ingresos correlacionan de manera positiva (Armellagos et al., 2005).

Esto indica que las personas con mejores ingresos tienden a ser más saludables que las personas más pobres, puesto que cuentan con recursos para acceder a servicios de salud de alta calidad. Así mismo, los índices de mortalidad y morbilidad debidos a enfermedades que no se atienden, o se hace de manera tardía, son más altos en personas pobres que en ricas. Así, la pobreza perpetúa las condiciones de insalubridad, al considerarla como una limitante de oportunidades de vida.

Para Armellagos y colaboradores, los factores socioeconómicos son los principales responsables del cambio epidemiológico, ayudados por los avances médicos y de salud pública. Debido a los cambios en infraestructura y condiciones económicas hubo un crecimiento ex-

plosivo de la población y un desarrollo económico sostenido que propició cambios ambientales y modificación en los estilos de vida, generando nuevos agentes patógenos y factores de riesgo en la población.

Con el antecedente de la teoría de la transición epidemiológica debido al cambio hacia las enfermedades crónico-degenerativas, el modelo biomédico ya no era pertinente para intervenir en este tipo de padecimientos, puesto que el mero uso de medicamentos no es suficiente para reducir las secuelas de estas enfermedades, debido a su vínculo con factores económicos, sociales, psicológicos y culturales (Engel, 1977).

A mediados de la segunda mitad del siglo XX, ocurrió, en efecto, un cambio conceptual importante en torno a la salud: George L. Engel (1977) hace una crítica al modelo biomédico predominante y propone la adopción de un nuevo modelo al que denomina biopsicosocial. Engel expone que el modelo vigente está en crisis, puesto que ya no es adecuado para responder cuestiones científicas más complejas y responsabilidades sociales concernientes a la medicina o psiquiatría. También critica el hecho de que sólo considera a la enfermedad a partir de parámetros somáticos y omite los componentes psicológicos y sociales inherentes al ser humano y a las ciencias médicas (Engel, 1977). Estos trabajos de Engel fueron la piedra angular para la transición del modelo biomédico al modelo biopsicosocial. Esto propició que en 1978, la definición de salud se modificara y la OMS en su Declaración de Alma Ata (antigua Unión Soviética) la describiera como: “...un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1978, p. 2).

Esta definición articula las dimensiones física, mental, social y espiritual, y relaciona la salud con la calidad de vida y el estado de bienestar del individuo (Guerrero y León, 2008, p. 614)

En el modelo biopsicosocial, la salud depende de diversos factores que determinan la posibilidad de mantenerla, perderla o recuperarla. La interacción de estos factores ocurre durante el proceso de nuestra vida, y su contribución influirá en nuestra salud de tal manera que pueden representar factores de riesgo o protección dependiendo de su interacción. La literatura especializada los refiere como pilares de la salud: la genética, la nutrición, calidad del ambiente, los servicios de salud y el comportamiento humano (Sánchez-Sosa, 1998, 2002, 2015).

La aparición de cada uno de estos factores se fue reconociendo por el *establishment* médico en diferentes momentos de la historia y se relacionan con las etapas de transición epidemiológica, los modelos médicos predominantes para concebir la salud y el desarrollo de la ciencia en el contexto de su cuidado por diversos especialistas (Sánchez Sosa, 2015).

Estos factores entrañan la multicausalidad inherente de la salud y la enfermedad, en donde cada uno juega un papel importante (Frenk et al., 1991), donde el comportamiento humano es el principal objeto de interés de la Psicología de la Salud.

El cambio epidemiológico de las enfermedades infecciosas a crónico degenerativas, la concepción de salud desde el modelo biopsicosocial, el nuevo concepto de salud en donde se reconocen las dimensiones físicas, sociales y psicológicas y la incorporación de la conducta humana como un factor importante en el estudio de la salud son algunos de los antecedentes que permitieron la inclusión de la psicología dentro del área de la salud.

En palabras de Joseph Matarazzo: "*La Psicología de la salud y la salud conductual parecen ser ideas cuyo tiempo ha llegado*" (Matarazzo, 1980, p. 816). Era necesario entender su función dentro de la sociedad y el contexto científico, puesto que antes de este tiempo su presencia ha-

bría sido obsoleta y discordante a las demandas y necesidades de la humanidad.

Durante la segunda mitad del siglo pasado, las investigaciones mostraban que el componente psicológico era un factor importante para explicar la salud así como para mantenerla y recuperarla. En la década de los 70 las investigaciones en la psicología de la salud aumentaron y demostraron tener un efecto en la solución de problemas de salud, por lo que en 1973 el consejo de asuntos científicos de la Asociación Americana de Psicología (APA) nombró a un equipo de trabajo para potenciar el nuevo papel de la Psicología en la investigación sobre salud (Matarazzo, 1982). Posteriormente, gracias a la incursión de diversos investigadores en esta área como Stephen M. Weiss, Joseph D. Matarazzo y George C. Stone, entre otros (Grau y Hernández, 2005); se logró la creación de la División 38 de la APA en el año de 1978, incorporando a la Psicología de la Salud de manera oficial (Matarazzo, 1980)

La psicología de la salud ha devenido de diferentes fuentes teóricas tales como la Psicología Clínica, la Psicología Social Comunitaria y la Medicina conductual (Grau y Hernández, 2005). De acuerdo con Matarazzo la Psicología de la salud se define como:

“...la suma de las contribuciones educativas, científicas y profesionales especiales de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción relacionada, y para el análisis y mejora de la formación del sistema de atención de salud y la política sanitaria...” (Matarazzo, 1980, p. 815)

Así, el objeto de estudio de la Psicología de la Salud es identificar aquellos funcionamientos psicológicos que inciden en la historia natural de la enfermedad (Sánchez-Sosa, 1998). Estos mecanismos se componen de las emociones, cogniciones y conducta instrumental

así como mecanismos regulatorios psicológicos básicos. (Matarazzo, 1980; 1983; Sánchez-Sosa, 2002).

La literatura científica destaca que los tres componentes psicológicos que principalmente afectan el estado de salud son las emociones, las cogniciones y el comportamiento. (Grau y Hernández, 2005; Sánchez-Sosa, 2002).

Así, las intervenciones de la psicología de la salud (prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades) buscan impactar en los componentes del comportamiento humano (Matarazzo, 1980) con el fin de dotar a las personas de habilidades que les permitan proteger su salud mediante factores de protección, además de identificar y evitar aquellos factores de riesgo que comprometan su estado de salud y calidad de vida. Estas intervenciones permiten a los psicólogos de la salud incidir en cualquier momento del continuo temporal a lo largo del cual ocurre el deterioro de la salud.

El ámbito hospitalario inauguró el campo de acción de los psicólogos de la salud; trabajando de manera interdisciplinaria con diversos profesionales de la salud a nivel de investigación y aplicación (Matarazzo, 1982; 1983; 1988). La inserción de psicólogos en los hospitales ha permitido que estos profesionales intervengan en la prevención, diagnóstico y tratamiento de diferentes problemas de salud (Matarazzo, 1980), tales como: cáncer, enfermedades del corazón y accidentes cerebrovasculares; tratamiento o manejo conductual del dolor crónico, control de la diabetes, enuresis, migraña, la disfunción sexual, la hipertensión esencial, la aprehensión y la recuperación después de la cirugía o en la preparación preoperatoria, el abuso de alcohol, la obesidad, estrategias psicológicas sociales para impedir el inicio del consumo de tabaco en los niños, relación entre factores psicosociales y manejo del estrés, entre muchos otros.

Adicionalmente, el campo de acción de la psicología de la salud no sólo se reduce al tratamiento de enfermedades, Stone, (1988) sino que incluye otras aplicaciones tales como:

- Investigación de las relaciones entre personalidad y susceptibilidad a la enfermedad o la habilidad para enfrentarla.
- Enseñanza de habilidades de comunicación a médicos y otros profesionales de la salud para facilitar la adhesión al tratamiento a pacientes con hipertensión.
- Orientación a familias en solución de problemas.
- Asistencia a organizaciones de la salud para la definición de sus objetivos y evaluación de su impacto.
- Análisis de las políticas públicas gubernamentales de la provisión de servicios de salud desde una perspectiva de las preferencias humanas y de las tendencias comportamentales.

Una de las áreas en la que la Psicología de la Salud ha incursionado es en el ámbito organizacional. Las organizaciones, preocupadas por la salud, la seguridad e higiene de sus empleados han promovido intervenciones por parte de psicólogos de la salud. Estos esfuerzos buscan mejorar las condiciones y calidad de vida, así como salvaguardar la salud y el bienestar de sus trabajadores. Lo anterior derivó en la creación de un área llamada psicología de la salud ocupacional. De acuerdo con el Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH, por sus siglas en inglés) ésta se encarga *“de la mejora de la calidad de vida laboral, y de proteger y promover la seguridad, la salud y el bienestar de los trabajadores”* (NIOSH, 2013).

Los métodos y procesos de producción han cambiado con la modernización y desarrollo de las economías industriales, donde los lugares de trabajo se caracterizan cada vez más por la especialización y la división del trabajo. Esto ha traído como consecuencia que las estructuras y procesos organizacionales influyan en la salud y el bien-

estar de los trabajadores y de manera indirecta en sus familias (NIOSH, 2013), por lo que las investigaciones han centrado su interés en las organizaciones a lo largo de la segunda mitad del siglo veinte.

La gama de temas que se han investigado en el área de la psicología de la salud ocupacional es amplia (Barling y Griffiths, 2003), algunos son: motivación y satisfacción en el trabajo; los efectos del desempleo, factores que influyen en la reinserción laboral; consecuencias psicológicas y sociales de un cambio, en particular en los métodos de trabajo; la relación entre la tecnología, la autonomía, la participación y la salud mental; la relación entre la reforma laboral y el cambio social; la importancia de la participación y el control de los trabajadores; la violencia y acoso en el trabajo; investigaciones sobre el estrés laboral, el apoyo social y las estrategias de afrontamiento y manejo del estrés.

El estrés laboral crónico que lleva al desgaste y agotamiento extremos (burnout) es uno de los problemas de salud que más han documentado los psicólogos de la salud ocupacional en las últimas tres décadas, debido a que su prevalencia se ha incrementado en diferentes contextos organizacionales (Atance, J., 1997; Buendía, 1998; Cox, 1978; Gil-Monte y Peiró, 1997; Maslach y Jackson, 1981; NIOSH, 1999).

El estrés laboral derivado de trabajar en organizaciones cada vez más complejas y demandantes produce, en algunas ocasiones, el desarrollo del burnout, el cual puede deteriorar seriamente la calidad de vida, incluyendo la laboral (Gil-Monte y Peiró, 1997). Otros autores han propuesto que cuando el estrés relacionado al trabajo, sobrepasa los niveles adaptativos y se hace crónico entra en el horizonte clínico del burnout o síndrome de burnout (Graciano y Ferraz, 2010).

Los profesionales de la salud son una de las poblaciones donde más se ha estudiado este padecimiento (Gil-Monte y Peiró, 1997; Atance, 1997; Pereda-Torales, Márquez, Hoyos y Yáñez 2009; Curiel-García, Rodríguez-Morán y Guerrero-Romero, 2005), debido a que es una población especialmente susceptible a padecerlo, pues se enfrentan a condiciones laborales y situaciones estresantes que representan diversos factores de riesgo.

Varios estudios se han enfocado en conocer la incidencia del burnout en diversos servicios de salud, sin embargo, los mayores índices de burnout se han encontrado en personal de salud de urgencias en comparación con los del personal de salud de otros servicios médicos (Albaladejo et al., 2004; Arora, Asha, Chinnappa y Diwan, 2013; Loria y Guzmán, 2006).

En este contexto la Medicina de Urgencias se ha definido como:

“... una especialidad única, que implica el proceso de toma de decisiones y acciones necesarias para evitar la muerte o bien para prevenir o limitar incapacidades en pacientes que padecen alguna patología grave y aguda, siempre con un factor en contra: el tiempo” (Rocha, 2011).

De acuerdo con este autor (2002), el burnout en el personal de urgencias surge, principalmente de la interacción de tres factores:

1. ***El ambiente y los sucesos:*** implican las expectativas y exigencias que existen para el personal de urgencias y las críticas que provienen de otras áreas con las que trabaja de manera conjunta, tomar decisiones serias de manera instantánea ligadas a una gran responsabilidad que se traduce en estrés; el tratar con dolor, el sufrimiento, el cuidado y en ocasiones la muerte de los pacientes, produce agotamiento físico y emocional; confrontar pacientes o familiares problemáticos y hostiles también son factores generadores de estrés; el riesgo latente de contraer una enfermedad infecciosa provoca angustia y temor. La sobrecarga de trabajo y la escasez de personal genera cargas excesivas de trabajo.

2. *Pensamientos negativos*: son producto de la tensión física y emocional, producen una sensación de insatisfacción hacia el trabajo y el rol profesional, frustración debido a las carencias de la infraestructura institucional, hacia la remuneración económica que reciben e incongruencia entre las condiciones laborales y logros personales.

3. *Activación del organismo*, respuestas psicofisiológicas: éstas se manifiestan en ansiedad y angustia aparentemente inexplicables, en niveles altos puede generar carencia de motivación y de energía para continuar adelante, irritabilidad, así como respuestas físicas como temblor en manos, taquicardia, aumento en respiración, entre otras.

En nuestro país, a nivel hospitalario, los servicios de urgencias están atendidos principalmente por residentes, adscritos e internos, los cuales deben brindar atención a una diversidad de pacientes con patologías y niveles de gravedad diversos. Adicionalmente atienden varios pacientes a la vez, por lo que están sometidos a niveles de estrés intenso, deben trabajar de manera conjunta con especialistas de otras áreas, en cada caso deben tomar decisiones de manera emergente para proporcionar una pronta evaluación, priorizar la atención de los pacientes conforme a las circunstancias y recursos con lo que se cuenta (Rocha, 2002). Así, laborar en este servicio implica estar sometido a situaciones emocionales demandantes y a una gran carga asistencial (Loria y Guzmán, 2006).

Debido a las connotaciones sociales y culturales que normalmente tiene la profesión médica en cuanto a responsabilidad y liderazgo, a los médicos se les dificulta pedir ayuda, pues esto podría traerles críticas y podría percibirse como incompetente o débil. Entre otras, una consecuencia de esto es que favorece las sobrecargas de trabajo, la competencia laboral y los errores médicos. Por si fuera poco, a los médicos no se les permite tener errores, existe una creencia errónea de que el médico debe ser perfecto y, si se puede, infalible. Esta creencia no sólo prevalece en la población general sino que también en el personal de salud; lo que puede generar niveles

altos de ansiedad al no poder cumplir esta expectativa irreal (Rocha, 2002).

Con respecto a la labor asistencial, existe una sobrepoblación de pacientes en el área de urgencias lo que implica que el tiempo de espera para la atención sea muy prolongado y que la percepción de los usuarios sea negativa hacia los médicos y enfermeras que laboran en esta área (Rocha, 2002; 2011).

Un estudio se midió el índice de saturación del servicio de urgencias médicas en nuestro país, definida como el momento en el cual la necesidad de atención médica excede a los recursos disponibles del servicio de urgencias, del hospital o de ambos. Los resultados revelaron que existe un alto grado de sobresaturación en los servicios médicos de urgencias, afectando su calidad y la evolución de los enfermos; esto incrementa los costos de la atención médica y reduce la satisfacción de los usuarios y de los prestadores de servicios. La saturación es atribuible a cuatro factores principales: número de hospitales insuficientes, infraestructura insuficiente (camas, sillas, espacios de hospitalización y atención), procesos de atención deficientes o incompletos y recursos humanos mal distribuidos o incompetentes (Polanco-González et al., 2013).

Otro estudio sobre el sistema salud en México reveló que en el sector público existe infraestructura y personal médico insuficiente puesto que reportan la existencia de 0.75 camas por cada 1000 habitantes, mientras que la OMS recomienda que sea 1 cama por cada 1000 habitantes. En cuanto a personal médico, los autores documentaron 1.85 por cada 1000 habitantes inferior a los países miembros de la OCDE la cuál es de 3.7, en cuanto a personal de enfermería en México se calculó 2.2 por cada 1000 habitantes, en los miembros de la OCDE es de 3.5. (Dantés et al., 2011).

Estos problemas derivan en que algunos pacientes se retiran sin ser atendidos y con insatisfacción respecto al servicio. La reforma en po-

lítica de atención médica, parte de una estrategia nacional, los hospitales de la Red del Gobierno de la Ciudad de México atienden bajo la política de “cero rechazo” a pacientes que presenten alguna urgencia médica (AGUCM, 2014). Estas medidas, si bien buscan cumplir el derecho de acceso universal a la salud, se hace sin mejorar la infraestructura ni aumentar la plantilla de personal médico y de enfermería. Tampoco se toma en cuenta que el incrementar la carga de trabajo y las jornadas laborales al personal hospitalario de urgencias, puede exacerbar el deterioro de su salud, incrementando el índice de incidencia no sólo del estrés laboral, burnout, agotamiento, despersonalización e insatisfacción, sino también de enfermedades somáticas y problemas laborales.

En función de todo lo anterior, en el presente trabajo se realizó una evaluación del burnout y su relación con los elementos del clima organizacional en el personal del área de urgencias del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. El presente estudio surgió como una necesidad de identificar los factores que influyen en el desarrollo de estrés crónico en este tipo de población, puesto que en la literatura de investigación internacional se ha reportado que es una de las más susceptibles a desarrollar burnout. Así mismo, es importante atender este tipo de problemas de salud, puesto que sus consecuencias son críticas para el bienestar biopsicosocial del personal de salud de esta área. Adicionalmente también impacta en su desempeño y por ende en la calidad de servicios que se brindan a los pacientes.

Capítulo 2. Burnout y elementos de clima organizacional en personal de salud.

La palabra burnout es un término anglosajón que significa “estar quemado” “consumido” “apagado” (Carlin y Garcés, 2010) y se emplea para denominar al estrés crónico que genera desgaste profesional (Martínez, 2010).

El burnout es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos cuyo trabajo implica atención o ayuda a personas (Maslach y Jackson, 1981).

Otros autores han propuesto que el burnout: “... se trata de una experiencia subjetiva de carácter negativo compuesta de cogniciones, emociones y actitudes negativas hacia el trabajo, hacia las personas con las que se relaciona el individuo en su trabajo, en especial los clientes, y hacia el propio rol profesional” (Gil-Monte, 2005). Como consecuencia de esta respuesta, aparecen una serie de disfunciones conductuales, psicológicas y fisiológicas que van a tener repercusiones nocivas para las personas y para la organización. Es un proceso que se desarrolla de manera progresiva debido a la utilización de estrategias de afrontamiento poco funcionales con las que los profesionales intentan autoprotegerse del estrés laboral (Gil-Monte, 2005, pág. 44).

El burnout se desarrolla principalmente en los profesionales cuyo trabajo es la atención y contacto directo con personas y se compone de tres dimensiones según Maslach y Jackson (1981):

1. Agotamiento o cansancio emocional, que se ha definido como el cansancio y fatiga, pérdida de energía que puede manifestarse física y/o psíquicamente, desgaste que genera la sensación descrita como no poder dar más de sí mismo.

2. Despersonalización, caracterizado como la aparición de sentimientos, actitudes y respuestas negativas y distantes hacia otras personas especialmente hacia los beneficiarios del servicio prestado.

3. Falta de realización personal o logro que se manifiesta en respuestas negativas hacia los logros personales y su trabajo, con sentimientos de fracaso, pérdida de motivación y baja autoestima (Ortega y López, 2004; Albaladejo et al., 2004).

Consecuencias del burnout en personal de salud

En cuanto a las consecuencias que produce este síndrome, la literatura de investigación menciona una amplia gama que incluye: problemas emocionales, conductuales y cognitivos; para facilitar su comprensión se expone una tabla (véase la Tabla 1) donde se muestran tres ámbitos (psicológico, fisiológico y laboral) en los cuales el burnout tiene un efecto sobre el personal de salud que lo padece (Graciano y Ferraz, 2010; Gil-Monte, 2005, 2001; Arora et al., 2013; Hernández-Vargas, Dickinson y Fernández, 2008).

Tabla 1. Consecuencias del burnout en personal de salud a nivel psicológico, laboral y fisiológico.

Psicológicas	Fisiológicas	Laborales
Emocional	- Fatiga	- Baja realización en el trabajo
- Labilidad	- Cefaleas frecuentes	- Baja productividad
- Depresión	- Dolor muscular	- Ausentismo
- Agotamiento emocional	- Hipertensión arterial	- Aumento de accidentes
- Impaciencia	- Problemas gastrointestinales	- Deterioro en relaciones interpersonales
- Baja autoestima	- Problemas de sueño	- Rotación de personal
Cognitivo	- Problemas sexuales	- Abandono de trabajo
- Pensamientos negativos hacia el trabajo y autoconcepto	- Agitación	- Cambio de profesión
- Falta de atención y concentración	- Infarto al miocardio	- Falta de colaboración con los equipos de trabajo
Conductual		- Errores en la ejecución del trabajo
- Inflexibilidad		
- Pérdida de iniciativa		
- Irritabilidad		
- Suicidio		

La literatura de investigación incluye informes sobre la evaluación del nivel de burnout en médicos y enfermeras del personal de urgencias de diferentes países (ver Tabla 2), reportando diversos índices de prevalencia del síndrome hallados en esta población y los factores que influyen en su desarrollo (Albaladejo et al., 2004; Arora et al. 2013; Quirós-Aragón y Labrador-Encinas, 2007; Garnés, 2005). No obstante, es pertinente mencionar que con base en una búsqueda sobre el estado del arte de burnout en personal de urgencias en diversas bases de datos como Cochrane, Pub-Med, CINAHL, Psyc-

INFO, Redalyc, y el buscador Google académico, las investigaciones en este tipo de población son escasas.

Un estudio transversal buscó evaluar el nivel de prevalencia de burnout en personal del área de enfermería del Hospital Clínico Universitario *San Carlos* de Madrid y su relación con factores socio-demográficos, laborales e institucionales. El estudio se realizó con un total de 622 profesionales de enfermería y auxiliares/técnicos de los servicios médicos de oncología, cuidados intensivos y urgencias. Los puntajes fueron diferentes en los tres servicios, los más altos de las escalas del MBI se presentaron en el personal de urgencias y de oncología: Realización personal= 48.1%; Despersonalización= 57.9%; Agotamiento Emocional= 48.2%.

Con lo que respecta a la prevalencia del síndrome de burnout el puntaje más alto fue de 48.9% manifestado por el personal de urgencias (Albaladejo et al., 2004).

Una revisión de la literatura sobre estudios relacionados con burnout y personal de urgencias entre 1943 y 2013 incluyó y analizó siete estudios. Los autores hallaron una mayor prevalencia del síndrome de burnout superior al 60% en personal de urgencias comparado con el de médicos en general, el cual se ubica en 38%. También reportaron que el burnout está asociado con factores relacionados al trabajo y sociodemográficos (horarios, turnos, insatisfacción con la profesión, sexo, edad, profesión, años de antigüedad). Finalmente mencionan que existen altos niveles de burnout pero también existe una alta satisfacción laboral por lo que es importante estudiar la interacción entre estas variables en personal de médicos (Arora et al., 2013).

Quirós-Aragón y Labrador-Encinas (2007) realizaron un estudio para evaluar los niveles de burnout y los factores estresantes en el personal del área de urgencias extrahospitalarias (servicios en centros de salud y de atención rural). La muestra estuvo conforma-

da por 76 trabajadores médicos, enfermeras y celadores. Los hallazgos obtenidos indicaron que el personal de urgencias muestra niveles medios de estrés. Sin embargo, mencionan que los médicos son los que obtuvieron mayor prevalencia de burnout. Con respecto a las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal se encontraron puntuaciones medias. No obstante, al comparar las puntuaciones entre el personal, los médicos mostraron tener puntuaciones altas en las escalas de agotamiento y despersonalización y puntuaciones medias en realización personal. En el personal de enfermería y en los celadores se encontraron puntuaciones medias en todas las escalas.

Por su parte, Garnés (2005) realizó un estudio descriptivo transversal con el objeto de identificar los niveles de estrés laboral y sus factores determinantes en el personal médico de urgencias hospitalarias. En el estudio participaron 88 médicos de dicha área. Los resultados reportados manifiestan que los médicos tienen una incidencia media de estrés laboral; puesto que obtuvieron un puntaje de 4.38 en una escala del 1 al 10. Las conclusiones del estudio refieren que el estrés en los médicos de urgencias ocurre por la actividad laboral excesiva que se genera en este servicio, la falta de protocolos de actuación ante situaciones críticas que se presentan y a la responsabilidad inherente de estos profesionales (Garnés, 2005). Se resumen los hallazgos principales en la tabla 2.

Tabla 2. Antecedentes de estudios a nivel internacional sobre burnout en personal de salud.

Autor(es)/ País	Muestra	Resultados
Albaladejo et al. (2004)/ España	622 personal de enfermería y auxiliares/técnicos de los servicios médicos de oncología, cuidados intensivos, urgencias y general	Prevalencia del burnout: 48.9% personal de urgencias Realización personal= 48.1% Despersonalización= 57.9% urgencias Agotamiento Emocional= 48.2% urgencias y oncología
Arora et al. (2013)/ Australia	Personal médico del área de urgencias	Prevalencia del burnout: (> 60%)
Quirós-Aragón y Labrador-Encinas (2007)/ España	76 trabajadores médicos, enfermeras y celadores	Niveles medios de estrés con mayor prevalencia en médicos. Puntuaciones medias en agotamiento emocional, despersonalización y realización personal
Garnés (2005)/ España	88 médicos de urgencia hospitalaria	Incidencia media de estrés laboral

Con respecto a México, en años anteriores, se ha evaluado el burnout en personal hospitalario, (Pereda-Torales et al., 2009; Curiel-García et al., 2005; Atance, 1997). Se encontraron diferentes resultados con respecto a su prevalencia en diferentes servicios de salud, no obstante con base en la búsqueda que se realizó en las bases de datos antes mencionadas, solo se encontró un estudio que evaluó el nivel de burnout en el personal de urgencias (Loria y Guzmán, 2006) (véase la Tabla 3).

Loria y Guzmán (2006) evaluaron el nivel de burnout en personal médico de urgencias. La muestra estuvo conformada por 60 médicos del servicio de urgencias del Hospital General Regional 25, de la

Ciudad de México. Los autores reportan que el 40% de los médicos presentó grado intermedio-alto de burnout, 50% niveles intermedios-altos de agotamiento, 40% despersonalización y 55% baja realización personal.

Pereda-Torales et al. (2009) realizaron un estudio transversal con una muestra de 160 trabajadores del área de la salud (médicos, enfermeras y asistentes médicas). El instrumento que aplicaron fue *Maslach Burnout Inventory Human Services Survey* (MBI-HSS). Los resultados señalan una prevalencia de 19.6% del síndrome de burnout en médicos con al menos una de las tres escalas alteradas. En el grupo de las asistentes médicas fue donde se encontraron puntuaciones altas en al menos dos de las escalas; por su parte en las enfermeras no se presentó prevalencia del síndrome. Las variables sociodemográficas que resultaron tener una relación con las subescalas fueron la edad, la antigüedad en el puesto y el tiempo adscripción en el servicio.

Otro estudio evaluó la prevalencia de los factores del síndrome de burnout en 73 médicos especialistas y 100 enfermeras del IMSS e ISSSTE en un estudio transversal. Los resultados revelaron que en el personal de enfermería no se encontraron diferencias significativas en los puntajes de los componentes de burnout, no obstante el personal que labora en instituciones del IMSS obtuvo mayores puntajes en despersonalización y agotamiento, 47.5% y 42.1% respectivamente.

En cuanto al personal médico, el grado de despersonalización fue significativamente ($p=0.004$) más elevado en los del IMSS, con un 43.2% y el ISSSTE con 14.5%. Con respecto al agotamiento emocional se obtuvo un 41.4% en el IMSS y 19.4% en el ISSSTE. El estudio no informa los datos de las escalas de baja realización personal (Curiel-García et al. 2005).

Atance (1997) evaluó la epidemiología del burnout en una muestra de 294 profesionales de atención primaria y atención especializada, y reportaron una media de 41.6% ± 7.93% en burnout, valores más altos en los factores de cansancio emocional y falta de realización. Así mismo al analizar las variables sociodemográficas y laborales surgió el siguiente perfil de riesgo epidemiológico: mujer mayor de 44 años sin pareja estable con más de 19 años de antigüedad en la profesión y más de 11 en la institución, con más de 21 pacientes a su cargo a los que les dedica más del 70% de la jornada laboral, la cual oscila entre 36 y 40 horas semanales.

Tabla 3. Antecedentes de estudios sobre burnout en personal de salud y del área de urgencias en México

Autor(es)	Muestra	Resultados
Loria y Guzmán (2006)	60 médicos (59 adscritos y 31 residentes) del servicio de urgencias	Prevalencia de burnout = 40% grado intermedio-alto Agotamiento: 50% niveles intermedios-altos Despersonalización: 40% Baja realización personal: 55%
Pereda-Torales et al. (2009)	146 trabajadores de la salud (51 médicos, 72 enfermeras y 23 asistentes médicas)	Prevalencia de burnout: 19.6 % en médicos. En asistentes médicas hubo mayor prevalencia que en enfermeras.
Curiel-García et al. (2005)	171 personal médico y de enfermería del IMSS e ISSSTE de las áreas de cirugía y hospitalización	Puntajes más altos en personal del IMSS. Personal de enfermería: 42.1% agotamiento y 47.5% despersonalización Personal médico: 41.4% agotamiento y 43.2% despersonalización
Atance (1997)	294 profesionales de atención primaria y atención especializada	Prevalencia del burnout= 41.6 (D.E.) +- 7.93 con puntajes altos en las escalas de agotamiento emocional y falta de realización personal

Factores en el desarrollo de burnout

Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) y Gil-Monte y Peiró (1997) mencionan que el burnout aparece como respuesta a diferentes factores estresores crónicos en el trabajo que van deteriorando la salud, el bienestar y la calidad de vida de los empleados.

Gil-Monte y Peiró (1997) elaboraron una taxonomía en la cual clasifican diferentes estresores en 4 niveles:

1.- Nivel individual: Ideas sobre un perfeccionismo profesional, culpables de los fallos, culpabilidad en los errores y fallos tanto propios como ajenos, baja realización personal en el trabajo y alto agotamiento emocional.

2.- Nivel de relaciones interpersonales: relaciones tensas, conflictivas y prolongadas con los usuarios y con los compañeros de igual o diferente categoría, asimismo: la falta de apoyo en el trabajo por parte de los compañeros, supervisores, dirección y/o de la administración de la organización.

3.- Nivel organizacional: problemas de coordinación entre sus miembros, incompetencia de los profesionales, problemas de libertad de acción, la incorporación rápida de innovaciones y respuestas disfuncionales por parte de la dirección a los problemas organizacionales. Éstos generan ambigüedad, conflicto y sobrecarga de rol.

4.- Nivel entorno social: condiciones de cambio social referentes a la profesión 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, aumento de las demandas cuantitativa y cualitativa de servicios por parte de la población, pérdida de estatus y/o prestigio, entre otros.

Con base en los diversos factores que la literatura de investigación ha señalado como responsables del desarrollo de burnout, las varia-

bles que se han relacionado con su incidencia en personal de salud son: sociodemográficas y laborales (Atance, 1997) incluyendo el clima laboral (Bronkhorst, Tummers, Steijn y Vijverberg, 2014); y suelen conducir a problemas tales como depresión (Haka-nen y Schaufeli, 2012), ansiedad (Ahola, 2007), suicidio (Gold et al., 2013) y desesperanza (Pompili et al., 2010).

La literatura de investigación también sugiere que la percepción de los empleados sobre su entorno de trabajo puede desempeñar un papel importante en la explicación de los resultados de la prevalencia del síndrome de burnout en los empleados de servicios de salud. (Bronkhorst et al. 2014; Gershon, Stone, Faucett, MacDavitt, y Chou, 2007; Albaladejo et al., 2004; Gil-Monte 2005; Arora et al., 2013; Curiel-García et al., 2005).

Clima organizacional y sus elementos

De acuerdo con Brunet (2002), Bronkhorst et al. (2014), Gershon et al. (2007), Méndez (2006), entre otros, el concepto de clima organizacional no ha generado definiciones convencionales que tengan aceptación general, por lo que existen diversas definiciones del término y clasificaciones en torno a los elementos que lo componen. No obstante la mayoría de las definiciones del clima organizacional coinciden en que está compuesto de la interacción de dos elementos principales percibidos por los empleados de una organización: la estructura de la organización y los procesos psicosociales.

Por ejemplo, Méndez (2006) se refiere al clima organizacional como: *El ambiente propio de la organización, producido y percibido por el individuo de acuerdo a las condiciones que encuentra en su proceso de interacción social y en la estructura organizacional que se expresa por variables (objetivos, motivación, liderazgo, control, toma de decisiones, relaciones interpersonales y cooperación) que orientan su creencia, percepción, grado de participación y actitud; determinando su compor-*

tamiento, satisfacción y nivel de eficiencia en el trabajo (Méndez, 2006, p. 14).

James y Jones, (1974) proponen que el clima se define a partir de los métodos de medición que se emplean para evaluarlo, por lo que proponen una clasificación de tres metodologías para la investigación del clima organizacional:

- a) Medida de distintos atributos de las organizaciones: hace alusión a la naturaleza física de las organizaciones y a su estructura.
- b) Medida de la percepción de los atributos organizacionales: se refiere a la interacción entre la estructura, los procesos organizacionales y la percepción de los empleados.
- c) Medida de la percepción de los atributos individuales: le da importancia a las variables psicosociales que acontecen dentro de la organización.

Así, los elementos que integran el clima organizacional varían dependiendo del autor; no existe un modelo convencional que los identifique pues cada autor hace énfasis en diferentes aspectos tanto organizacionales como psicosociales. Otra propuesta, por ejemplo, indica que existen tres categorías principales de componentes que conforman al clima organizacional: los comportamientos individuales y grupales, los cuales se refieren a procesos psicosociales de la organización como actitudes, procesos, percepciones, actitudes, entre otros; la estructura de la organización, macro y micro dimensiones; y los procesos organizacionales, tales como la remuneración y la evaluación del rendimiento (Brunet, 2002; véase la Tabla 4).

Tabla 4. Categorías principales de los elementos del clima organizacional

Comportamientos individuales y grupales	Estructura de la organización	Procesos organizacionales
Aspecto individual (actitudes, percepciones, personalidad, valores) Grupo e intergrupo (estructura, procesos, cohesión) Motivación (necesidades, esfuerzo y refuerzo) Liderazgo (poder, estilo, políticas)	Macrodimensiones Microdimensiones	Evaluación del rendimiento Sistema de remuneración toma de decisiones comunicación

Las investigaciones realizadas para determinar la relación entre los elementos de clima organizacional y burnout han distinguido tres elementos del clima organizacional que suelen evaluarse (Gershon et al. 2007): liderazgo-supervisión, comportamiento grupal-relaciones y comunicación-participación.

Los dos primeros elementos se han estudiado con gran amplitud (Bronkhorst et al. 2014), sin embargo, el tercer elemento no ha generado resultados concluyentes sobre su relación con el burnout. Esto puede deberse a la ambigüedad del término. Es importante mencionar que prácticamente no hay estudios que específicamente relacionen el burnout y elementos de clima organizacional en personal de urgencias; la literatura disponible relaciona estas variables en personal de salud de manera general (véase la Tabla 5).

En este contexto, Bronkhorst et al. (2014) realizaron una revisión sistemática para identificar la influencia de las dimensiones del clima organizacional en los resultados de salud mental en el personal de servicios de salud. La revisión incluyó los 21 estudios publicados entre los años 2000 a 2012, en revistas científicas reconocidas. Las publicaciones fueron en inglés, con diseño de investigación de investigación empírica y muestra de participantes

compuesta por personal de algún servicio de salud. Los elementos de clima organizacional que se evaluaron fueron liderazgo/supervisión, comportamiento grupal y relaciones y comunicación y participación. Como resultados de salud mental (variables dependientes) se consideraron los niveles de burnout, ansiedad, depresión y trastornos psicológicos en general.

Los resultados de la revisión indican que las percepciones de un buen clima organizacional se asociaron significativamente con resultados positivos de salud mental, es decir, con los niveles más bajos de burnout, depresión y ansiedad. Los autores indican que las investigaciones se han centrado más en relacionar las dimensiones de clima organizacional y los niveles de burnout, no obstante, la literatura sigue siendo limitada. Con respecto a las dimensiones de clima organizacional y burnout nos muestran que las relaciones de grupo entre compañeros de trabajo son muy importantes en la explicación de la salud mental de los trabajadores de la salud, puesto que existe una relación positiva entre relaciones laborales positivas y niveles bajos de burnout. También hay evidencia de que los aspectos de liderazgo y supervisión afectan los resultados de salud mental, aunque las investigaciones difieren un poco con respecto a su relación y los niveles de burnout. Por último, con respecto a la relación entre la comunicación o la participación y el burnout no parece ser clara. Puesto que las investigaciones son limitadas en cuanto a esta dimensión, una de las recomendaciones que los autores hacen es que se debe investigar más la relación entre la comunicación-participación y el burnout. Finalmente explican que una de las razones por las cuales no se encuentran más estudios sobre este tema puede deberse a la falta de aceptación convencional en los términos.

Los autores concluyen que es importante que las instituciones de salud tomen en cuenta la percepción de las dimensiones de clima organizacional, puesto que podrían beneficiarse si los incorporan en sus políticas de salud y seguridad. Estimular un ambiente de apoyo

entre los compañeros de trabajo y el desarrollo de relaciones orientadas a los estilos de liderazgo parecen ser los pasos en la dirección correcta para disminuir los efectos del burnout.

Gershon y cols. (2007) realizaron una revisión sistemática sobre el clima organizacional y los resultados de salud mental en enfermeras de cuidados críticos de los Estados Unidos. Se incluyeron artículos publicados entre el periodo de 1997 a 2007, en total contemplaron 14 artículos que cumplían con sus criterios de inclusión. Los estudios evaluaron la asociación entre las variables de clima organizacional y tres resultados de salud comunes en enfermeras: exposiciones sangre/cuerpo, trastornos músculo-esqueléticos y burnout. Los criterios de inclusión que los autores tomaron en cuenta fueron: artículos publicados en revistas científicas reconocidas, en idioma inglés, y realizados con personal de enfermeras de hospitales de Estados Unidos. Todos los estudios reportaron una relación positiva entre los aspectos negativos del clima organizacional del hospital y los efectos adversos para la salud de las enfermeras.

Los elementos de clima organizacional incluyeron planificación, toma de decisiones, relaciones interpersonales, calidad de liderazgo y gestión de personal.

Con respecto al Burnout, los autores concluyen que existe una asociación positiva entre los aspectos negativos del clima organizacional y el desgaste ocupacional, especialmente agotamiento emocional. Los resultados también señalaron que la dimensión que más se relaciona con la prevalencia de burnout es un liderazgo defectuoso, específicamente en el apoyo de supervisión. También señalan que jornadas laborales largas aumentan la fatiga e impactan el desempeño laboral y que malas condiciones de infraestructura y laborales de los hospitales resulta ser un factor influyente en la salud de las enfermeras. Los autores recomiendan que se busque una normalización en cuanto a la terminología de clima organizacional y finalmente concluyen que los problemas de salud en el personal de enferme-

ría representan un alto costo monetario por lo que es necesario prevenir los riesgos. Se resumen dos estudios relevantes en la Tabla 5.

Tabla 5. Estudios sobre burnout y elementos de clima organizacional en personal de salud

Autor(es)	Muestra	Resultados
Bronkhorst et al. (2014)	Personal de salud	La percepción de un buen clima organizacional se relaciona positivamente con niveles bajos de burnout Elementos de clima organizacional que se relacionan con el burnout Comportamiento y relaciones grupales Liderazgo y supervisión
Gershon et al. (2007)	Personal de enfermería en el área de cuidados críticos	La percepción de aspectos negativos del clima organizacional está asociada a la presencia de burnout, principalmente la escala de agotamiento emocional. Concluyeron que el liderazgo, está asociada con el burnout.

Fundamentación del Estudio

Hoy en día los hospitales, clínicas y en general las instituciones públicas que brindan servicios de urgencias en nuestro país se encuentran en una situación difícil, puesto que las condiciones de infraestructura, recursos y laborales son insuficientes para prestar dicho servicio (Polanco-González et al., 2013); por ejemplo, en cuanto a factores institucionales: salarios, turnos, falta de personal, largas jornadas laborales, entre otros; factores personales como: errores médicos, insatisfacción laboral, despersonalización, y saturación (Gershon et al., 2007; Polanco-González et al., 2013; Gil-Monte y Peiró, 1997; Gil-Monte, 2001).

La saturación, las deficiencias y las adversidades en el servicio de urgencias, podrían indicar condiciones para que el burnout ocurra

en su personal y deteriore su salud. El burnout no sólo afecta al personal de salud que lo padece, sino que también impacta sobre los pacientes y las instituciones en cuanto a la calidad del servicio que se proporciona (Arora et al., 2013). Esto destaca la importancia de evaluar la prevalencia de burnout en personal de urgencias en México, puesto que, de acuerdo con la investigación realizada sobre el estado del arte, las investigaciones sobre burnout en este servicio médico son escasas.

La literatura también indica que es importante identificar los elementos del clima organizacional que influyen en la presencia del burnout, puesto que la percepción que tiene el personal influye en sus niveles de estrés (Curiel-García et al., 2005). Su identificación permitirá a las instituciones implementar políticas que permitan reducir los niveles de burnout en su personal (Gershon et al., 2007; Bronkhorst et al., 2014)

Pregunta de investigación

¿Existe una asociación relevante entre elementos del clima organizacional y el nivel de burnout en el personal hospitalario del área de urgencias de un hospital público de la Ciudad de México?

Objetivos Específicos

- Evaluar el nivel de burnout en el personal de salud de un servicio de urgencias
- Evaluar la percepción que tiene el personal de urgencias sobre el clima organizacional.
- Identificar los elementos del clima organizacional del área de urgencias.

Capítulo 3. Método

Participantes

Los participantes se seleccionaron de manera no probabilística accidental. Participaron 40 médicos y 32 enfermeras(os) adscritos al área de urgencias del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. Dos participantes no indicaron a qué personal pertenecían. Su media de edad fue de 38.2 años (D.E.=9.3); 45.9% de los participantes eran hombres y el 54.1% mujeres. El 50% informó tener pareja, 27% estar soltero y 7% divorciado (véase la Tabla 6).

Diseño de investigación

El esquema de comparaciones consistió en un estudio no experimental correlacional transversal (Hernández, Fernández y Batista, 2010). Es un estudio no experimental dado a que se trata de un estudio empírico en el que no se administraron las variables ni las condiciones. Transversal puesto que la recolección de los datos se realizó en un solo momento; y correlacional ya que se exploró la relación entre el burnout y la percepción de los elementos del clima organizacional..

Medición

VARIABLES:

- Síndrome de burnout
- Clima organizacional

Burnout: Definición conceptual

Se trata de una experiencia subjetiva de carácter negativo integrada por cogniciones, emociones y actitudes negativas hacia el trabajo, hacia las personas con las que se relaciona el individuo en su trabajo y hacia el propio rol profesional. La respuesta involucra una serie de disfunciones conductuales, psicológicas y fisiológicas que suelen

generar repercusiones nocivas para las personas y para la organización. Como proceso se desarrolla de manera progresiva debido a la

Tabla 6. Características sociodemográficas de los participantes.

VARIABLES	M (DE)
Edad	32.8 (DE=9.3)
	N (%)
Sexo	
Hombres	34 (45.9%)
Mujeres	40 (54.1%)
Estado Civil	
Con pareja	20 (27%)
Casado	17 (23%)
Soltero	29 (39.2%)
Divorciado	7 (9.50%)
Viudo	1 (1.35%)
Escolaridad	
Bachillerato	2 (2.7%)
Licenciatura	37 (50%)
Posgrado	25 (33.80%)
Otro	10 (13.5%)
Personal	
Enfermería	32 (43.24%)
Médicos	40 (54.05%)
No respondieron	2 (2.71%)
Tipo de Puesto	
Enfermería	
Jefe de servicio	4 (12.50%)
Adscrito	12 (37.50%)
Estudiante	1 (3.10%)
Otro	15 (46.90%)
Medicina	
Adscrito	12 (30%)
Residente	12 (30%)
Interno	16 (40%)
Satisfacción económica	
Sí	21 (28.4%)
No	53 (71.6%)
Relación laboral	
Buena	46 (62.20%)
Regular	27 (36.50%)
Mala	1 (1.35%)
Personal a cargo	
Sí	35 (47.3%)
No	39 (52.7%)
Religión	

Sí	48 (64.9%)
No	25 (33.8%)

utilización de estrategias de afrontamiento poco funcionales con las que los individuos intentan autoprotgerse del estrés laboral. (Gil-Monte, 2005, p. 44).

Definición operacional

El síndrome de burnout se evaluó mediante la escala: *Maslach Burn-out Inventory Human Services Survey* (Maslash y Jackson, 1981) en su versión validada y normalizada para población mexicana por Meda, Moreno, Rodríguez, Morante y Ortiz (2008) y la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional *EMEDO* construida y validada en México por Uribe-Prado (2007).

Clima organizacional: Definición conceptual

El ambiente propio de la organización, producido y percibido por los individuos en función de las condiciones que encuentra en su proceso de interacción social y en la estructura organizacional. Ésta última se expresa por variables tales como: objetivos, motivación, liderazgo, control, toma de decisiones, relaciones interpersonales y cooperación. Dichas variables orientan su creencia, percepción, grado de participación y actitud y determinan su comportamiento, satisfacción y nivel de eficiencia en el trabajo (Méndez, 2006).

Definición operacional:

El clima organizacional se evaluó mediante la Escala de Clima organizacional, *CLIOR*, (Peña-Suárez, Muñiz, Campillo-Álvarez, Fonseca-Pedrero y García-Cueto, 2013). La escala proporciona un puntaje total de clima organizacional y contiene factores de las dimensiones de clima.

Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico adaptado de los reactivos de información sociodemográfica de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO) (Uribe-Prado, 2007).

Se usaron dos instrumentos para evaluar el burnout, uno fue el Inventario de Burnout de Maslach - Encuesta para Servicios Humanos (MBI-HSS) (véase el Anexo 4), (Maslach & Jackson, 1981). La prueba consta de 22 reactivos tipo Likert con 6 opciones de respuesta. Los reactivos se agrupan en tres escalas para evaluar: Agotamiento emocional (9 reactivos), Despersonalización (5 reactivos) y Realización personal (8 reactivos). Esta escala fue validada en una población mexicana por Meda et al. (2008). Los ítems cuentan con un factor de carga mayor o igual a 0.40.

En cuanto a consistencia interna los índices alfa de Cronbach para cada factor fueron: Agotamiento emocional $\alpha=.86$, Realización personal $\alpha=.81$ y Despersonalización $\alpha=.53$. Los resultados encontrados indican que la validación del MBI-HSS en la población mexicana muestra propiedades psicométricas satisfactorias, siendo una medida válida y confiable para realizar evaluaciones, aunque es necesario considerar algunas reservas con algunos reactivos (Meda et al., 2008).

También se utilizó la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO) elaborada por Uribe-Prado en 2007 para evaluar el burnout (véase el Anexo 3). Este instrumento consta de 110 reactivos los cuales se dividen en tres grupos, el primero se conforma de 30 reactivos que evalúan tres factores relacionados con el burnout: Agotamiento (9 reactivos), Despersonalización (9 reactivos) e Insatisfacción (12 reactivos).

El segundo grupo se conforma de 40 reactivos y evalúa factores psicósomáticos proporcionando un puntaje global y puntajes individuales por cada cuadro psicósomático como sigue: trastornos del

sueño (11 reactivos), trastornos psicosexuales (7 reactivos), cuadros gastrointestinales (6 reactivos), psiconeuróticos (6 reactivos), dolor (5 reactivos), indicador de sintomatología ansiosa (1 reactivo) e indicador de sintomatología depresiva (1 reactivo). El tercer grupo se integra de 40 reactivos que recoge información socio-demográfica.

En cuanto a las propiedades psicométricas del instrumento, cuenta con un índice de alfa de Cronbach de 0.89 de manera general. Con respecto a cada factor los índices son los siguientes: $\alpha=.78$ en la escala de agotamiento, $\alpha=.77$ en despersonalización y $\alpha=.86$ en insatisfacción. Esto indica que la prueba cuenta con propiedades psicométricas satisfactorias para evaluar el burnout en diferentes tipos de población.

Cabe mencionar que debido a un error en la captura del instrumento hubo una pérdida de 5 reactivos (4 reactivos pertenecientes al factor de insatisfacción del logro y 1 reactivo al de agotamiento); los reactivos perdidos son los siguientes:

10. Hace mucho tiempo que dejé de hacer mi trabajo con pasión.
11. Todos los días me levanto y pienso que debo buscar otro empleo donde pueda ser eficiente.
12. Aunque realizo bien mi trabajo, lo hago por compromiso.
13. Si encontrara un empleo motivador de mis intereses personales, no dudaría en dejar el actual
14. Las situaciones a las que me enfrento en mi trabajo no me provocan tensión alguna.

Para garantizar la confiabilidad y la consistencia interna de las aplicaciones se obtuvieron los índices de alfa de Cronbach de los factores afectados ajustando los reactivos que se tenían disponibles. Se obtuvo un alfa de Cronbach $\alpha=.76$ para el factor de Agotamiento y $\alpha=.82$ para Insatisfacción del logro. Estos datos permitieron asegurar

con un grado razonable de certidumbre que las aplicaciones no resultaron afectadas estadísticamente.

La escala CLIOR (Escala de Clima Organizacional) elaborada por Peña-Suárez et al. en 2013 (véase Anexo 5) se validó en una muestra de 3,163 trabajadores españoles del ámbito de la salud. Es un instrumento que evalúa el clima organizacional de manera unidimensional, es decir, busca conjuntar los diferentes factores que componen el clima organizacional de acuerdo a diversas escalas descritas en la literatura. Está formada por 50 reactivos tipo escala Likert con 5 opciones de respuesta.

Aunque esta prueba arroja un puntaje global sobre la percepción del clima organizacional, su contenido se divide en los siguientes factores con su respectivo número de reactivos entre paréntesis: Organización (9), Relaciones (12), Cooperación (4), Recompensas (5), Conciliación de la vida familiar y laboral (1), Autonomía (2), Innovación (4), Participación (6) y Compromiso (7).

Estos factores evalúan la percepción que tienen los empleados sobre los diferentes elementos que conforman el clima organizacional. En cuanto a sus propiedades psicométricas los autores determinaron que la escala cuenta con un coeficiente de alfa de Cronbach $\alpha = .97$, reflejando una alta confiabilidad y una estructura esencialmente unidimensional. Los reactivos cuentan con un índice de discriminación igual o mayor a 0.40. y no muestran un funcionamiento diferencial respecto al sexo. (Peña-Suárez et al., 2013).

Debido a que la *Escala CLIOR* no está validada ni adaptada en México se realizó un análisis factorial exploratorio con el objetivo de identificar la estructura empírica de los reactivos con respecto al grupo de participantes. El Anexo 9 contiene los resultados del análisis factorial exploratorio (Tabla 10.) El análisis factorial confirmó 6 factores que explican el 68.66% de la varianza total, con 31 reactivos válidos. Se muestra la agrupación de los reactivos en cinco factores

obtenidos en el análisis factorial utilizando el método de extracción de componentes principales con método de rotación Varimax. Se eliminaron 19 reactivos con base en los siguientes criterios: si un factor no contaba con un mínimo tres reactivos agrupados y si los reactivos tenían cargas factoriales $<.40$ (Morales, 2013). En los primeros tres factores se agruparon 8 reactivos en cada uno y en el factor cuatro y cinco se agruparon 4 y 3 reactivos, respectivamente. Las cargas factoriales de los reactivos son mayores a $.50$.

Así mismo en el Anexo 10 se muestra la definición de los factores obtenidos en el análisis factorial. Las definiciones se realizaron con base en las características de los reactivos y lo descrito en la literatura, determinando una categoría en particular perteneciente al clima organizacional. Además se presentan dos ejemplos de los reactivos agrupados en cada factor para mostrar a que hacen referencia (Brunet, 2002).

El anexo 11 presenta el índice de confiabilidad y los análisis estadísticos descriptivos (media, desviación estándar y asimetría) realizados a las escalas EMEDO, MBI y CLIOR y a cada uno de sus factores. Los coeficientes de alfa de Cronbach de los factores son $\alpha \geq .76$ lo que determina que tienen un índice de confiabilidad razonablemente satisfactorio. Los factores de la escala CLIOR no cuentan con alfas originales puesto que son factores diferentes a los propuestos por sus autores. En la última columna se agrega el número de reactivos que compone a cada factor.

Procedimiento

Una vez emitida la aprobación del protocolo por parte del Comité de Investigación y Ética del Hospital General *Dr. Manuel Gea González* (registro 27-78-2014), se contactó a los directivos del hospital y del área de urgencias para que facilitaran el acceso al personal médico y de enfermería.

Se realizó una aplicación piloto de la batería de instrumentos a seis participantes psicólogos y médicos del área de cuidados paliativos para realizar posibles correcciones en la presentación o contenido de los instrumentos. Se registró el tiempo aproximado que empleaban los participantes en responder los instrumentos y la duración de su aplicación osciló entre los 35 y 60 minutos. Se pidió a los participantes que indicaran si se les dificultaba comprender o contestar alguna parte de los instrumentos, si desconocían alguna palabra o si encontraban algún error de redacción o de alguna otra índole. Los participantes señalaron algunos errores menores de redacción y formato. Después de las correcciones hechas con base en el piloteo se procedió a la aplicación final de los instrumentos.

Mediante la firma de un consentimiento informado (véase Anexo 1) se solicitó a los participantes permiso para colaborar voluntariamente con el estudio contestando los cuestionarios. También se les informaron los objetivos, las implicaciones y el procedimiento del estudio y de su participación.

Tres estudiantes de licenciatura en Psicología, expresamente entrenados realizaron el levantamiento de los datos: *I. Reyes Saavedra, A. Vidal Velazco, R. González Álvarez*, y por tres Maestros en Psicología involucrados en la investigación como supervisores: *E. Landa Ramírez, N. Rangel y M. Villavicencio*.

Las aplicaciones se realizaron al personal médico y de enfermería del área de urgencias del hospital. Se programaron sesiones de aplicación de aproximadamente una hora en horarios acordes con los turnos del personal: por la mañana de 8 a 12 horas, por la tarde de 17 a 19 horas y por la noche de 22 a 24 horas. Se entregaban los cuestionarios a los participantes quienes los respondían sin supervisión cercana. Las aplicaciones se realizaron durante varias semanas de septiembre a octubre de 2014, hasta que todo el personal del área de urgencias que hubiera consentido en participar hubiera contestado los cuestionarios.

Como precaución metodológica adicional se indicó a los participantes que las respuestas que proporcionarían serían absolutamente anónimas y que se utilizarían exclusivamente para fines de investigación, por lo que no afectaría su relación laboral, interpersonal o social dentro del hospital. También se les pidió que al responder los instrumentos se sentaran con una separación que impidiera observar las respuestas de otros. También se controlaron variables extrañas como mantener niveles mínimos de ruido e interrupciones, además de la confidencialidad, entre otras.

Escenario

Las aplicaciones se llevaron a cabo en dos aulas facilitadas por la administración del Hospital. Las aulas eran amplias y tenían butacas dispuestas tipo auditorio, esto permitió a los participantes sentarse separadamente, dejando una butaca como mínimo de espacio, entre uno y otro. La iluminación y la ventilación fue la habitual en instalaciones académicas

Análisis estadístico

Una vez concluidas las aplicaciones se procedió a la calificación, captura en bases de datos y análisis estadístico de los datos. Inicialmente se realizó un análisis descriptivo empleando las medidas de tendencia central y de dispersión para identificar el comportamiento de las diferentes variables de clima organizacional y burn-out.

Se utilizó la fórmula t de Student para muestras independientes con el objetivo de comparar los datos obtenidos entre el personal médico y el personal de enfermería y determinar si existían diferencias estadísticamente significativas.

Se efectuó un análisis factorial exploratorio para identificar la agrupación en factores de los reactivos de la escala CLIOR y obtener pun-

tajes por factor además del puntaje general de clima organizacional. Para todas las pruebas se aplicó la prueba de confiabilidad (alfa de Cronbach) para corroborar su índice de consistencia interna.

Finalmente se computaron correlaciones r de Pearson entre los componentes del burnout y los elementos del clima organizacional; adoptando el nivel de significancia habitual de $p < 0.05$.

Resultados

Los análisis descriptivos revelaron la distribución de los niveles de burnout y su relación con las variables sociodemográficas (véanse los anexos 7 y 8), así como la percepción de los elementos del clima organizacional de los participantes. Las figuras 1 y 2 muestran los porcentajes de niveles altos de burnout y sus componentes en las escalas EMEDO y MBI, respectivamente. En ambos instrumentos la escala de agotamiento fue la que mostró el mayor porcentaje de niveles notorios (altos) de burnout. Los porcentajes más bajos correspondieron a las escalas de insatisfacción y baja realización personal.

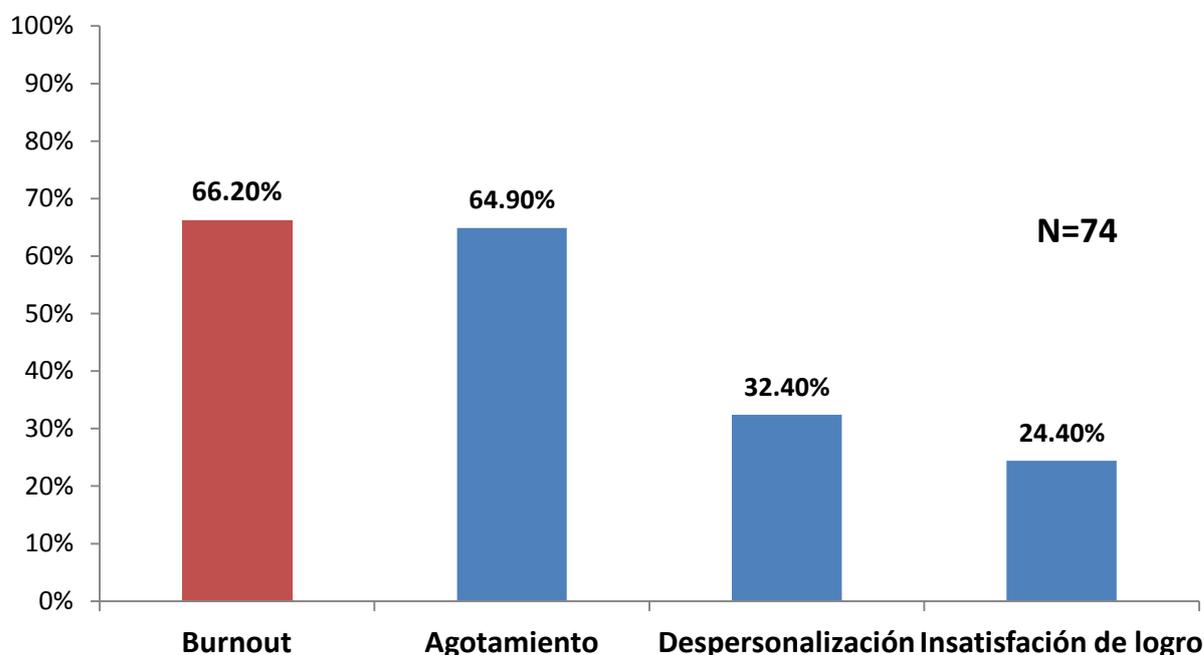


Figura 1. Niveles notorios (altos) de Burnout y sus componentes (EMEDO) en personal de urgencias

Un 66.20% de todo el personal mostró niveles altos de burnout. La escala de *agotamiento* mostró los porcentajes más altos (65%) en estos niveles. Las escalas de *despersonalización e insatisfacción del logro* obtuvieron 32.40% y 24.40 %, respectivamente, lo cual indica que existe una mayor incidencia de desgaste emocional y físico en el personal de urgencias.

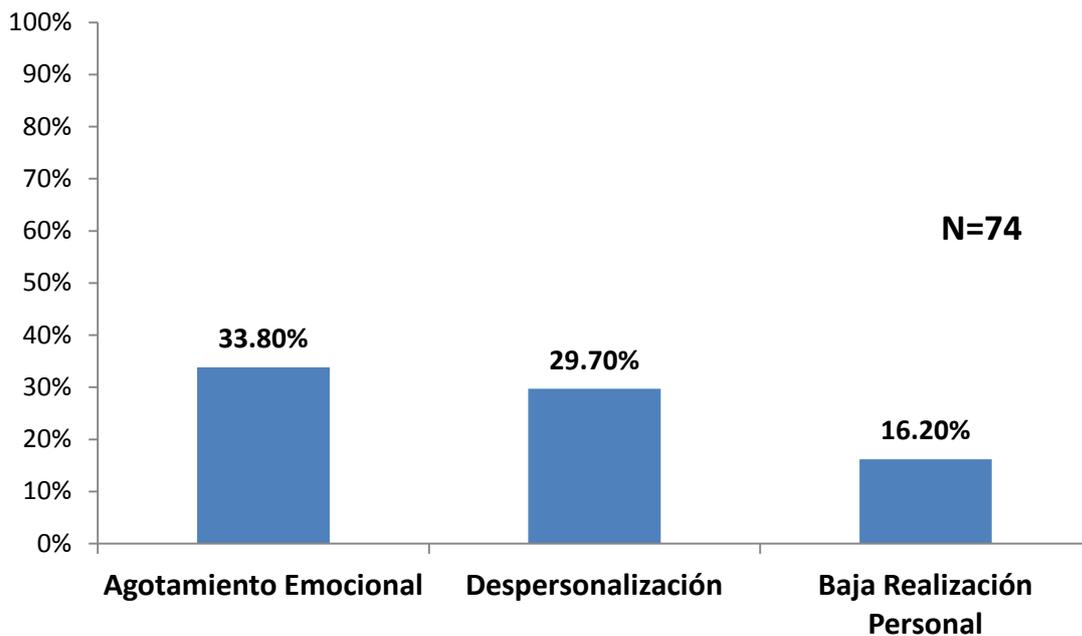


Figura 2. Niveles notorios (altos) de Burnout (MBI) en personal de urgencias.

La escala de *agotamiento* mostró un mayor porcentaje, coincidiendo con los resultados en su equivalente de la escala EMEDO, aunque con menor porcentaje (33.80%). La escala de *baja realización personal* obtuvo menor porcentaje (16.20%) coincidiendo con su homóloga, insatisfacción de logro, de la escala EMEDO.

Se consideró pertinente hacer una diferenciación de los resultados encontrados entre el personal médico y de enfermería puesto que la mayoría de las investigaciones reportan hallazgos de alguna de estas poblaciones o sus comparaciones. Asimismo el perfil y las funciones de cada personal es diferente, por lo que es importante identificar diferencias en sus resultados.

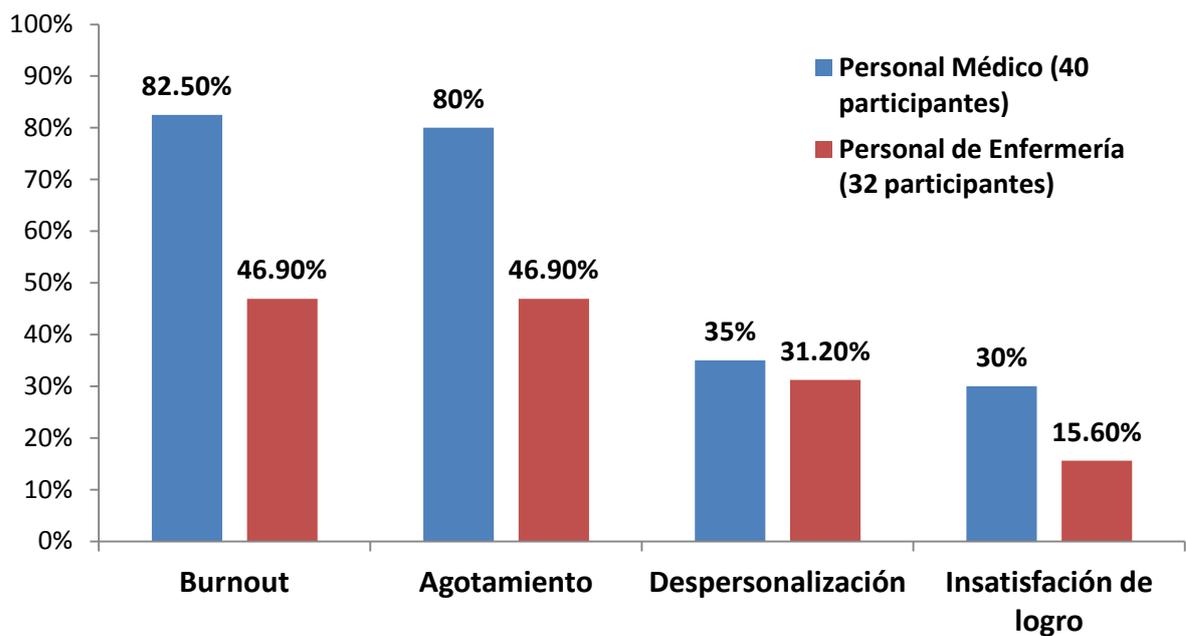


Figura 3. Niveles notorios (altos) de Burnout y sus componentes (EMEDO): Diferencias entre médicos y enfermeras.

Los porcentajes más altos ocurrieron para el personal médico comparado con el de enfermería en todas las escalas. En el puntaje *total de burnout*, el personal médico tuvo una incidencia de 82.5% mientras que el de enfermería 46.90%. La escala de *agotamiento* arrojó el mayor porcentaje de los elementos de burnout para ambos grupos, aunque el personal médico obtuvo mayor porcentaje 80%, comparado con el de enfermería, 46.90%. Con respecto a la *despersonalización* no hubo diferencias importantes entre el personal, 35% para médicos y 31.20% para enfermería; finalmente, la escala de *insatisfacción* obtuvo un porcentaje para médicos de 30% y para enfermería de 15.60%.

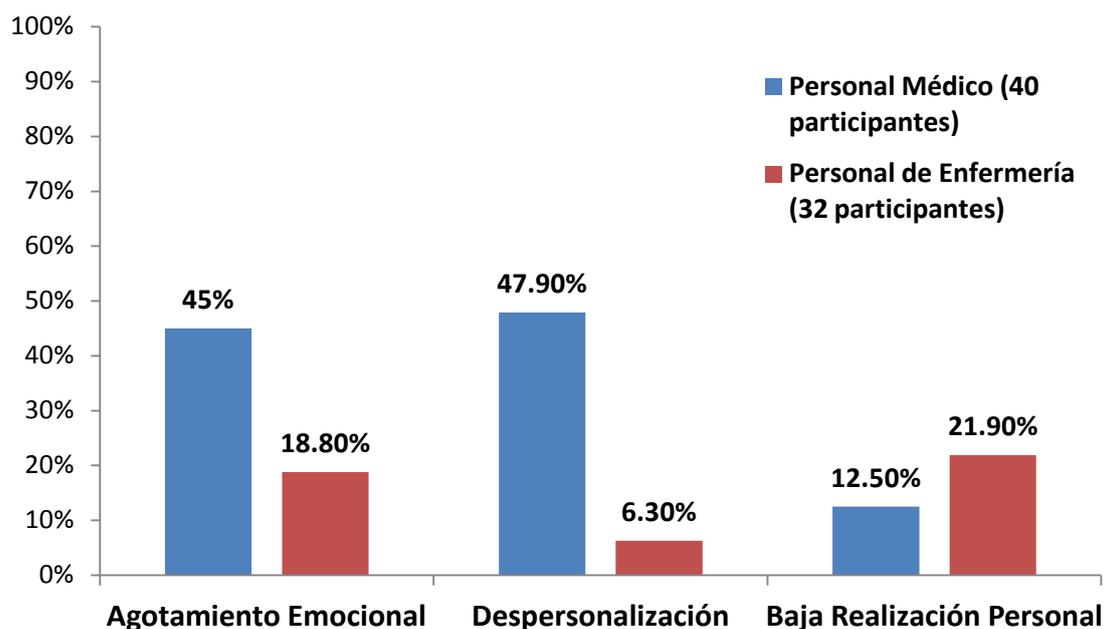


Figura 4. Niveles notorios (altos) de los componentes del burnout (MBI): Diferencias entre personal.

En el caso del MBI (*Maslach Burnout Inventory*), el personal médico obtuvo mayores porcentajes para las escalas de *agotamiento emocional* (45%) y *despersonalización* (47.90%), mientras que para el personal de enfermería se obtuvo 18.8% y 6,30%, respectivamente. En la escala de *baja realización personal*, se obtuvo mayor porcentaje en enfermería (21.90%) comparado con el personal médico, 12.50%. Esto difiere de lo encontrado en la EMEDO puesto que en su escala de insatisfacción los médicos obtuvieron mayor puntaje. Estas diferencias probablemente pueden atribuirse a que las escalas tienen diferentes números de reactivos, además de que cualitativamente los reactivos evalúan situaciones diferentes.

Se calcularon los cuartiles de la escala CLIOR (*clima organizacional*) con 31 reactivos y los cinco factores obtenidos. Se tomaron los valores de los cuartiles 1 y 3 para determinar los criterios de percepción negativa y positiva. Los puntajes menores o iguales a los valores del cuartil 1 se tomaron como percepciones negativas, mientras que los mayores o iguales al cuartil 3 se tomaron como una percepción positiva. A partir de estos criterios se determinaron los porcen-

tajes de percepción del clima organizacional para el personal médico y de enfermería.

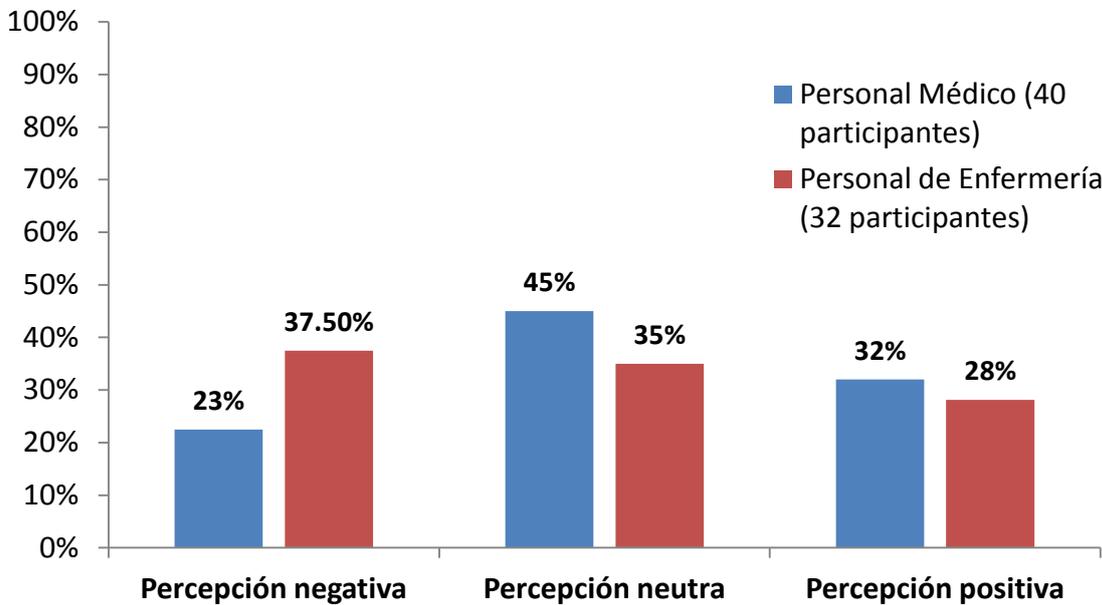


Figura 5. Percepción del clima Organizacional: diferencias entre el personal.

El personal de enfermería mostró un mayor porcentaje en la percepción negativa de su clima organizacional 37.50%, en médicos fue de 23%. En contraste el personal médico tuvo un mayor porcentaje en la percepción neutra y, con respecto a la percepción positiva los médicos tienen un mayor porcentaje 32% y 28% para el personal de enfermería.

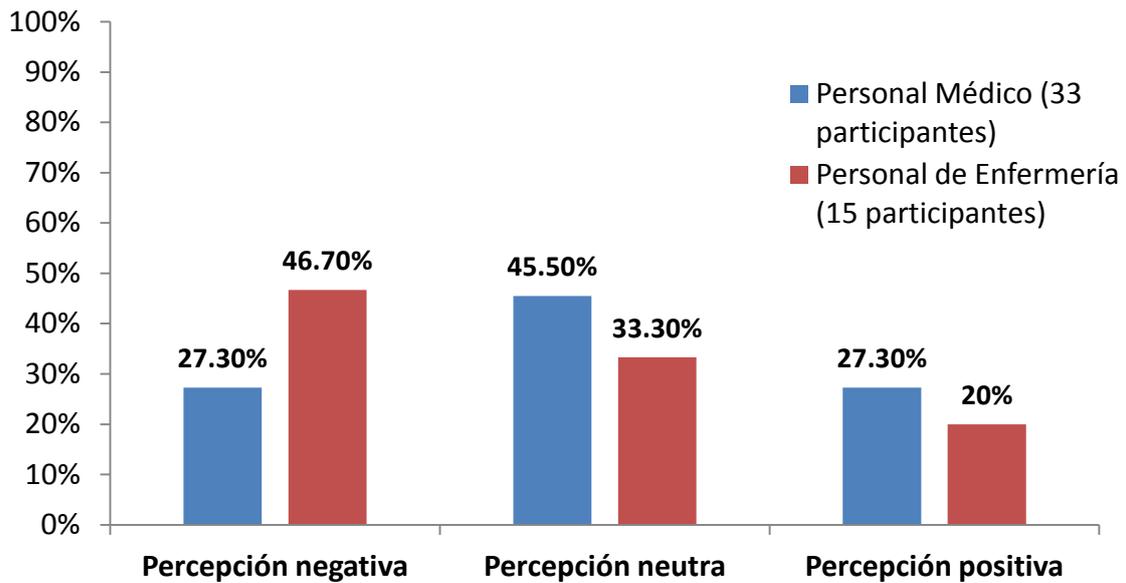


Figura 6. Percepción del clima organizacional en personal con niveles altos de burnout.

Comparando la percepción del clima organizacional entre personal médico y de enfermería con niveles altos de burnout, las enfermeras obtuvieron un mayor porcentaje para percepción negativa (47%) en relación al de los médicos (27.30%). Los médicos mostraron mayores porcentajes en percepción neutra y positiva, 45.50% y 27.30% respectivamente. Mientras que en enfermería se encontró 33.3% y 20%, respectivamente. El personal médico obtuvo los mismos porcentajes tanto para la percepción positiva como negativa del clima organizacional.

A continuación se muestran los porcentajes que se obtuvieron en la percepción de cada uno de los elementos del clima organizacional y se hace la comparación entre el personal médico y de enfermería con niveles notorios (altos) de burnout. Los primeros elementos, *estructura y organización del trabajo*, se refieren a procesos organizacionales; los restantes, *reconocimiento al trabajo y la innovación, apoyo y liderazgo* (supervisión), pertenecen a procesos psicosociales.

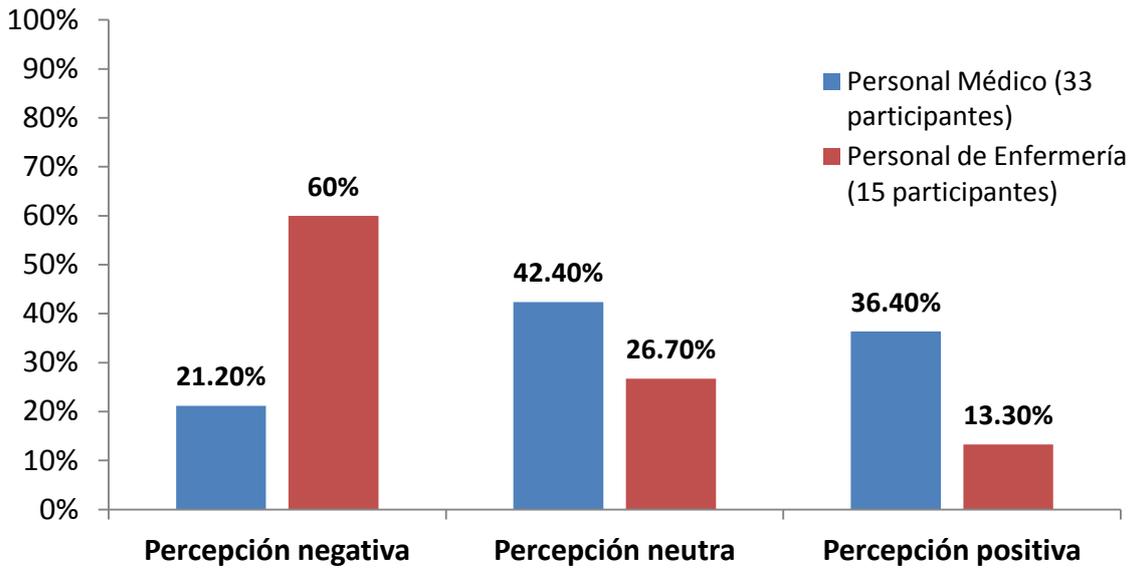


Figura 7. Percepción del elemento *Estructura* en personal con niveles notorios (altos) de burnout.

El personal de enfermería obtuvo un mayor porcentaje en la percepción negativa de la *estructura* (60%), los médicos obtuvieron 21.20%. En el personal médico se obtuvo un mayor porcentaje en la percepción neutra (42.40%), y en la percepción positiva los médicos tuvieron 36.40% y enfermería un 13.30%.

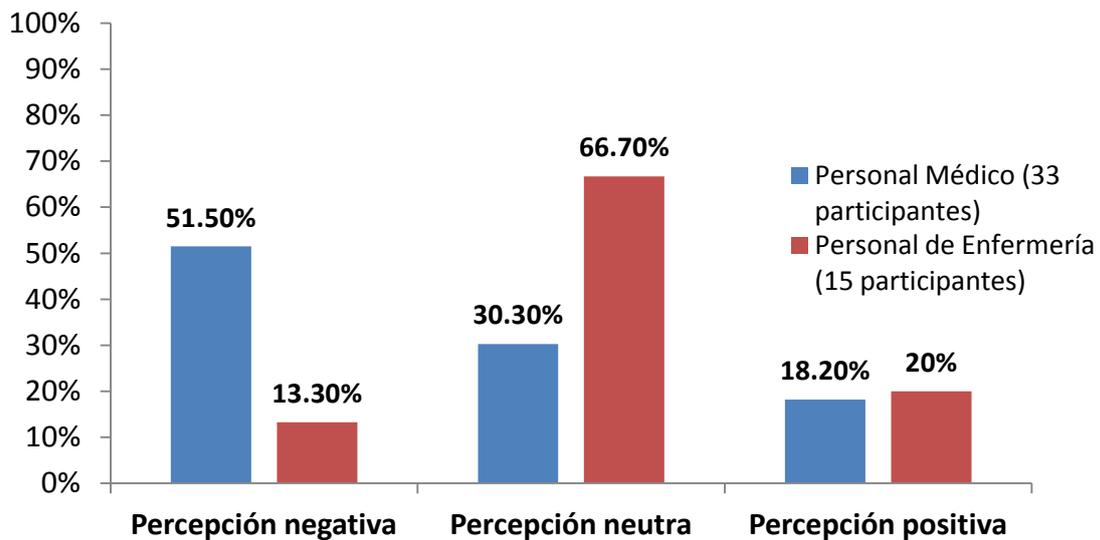


Figura 8. Percepción del elemento Organización del trabajo en personal con niveles notorios (altos) de burnout.

Los médicos obtuvieron un mayor porcentaje en la percepción negativa de la *organización del trabajo* (51.50%), las enfermeras mostraron un 13.30%. En cuanto a la percepción neutra las enfermeras obtuvieron el mayor porcentaje (66.70%), y en la percepción positiva prácticamente no hubo diferencias, enfermería obtuvo 20% mientras que los médicos 18.20%.

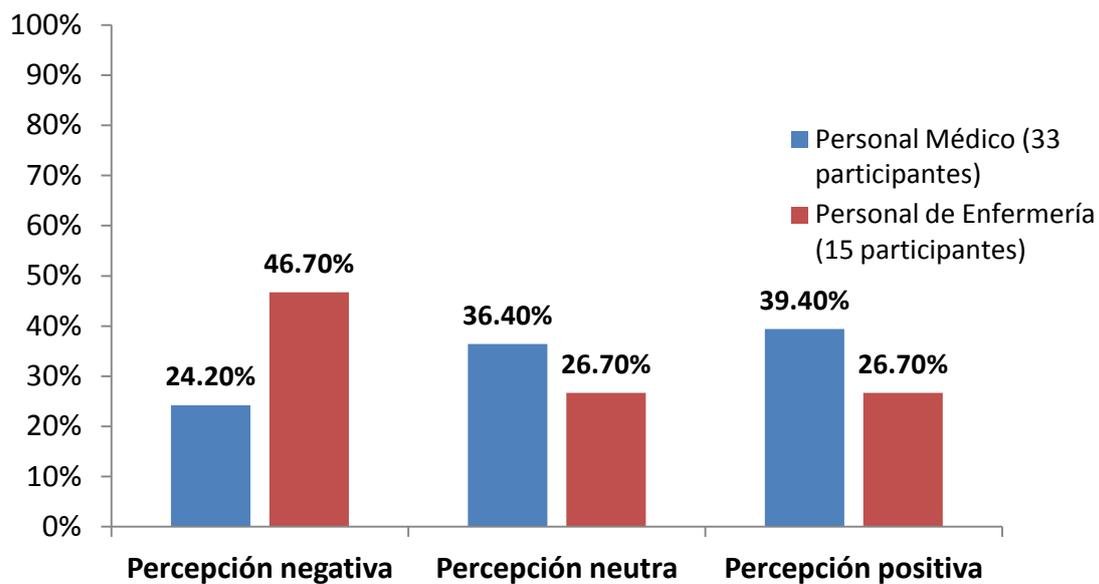


Figura 9. Percepción del elemento Reconocimiento al trabajo y la innovación en personal con niveles notorios (altos) de burnout.

El personal de enfermería obtuvo mayor porcentaje en la *percepción negativa* (36.70%) del *reconocimiento*, mientras que los médicos obtuvieron un mayor porcentaje en la percepción positiva (39.40%). En el personal de enfermería la percepción neutra y positiva manifestaron un mismo porcentaje 26.70%.

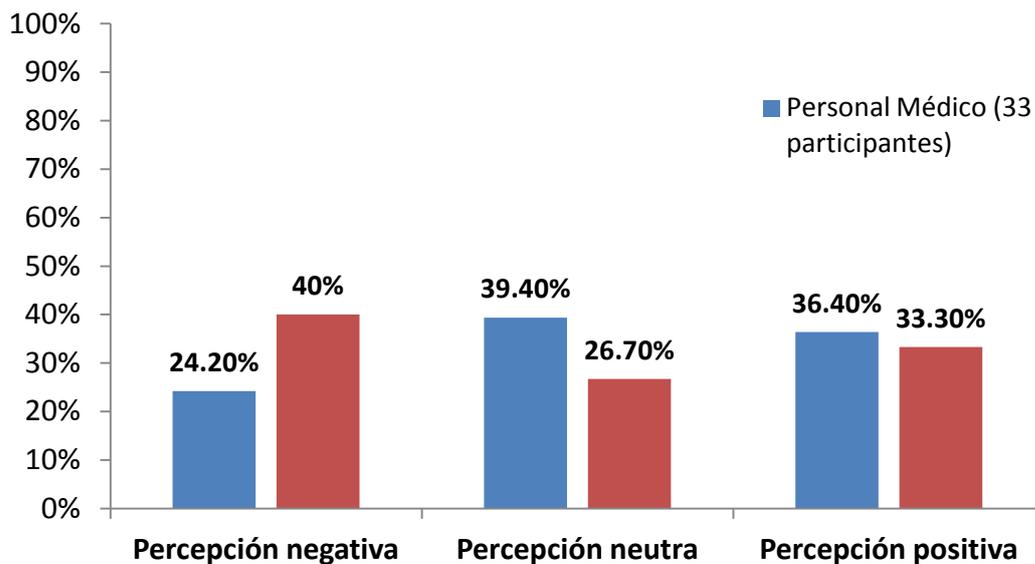


Figura 10. Percepción del elemento *Apoyo* en personal con niveles notorios (altos) de burnout.

El personal de enfermería tuvo mayor porcentaje en la percepción negativa de la cantidad de *Apoyo* recibido 40%. En cuanto a la percepción neutra el personal médico tuvo un 39.40% superando el 26.70 % obtenido por el de enfermería. En la percepción positiva de *apoyo* recibido, no hubos diferencias importantes entre los dos tipos de personal.

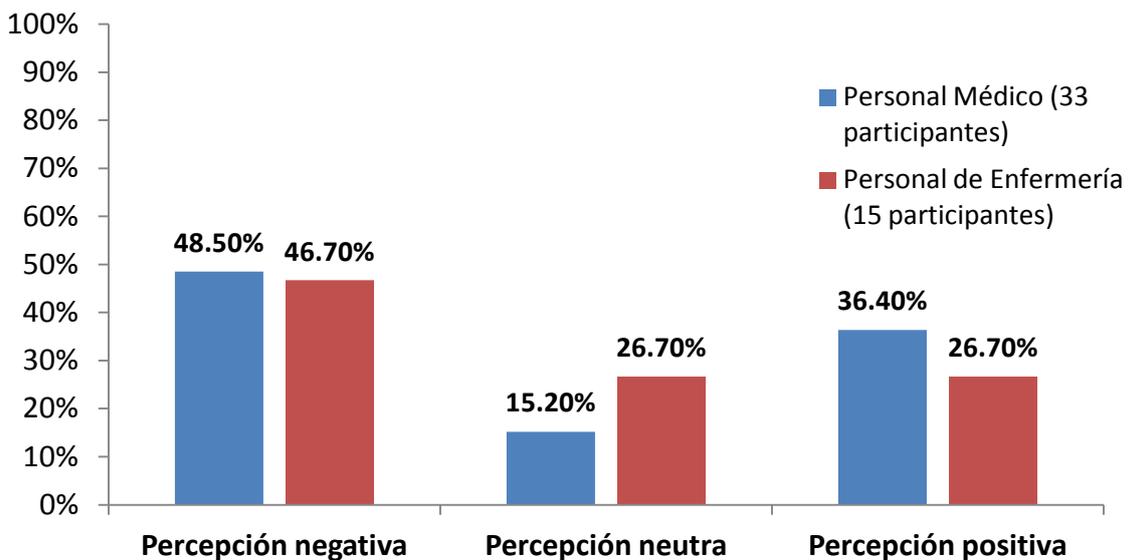


Figura 11. Percepción del elemento *Liderazgo* en personal con niveles notorios (altos) de burnout.

En la percepción del *Liderazgo*, tanto personal médico como el de enfermería obtuvieron un mayor porcentaje en la percepción negativa, 48.50% y 46.70%, respectivamente, la neutra para los médicos fue la de menor porcentaje 15.20%, mientras que en el personal de enfermería tanto la percepción neutra como la positiva obtuvieron el mismo porcentaje 26.70%.

Se computaron correlaciones de Pearson para explorar la posible asociación entre los componentes del burnout y los elementos del clima organizacional con los instrumentos EMEDO y CLIOR (Tabla 7); MBI y CLIOR (Tabla 8).

Tabla 7. Coeficientes de correlación r de Pearson entre las escalas EMEDO y CLIOR y sus componentes (con los de mayor significancia en negritas cursivas).

	Puntaje total CLIOR	Estructura	Reconoci- miento	Organiza- ción	Apoyo	Lideraz- go
Agotamiento	<i>-.38**</i>	<i>-.32**</i>	-.26*	<i>-.45**</i>	-.14	-.23*
Despersonalización	<i>-.36**</i>	-,19	<i>-.41**</i>	-.25*	<i>-.31**</i>	<i>-.33**</i>
Insatisfacción de logro	<i>-.37**</i>	-.22	<i>-.33**</i>	<i>-.44**</i>	-.15	-.25*
Suma EMEDO	<i>-.39**</i>	-.24*	<i>-.30**</i>	<i>-.52**</i>	-.16	-.29*

* $p < .05$ ** $p < .01$

Los resultados revelaron correlaciones negativas, relativamente modestas y estadísticamente significativas entre el burnout y el clima organizacional ($r = -.39$; $p < .01$), así como en los componentes de ambos constructos. El *Agotamiento* correlacionó con *Estructura* ($r = -.32$; $p < .01$) y con *Organización del trabajo* ($r = -.45$; $p < .01$). *Despersonalización* con *Reconocimiento* ($r = -.41$; $p < .01$), con *Apoyo* ($r = -.31$; $p < .01$) y con *Liderazgo* ($r = -.33$; $p < .01$). *Insatisfacción de logro* con *Organización del trabajo* ($r = -.44$; $p < .01$) y con *Reconocimiento* ($r = -.33$; $p < .01$).

Tabla 8. Coeficientes r de Pearson entre las escalas MBI, CLIOR y sus componentes. Los valores más significativos se representan en negritas cursivas.

	Puntaje total CLIOR	Estructura	Reconoci- miento	Organiza- ción	Apoyo	Lideraz- go
Agotamiento emocional	<i>-.45**</i>	<i>-.27*</i>	<i>-.32**</i>	<i>-.30**</i>	<i>-.27*</i>	<i>-.58**</i>
Despersonalización	<i>-.29*</i>	<i>-.19</i>	<i>-.14</i>	<i>-.17</i>	<i>-.25*</i>	<i>-.42**</i>
Realización personal	<i>.34**</i>	<i>.22</i>	<i>.43**</i>	<i>.19</i>	<i>.21</i>	<i>.23*</i>

* $p < .05$ ** $p < .01$

Se encontraron correlaciones negativas, relativamente modestas y estadísticamente significativas entre los componentes del burnout de acuerdo a la escala MBI y los elementos del clima organizacional, el *Puntaje Total* del CLIOR correlacionó con el *Agotamiento emocional* de manera negativa ($r = -.45$; $p < .01$), mientras que con la *Realización personal* correlacionó de manera positiva ($r = .34$; $p < .01$). El *Agotamiento* mostró correlación negativa con el *Liderazgo* ($r = -.58$; $p < .01$), con *Reconocimiento* ($r = -.32$; $p < .01$) y con *Apoyo* ($r = -.30$; $p < .01$); la *Despersonalización* con *Liderazgo* ($r = -.42$; $p < .01$) y con *Apoyo* ($r = -.25$; $p < .05$); la realización personal con el reconocimiento ($r = .43$; $p < .01$) y liderazgo ($r = .23$; $p < .05$). Las correlaciones encontradas entre el MBI y CLIOR difieren de las que se obtuvieron con la escala EM-EDO, probablemente debido a las distintas propiedades psicométricas de los instrumentos, al número de reactivos y a diversos niveles de especificidad en su evaluación de las variables.

Se calculó una prueba *t* para muestras independientes (Tabla 9) con el objetivo de identificar si las diferencias entre el personal médico y de enfermería en las diferentes escalas son estadísticamente significativas.

Tabla 9. Prueba *t* para muestras independientes. Diferencia de medias entre personal médico y de enfermería con respecto a los niveles de burnout y percepción de los elementos del clima organizacional. Valores significativos en negritas cursivas.

	M (DE)		<i>T</i>	p
	Médicos (n=40)	Enferm. (n=32)		
Agotamiento (EMEDO)	57.80 (9.29)	52.66 (9.74)	2.272	.026
Despersonalización (EMEDO)	49.70 (8.27)	48.47(10.44)	0.544	.589
Insatisfacción de logro (EMEDO)	49 (9.26)	45.22 (8.08)	1.847	.069
Nivel de burnout	5.33 (1.28)	4.44 (1.19)	3.031	.003
Agotamiento (MBI)	27.5 (12.29)	19.28 (10.96)	3.002	.004
Despersonalización (MBI)	11,95 (6.99)	5.81 (4.84)	4.218	.001
Realización personal (MBI)	36.15 (7.74)	34.53 (10.39)	0.733	.467
Clima Organizacional	99.50 (25.64)	94.53 (19.61)	0.931	.355
Reconocimiento	24.95 (7.77)	22.41 (6.99)	1.459	.149
Estructura	26.15 (7.85)	29.06 (5.44)	2.023	.047
Organización	25.65 (7.33)	22.09 (7.47)	-1.782	.079
Apoyo	12.68 (3.91)	11 (4.04)	1.770	.081
Liderazgo	10.07 (2.71)	9.97 (2.77)	0.163	.871

Los factores que resultaron estadísticamente significativos entre el personal de enfermería y médico fueron agotamiento (EMEDO) con ($t= 2.272$; $p=.026$), nivel de burnout (EMEDO) ($t= 3.031$; $p=.003$), agotamiento (MBI) ($t= 3.002$; $p=.004$), despersonalización (MBI) ($t= 4.218$; $p=.001$) y estructura (CLIOR) ($t= 2.023$; $p=.047$).

Discusión

El objetivo de la presente investigación consistió en identificar la relación entre los elementos del clima organizacional y el nivel de burnout en el personal hospitalario del servicio de urgencias de un hospital general público de la Ciudad de México.

Los resultados del presente estudio revelan una correlación entre la percepción de un clima organizacional como deteriorado y el burnout, este resultado es similar al de otras investigaciones en personal de salud que sugieren que la percepción negativa del clima organizacional está relacionada positivamente con altos niveles de burnout (Bronkhorst et al., 2014; Gershon et al., 2007; Albaladejo et al., 2004; Gil-Monte 2005; Arora et al., 2013; Curiel-García et al., 2005). Si bien estos resultados no permiten establecer que el clima organizacional percibido como negativo o pobre causa al burnout, la asociación es notoria y consistente.

Los elementos que más claramente se asocian con niveles altos de burnout son un liderazgo pobre, frecuentemente reflejado en las formas de supervisión y escaso reconocimiento al trabajo y la innovación. Otros estudios también señalan esta relación que han establecido al liderazgo y la supervisión pobres como el elemento que más claramente se asocia con el burnout en personal de salud (Babette et al. 2014; Gershon et al., 2007), y que el reconocimiento por parte de los jefes o supervisores al buen desempeño y al esfuerzo especial para innovar es un factor importante en la satisfacción del personal y, por tanto, a bajos niveles de burnout (Albaladejo et al., 2004).

Más específicamente, el agotamiento parece ser la respuesta más frecuente ante una percepción negativa de la organización del trabajo, la estructura (reglas claras, políticas definidas, protocolos acordados e identificables, etc.), el liderazgo y el reconocimiento al trabajo y la innovación. Por lo que el agotamiento se asocia más cla-

ramente con procesos organizacionales y psicosociales. En los antecedentes de investigación sobre estas áreas, rara vez documentan asociaciones entre estos elementos del clima y los del burnout. No obstante, los resultados de investigaciones realizadas con otro tipo de entidades tales como empresas de manufactura e instituciones de enseñanza media superior indican que el agotamiento emocional se relaciona con las condiciones del trabajo, con la estimulación moral y material y con las condiciones del lugar de trabajo (Dávila, 2011).

Otros hallazgos señalan asociación con la naturaleza de las labores, tales como la claridad de los roles que le toca desempeñar a cada individuo (Peralta y Vargas-Mendoza, 2009); con la cantidad de autonomía percibida (posibilidades de proponer ideas o procedimientos nuevos) y hay escasa relación con la organización del trabajo (Farfán, 2009). Si bien estas investigaciones informan resultados similares a los del presente estudio es necesaria la realización de estudios más acotados en personal de salud que permitan cotejar la especificidad de varios de estos efectos a fin de identificar los factores involucrados en esta asociación y la manera en la que impactan sobre el agotamiento emocional. Por lo pronto, lo que sugieren varias investigaciones en personal de salud es que las jornadas laborales prolongadas están estrechamente relacionadas con el desgaste emocional y físico (Gershon et. al., 2007).

El hecho de que la despersonalización se asocie con una percepción negativa del liderazgo (formas de supervisión), con la falta de reconocimiento al desempeño y la innovación y con la falta de apoyo por parte de los jefes indica que la despersonalización podría atribuirse más a aspectos psicosociales que a organizacionales. Otras investigaciones tanto en personal de salud como en el de otros escenarios señalan resultados similares, en el sentido de que la despersonalización se asocia principalmente con el liderazgo (Bronkhorst et al. 2014; Gershon et al., 2007) y la autonomía (Farfán, 2009). Hallazgos que sugieren que la despersonalización se asocia con el tipo de

trabajo y las condiciones del lugar en que se desempeña no son claros ni consistentes (Dávila, 2011).

Esto implica que conviene diseñar e instrumentar intervenciones psicológicas expresamente orientadas a reducir la despersonalización mediante cambios en la dinámica interpersonal y psicosocial entre el personal y los jefes inmediatos, en este caso directivos, jefes de enseñanza e investigación, jefes de los diversos servicios clínicos del hospital, supervisores, docentes y el personal que trabaja con subordinados laborales o académicos.

Por su parte, la insatisfacción de logro muestra una clara relación con la falta de reconocimiento al desempeño laboral y a la innovación y con estrategias defectuosas de liderazgo (principalmente formas de supervisión). Este resultado difiere de los de otros estudios los cuales indican que la realización personal se asocia con la autonomía (Boada, De Diego y Argulló, 2004; Farfán, 2009) con la naturaleza del trabajo, las relaciones con el grupo del trabajo y, en menor medida, con las condiciones del lugar de trabajo, y la presión para terminar tareas (Dávila, 2011; Farfán, 2009).

Los resultados del presente estudio sugieren que la insatisfacción se asocia con factores psicosociales, como han sugerido otros autores (Blázquez-Morales y Blázquez-Domínguez, 2011; Bonadeo et al., 2005; Pavón-León, Gogeochea-Trejo). Sin embargo, todo parece indicar que es necesario estudiar con más detalle esta hipótesis, puesto que otras investigaciones realizadas en personal de salud indican que la satisfacción laboral está más relacionada con factores organizacionales (Bobbio y Ramos, 2010; Chavarría-Islas, Sandoval, Peláez-Méndez y Radilla-Vázquez, 2009).

Probablemente también influyen otras variables de índole organizacional que no se contemplaron en este estudio como son el salario percibido, el tiempo de la jornada laboral, el número de pacientes que atienden por día, la infraestructura de las instalaciones, así

como los protocolos de trabajo, entre otras. También es necesario explorar la posibilidad de que algunas de las inconsistencias entre resultados estén relacionados con errores metodológicos o defectos de definición y medición.

El propósito medular de esta línea de trabajo a mediano y largo plazo consiste en diseñar y realizar acciones que mejoren el clima organizacional y disminuyan los niveles de burnout, ya sea a partir de cambios de políticas institucionales o a través de una intervención para modificar la percepción y el estado de procesos psicosociales que ocurren en el contexto laboral hospitalario (Bronkhorst et al., 2014; Curiel-García et al., 2005; Loria y Guzmán, 2006; Pereda-Torales et al., 2009).

Las escalas usadas para evaluar los elementos del clima organizacional en varios de los estudios citados no siempre incluyen los elementos que se evaluaron en el presente estudio. Esto impide una comparación más válida de los hallazgos y disminuye la congruencia entre ellos. Sería recomendable que los estudios que abordaran preguntas de investigación como las que nos ocupan condujeran, como en el presente estudio, análisis factoriales exploratorios de escalas como la CLIOR para identificar el comportamiento de estas variables y someter las escalas resultantes a pilotesos que reduzcan riesgos metodológicos tales como insensibilidad o difícil comprensión de los contenidos de las escalas, que surgen naturalmente cuando se hacen comparaciones complejas entre variables también complejas.

Otro hallazgo importante del presente estudio, en el contexto del ambiente laboral hospitalario del servicio en el cual se recolectaron los datos consiste en los altos niveles de burnout y la percepción negativa de varios elementos del clima organizacional entre el personal de enfermería y médico. Si bien el primero reveló un menor nivel de burnout, sin embargo, obtuvo mayores porcentajes en la percepción negativa del clima, particularmente en estructura, reconocimiento a la innovación y al desempeño, apoyo y liderazgo (su-

pervisión). Los médicos mostraron mayor percepción negativa tanto de la organización como del trabajo mismo y del liderazgo (supervisión). Estos resultados difieren de los de otros estudios que sugieren que la presencia de altos niveles de burnout se asocian con una peor percepción del clima (Bronkhorst et al., 2014; Gershon et al., 2007).

En este sentido, se esperaría que los médicos hubiesen tenido una peor percepción de los elementos del clima, lo cual ocurrió en las enfermeras. Esto podría deberse a la antigüedad en el puesto en el sentido de que si se esperan mejorías en varios aspectos del trabajo y éstos no se dan a lo largo de los años podría desarrollarse una sensación parecida a la desesperanza y la percepción de que ese *status quo* repercute en bajas o nulas posibilidades de desarrollo personal y profesional (Atance, 1997).

Los presentes resultados también sugieren que las enfermeras perciben negativamente las consignas y políticas por parte de la dirección con respecto a la forma de llevar a cabo sus funciones. Esto difiere con lo que reportan Albaladejo et al. (2004) quienes no encontraron una percepción negativa en personal de enfermería. Sin embargo en ese estudio la evaluación se basó en la respuesta a un solo reactivo lo que dificulta llegar a afirmaciones concluyentes.

El personal de enfermería percibe menos reconocimiento al desempeño, a la innovación y perciben menos apoyo. Otros estudios han tenido hallazgos similares en cuanto al reconocimiento por parte de los jefes y la presencia de burnout (Albaladejo, et. al., 2004; Curiel-García et al., 2005). Se ha propuesto que el apoyo por parte de los jefes inmediatos favorecen una respuesta positiva hacia el trabajo, disminuyen el cansancio emocional, mejoran la actitud y reducen conductas negativas hacia los compañeros y los pacientes (Curiel-García et al., 2005). Aún hace falta identificar más específicamente la relación entre este apoyo y los niveles de burnout, aunque sería de suponerse una correlación negativa entre ellos.

Los hallazgos indican que los médicos perciben más negativamente la organización del trabajo, la delimitación de objetivos, la definición de tareas, los métodos de trabajo, sus responsabilidades y los medios necesarios para desarrollar su trabajo. Estos resultados concuerdan con los de otro estudio en donde las fuentes de estrés resultaron ser: las complicaciones en las intervenciones clínicas, el exceso de trabajo, y la falta de coordinación entre el área de atención primaria y las especializadas, relacionadas con la organización del trabajo (Garnés, 2005).

Por último, el liderazgo, reflejado en la supervisión se percibió negativamente tanto por personal de enfermería como por el médico. Varios estudios también han documentado que la presencia de burnout se relaciona con la percepción negativa del liderazgo y la supervisión (Bronkhorst et al., 2014; Gershon, et al, 2007). Ésta percepción negativa incluye los métodos de comunicación, el trato personal, la supervisión, la atención a necesidades comunicadas a sus jefes y la dirección del trabajo.

Más de 60% del personal de urgencias en el presente estudio mostró niveles altos de burnout. Este es un hallazgo relevante dado que otros estudios rara vez revelan niveles tan altos y tan generalizados. Más bien se describen “niveles medios de estrés” en este personal (Quirós-Aragón y Labrador-Encinas, 2007), aunque no se proporciona un porcentaje y la escala de medición es diferente. Estudios sobre otras áreas de servicios de salud han encontrado niveles menores del síndrome 41.6% en personal de atención primaria y especializada (Atance, 1997).

Visto por tipo de personal, 80.5% del personal médico mostró niveles altos de burnout, estos datos se asemejan a los reportados en otras investigaciones (Arora et al., 2013), en donde el nivel de burnout en médicos de urgencias resulta ser mayor a 60% comparado con los niveles de burnout en médicos de otras áreas hospitalarias, por ejemplo, 38% en medicina general (Arora et al., 2013). El perso-

nal de enfermería obtuvo un 47% de niveles altos de burnout, lo que concuerda con el estudio de Albaladejo et al. (2004) quienes reportan 49% de burnout en personal de enfermería de urgencias. Por su parte Quirós-Aragón y Labrador-Encinas (2007) en su estudio con personal de urgencias indican que los médicos manifiestan mayores niveles de estrés que el personal de enfermería.

Posiblemente esto se deba a que un 79% de los médicos con altos niveles de burnout están en formación, puesto que son residentes e internos con una media de edad de 27 años y el 88% de ellos tienen dos años o menos de antigüedad en la institución. En contraste, del personal de enfermería sólo 7% son internos o estudiantes y su media de edad es de 37 años y 12% de ellos llevan dos años o menos de antigüedad en la institución (Arora et al., 2013; Gershon, et. al., 2007). Los médicos más jóvenes son los que reportan mayor estrés laboral, pues el tipo de pacientes que atienden es diverso, lo cual les demanda el dominio de técnicas y habilidades clínicas aún en formación (Garnés, 2005).

También se ha visto que el burnout en estudiantes y residentes de medicina está asociado con conductas antiprofesionales y poco altruistas (Dyrbye et al., 2010) incluyendo estudios que revelan niveles altos de burnout en residentes e internos médicos de urgencias (Loria y Guzmán, 2006). Es posible que los niveles altos de burnout se deriven, adicionalmente, de una sobrecarga de trabajo y a la falta de protocolos de actuación ante situaciones críticas que se presentan, junto a la responsabilidad profesional inherente en las decisiones y actuaciones que deben elegir y llevar a cabo con respecto a la salud o vida de los pacientes (Quirós-Aragón y Labrador-Encinas, 2007; Garnés, 2005).

En lo concerniente al personal de enfermería, como se ha mencionado, el hecho de que a mayor edad y años de trabajo en la institución genera altos niveles de burnout probablemente se asocia con el escaso reconocimiento de su trabajo debido a la naturaleza de sus fun-

ciones profesionales, lo que genera una falta de expectativas de mejora profesional (Albaladejo, et. al., 2004; Atance, 1997; Pereda-Torales et al., 2009).

En general, el agotamiento emocional es el principal síntoma de burnout, seguido por la despersonalización y por último la insatisfacción de logro. Como se ha visto, en los médicos los porcentajes de agotamiento son superiores a los del personal de enfermería. Cabe mencionar, que el 65.6% de los médicos con altos niveles de agotamiento cubren entre 90 y 150 horas laborales a la semana, lo que confirma una asociación entre el agotamiento, largas jornadas laborales y la alta carga asistencial (Gershon, et. al., 2007; Garnés, 2005).

A pesar de las diferencias en los porcentajes de insatisfacción del personal médico y de enfermería éstos son, en general, relativamente bajos. En lo general el personal de urgencias tiende a estar, también relativamente satisfecho con su labor, como se ha visto en otros estudios (Arora et al., 2013). Posiblemente esto se deba al reconocimiento que el personal recibe por parte de la dirección y los pacientes. Se ha documentado que la percepción de los trabajadores con respecto al reconocimiento de su labor determina el grado de su satisfacción laboral o a otras variables como la percepción que tiene el personal con respecto a su rol profesional (Albaladejo et al., 2004).

Sugerencias para estudios posteriores

Para futuras investigaciones se sugiere contar con un grupo de participantes más numeroso que permita obtener datos susceptibles de varios análisis estadísticos a fin de generar explicaciones un tanto más confiables respecto a la asociación de variables. También será conveniente emplear un instrumento de clima organizacional que esté adaptado y validado en población mexicana y más acotado en su validez y sensibilidad a personal de salud. Lo anterior incluiría evaluar el clima organizacional y sus elementos a partir de una ter-

minología y delimitación convencional que, al incluir usos de un lenguaje local más habitual de los escenarios de salud permita hacer comparaciones entre estudios.

Un complemento a la recomendación anterior consistiría en realizar investigaciones comparativas de estas variables con personal de instituciones con características diferentes, en búsqueda de elementos comunes y dimensiones más precisas, ya que esto permitirá entender aquellos factores que se relacionan con las características propias de la población, y aquellos que se relacionan con las propias del área de urgencias. También será conveniente realizar estudios comparativos entre personal médico y de enfermería para identificar los factores que influyen en cada uno para diseñar e implementar políticas y programas de prevención e intervención ajustados a sus peculiaridades profesionales, interpersonales y de interacción con la institución o dependencia.

A pesar de las limitaciones metodológicas habituales en estudios como el presente, ocasionadas por las características psicométricas de algunos instrumentos y al error en la captura de la prueba EMEDO, cabe recordar que se realizó un análisis de consistencia interna para corroborar que los datos de la prueba podían utilizarse y se controlaron diversas variables extrañas que pudieran alterar el resultado de las pruebas como las condiciones físicas del sitio de recolección de datos, el estricto anonimato de los participantes, el consentimiento informado y la aplicación de los instrumentos bajo una supervisión cercana.

Recomendaciones para las instituciones de salud.

Dado que los hallazgos del presente estudio ratifican una asociación confiable entre los componentes de burnout y diversos elementos del clima organizacional, resulta necesario generar medidas de prevención e intervención para reducir los niveles de estrés crónico, disminuir la insatisfacción, la despersonalización y el agota-

miento emocional. También resulta indispensable que las autoridades hospitalarias tomen medidas formales para mejorar la percepción del liderazgo, el reconocimiento al desempeño y el apoyo de jefes y, compañeros.

Dado que las intervenciones que requieren implementarse a este fin son claramente de naturaleza psicológica e interpersonal y están documentadas en décadas de investigación científica, la intervención de psicólogos especialistas resulta fundamental. Es claro, sin embargo que, dado que se trata de un trabajo de los procesos psicosociales que ocurren dentro de la institución resulta indispensable un compromiso interdisciplinario tanto de autoridades como de todos los actores laborales involucrados en las dependencias hospitalarias. En efecto, la disminución del burnout y su impacto en la salud del personal sanitario y la reducción de su impacto en los pacientes y usuarios de los servicios ya se ha convertido en una prioridad. De acuerdo con Sánchez Sosa (1998) existen factores macrológicos (distales) a los cuales muy difícilmente tienen acceso expertos y profesionales si no se da un cambio en la política institucional. De hecho, las intervenciones psicológicas para este tipo de variables pueden realizarse mediante el entrenamiento de habilidades de afrontamiento y su manejo en estas situaciones organizacionales, entre otras.

En lo referente a los procesos psicosociales dentro de la institución, se consideran factores micrológicos (proximales), en los cuales se pueden generar cambios a partir de intervenciones psicológicas, como los procesos de supervisión y trato por parte de los jefes, algunas maneras de organizar el trabajo, las relaciones sociales, la valoración del trabajo, manejo del estrés, conductas de autocuidado y afrontamiento. Se recomiendan intervenciones grupales e individuales (Pereda-Torales et al., 2009) desde el enfoque cognitivo conductual (Buendía, 1998) para implementar técnicas de reducción del estrés realmente eficaces.

Las técnicas de relajación muscular progresiva profunda, el desarrollo de habilidades de afrontamiento y sociales, la toma de decisiones y solución de problemas, las conductas de autocuidado de la salud, la realización de balance entre metas personales y profesionales destacan en la literatura de investigación como algunas de las estrategias de más alta eficacia (Arora et al., 2013; Garnés, 2005; Curiel-García et al., 2005; Bronkhorst et al., 2014; Shanafelt y Balch, 2010). Así mismo se pueden promover actividades profesionales fuera del ámbito clínico, como la investigación o la docencia, puesto que ayudan a reducir el desgaste del rol profesional (Arora et al., 2013; Shanafelt y Balch, 2010).

Exhortamos a los psicólogos de la salud a seguir realizando investigaciones sobre los efectos institucionales en el deterioro de la salud de los trabajadores de sanidad para así lograr que estos hallazgos lleguen a manos de los directivos y representantes gubernamentales y se puedan generar cambios en materia de políticas públicas sanitarias, institucionales y sociales.

Así mismo, hacemos énfasis en que las recomendaciones sobre la prevención e intervención del burnout en personal de salud requieren implementación cuidadosa y sistemática por parte de psicólogos adecuadamente entrenados en medicina conductual. Las instituciones insensibles o ignorantes de la contribución del especialista en comportamiento sólo perpetuarán un grave rezago en este rubro, en contraste con los sistemas de salud pública del mundo desarrollado en los que hay un psicólogo especialista en toda instalación de atención a la salud.

El problema es histórico, en palabras de un ilustre médico y docente universitario, en su carácter de Subsecretario de Salud, el Dr. José Laguna García: “... *el problema en México es que las malas modas nos llegan en cuestión de días y las buenas tardan 25 años o más en llegarnos...*”. El día de hoy, sin embargo ni el desconocimiento de la investigación científica aplicada a este grupo de problemas ni la falta

de expertos se puede usar como argumento para no poner manos a la obra.

Referencias

- AGUCM (2014) *Consolidar política de cero rechazo en hospitales de la red de la cdmx el objetivo sedesa*. Recuperado de:
<http://www.agu.df.gob.mx/sintesis/index.php/> Enero, 2015
- Ahola, K. (2007). *Occupational burnout and health*. Finland: Finnish Institute of Occupational Health. Recuperado de
<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/19788/occupati.pdf?sequence=2>
- Albadalejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M. y Domínguez, V. (2004). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78(4): 505-516.
- Armelagos, G. J., Brown, P.J., Turner, B., (2005). Evolutionary, historical and political economic perspectives on health and disease. *Social Science & Medicine*, 61, 755–765.
- Arora, M., Asha, S., Chinnappa, J., and Diwan, A.D. (2013). Review article: Burnout in emergency medicine physicians. *Emergency Medicine Australasia*, 25, 491–495.
- Atance, J. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 71(3), 293-303.
- Barling, J y Griffiths, A, (2003). A History of Occupational Health Psychology. In Cambell, J. & Tetrick, L. (Eds.) *Handbook Occupational Health Psychology* (p. 19-33). Washigton, D.C.: American Psychological Association.
- Boada, J., De Diego, R. y Argulló, E. (2004). El burnout y las manifestaciones psicósomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral. *Psicothema*, 16(1), 125-131.

- Bonadeo, M., Marenghi, M., Bassi, F., Fernández, M., Lago, M., Piacentini, A. y Rodríguez, C., (2005). Evaluación del grado de satisfacción del personal médico en un hospital de pediatría. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 103(36), 491-496.
- Bobbio, L. y Ramos, W. (2010). Satisfacción laboral y factores asociados en personal asistencial médico y no médico de un hospital nacional de Lima-Perú. *Revista Peruana de Epidemiología*, 14(2), 133-138.
- Bronkhorst, B., Tummers, L., Steijn, B. y Vijverberg., D. (2014). Organizational climate and employee mental health outcomes: a systematic review of studies in health care organizations. *Health Care Management Review*, Recuperado en <http://ssrn.com/abstract=2428702>
- Brunet, L. (2002). *El clima de trabajo en las organizaciones. Definición, diagnóstico y consecuencias*. México: Trillas.
- Buendía, J. (1998). *Estrés laboral y salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Carlin, M. y Garcés, F. (2010). El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de Psicología*, 26(1), 169-180.
- Chavarría-Islas, R., Sandoval, E., Peláez-Méndez, K. y Radilla-Vázquez, C. (2009). Satisfacción laboral del personal médico en el Servicio de Urgencias Adultos en un Hospital General Regional. *Revista de la Comisión Nacional Arbitraje Médico*, 2, 27-35.
- Cox, T. (1978). *Stress*. London: Mac Millan
- Curiel-García, J., Rodríguez-Morán, M. y Guerrero-Romero, F. (2005). Síndrome de agotamiento profesional en personal de atención a la salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguro Social*, 44(3), 221-226.

- Dávila, M. (2011). Clima organizacional y síndrome de burnout en una empresa mediana de manufactura. *TESCoatl*, 13(32), 1-9.
- Dantés, O., Sesma, O., Becerril, V., Knaul, F., Arreola, H. y Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud pública de México*, 53(2), 220-232.
- Dyrbye, L., Massie, F., Eacker, A., Harper, W., Power, D., Durning, S. et al. (2010). Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among US medical students. *Journal of the American Medical Association*. 304(11), 1173-80.
- Engel, G.L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science, New Series*, 196(4286), 129-136.
- Farfán, M. (2009). *Relación del clima laboral y síndrome de Burnout en docentes de educación secundaria en centros educativos estatales y particulares*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Frenk, J., Bobadilla, J., Stern, C., Lozano, R. y Frejka, T. (1991). Elementos para una teoría de la transición en salud. *Salud Pública de México*, 33, 448-462.
- Garnés, R. (2005). Fuentes de estrés laboral en médicos de Urgencia Hospitalaria. *Avances en Traumatología, Cirugía, Rehabilitación, Medicina Preventiva y Deportiva*, 35(1), 16-20.
- Gershon, R., Stone, P., Faucett, J., MacDavitt, K. & Chou, S.S. (2007) Organizational Climate and Nurse Health Outcomes in the United States: A Systematic Review. *Industrial Health*, 45, 622-636.
- Gil-Monte, P. y Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P. (2001). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su

explicación y recomendaciones para la intervención.

PsicoPediaHoy, 3(5). Recuperado de:

<http://psicopediahoy.com/burnout-teoria-intervencion/>

Gil-Monte, P. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.

Gold, K.J., Sen, A. & Schwenk, T. (2013). Details on suicide among U.S. physicians: Data from the National Violent Death Reporting System. *General Hospital Psychiatry*, 35(1): 45–49. doi:10.1016/j.genhosppsy.2012.08.005

Gómez-Arias, R. (2001). La transición en Epidemiología y Salud Pública ¿Explicación o condena?. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 19(2), 57-74.

Grau, J. y Hernández, E. (2005). *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones*. México: Centro Universitario en Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.

Graciano, E. y Ferraz, B. (2010). Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros. *Enfermería Global*, 9(1), 1-20.

Guerrero, L. y León, A. (2005), Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica. *Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 18(53), 610-633.

Hakanen, J. & Schaufeli, W. (2012). Do burnout and work engagement predict depressive symptoms and life satisfaction? A three-wave seven-year prospective study. *Journal of Affective Disorders*. 141, 415-424. Doi:10.1016/j.jad.2012.02.043

Hernández, S., Fernández, C., y Batista, L. (2010). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.

- Hernández-Vargas, Dickinson y Fernández, (2008). El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos. *Revista de la Facultad de Medicina, UNAM*, 51(1), 11-14
- James, L. & Jones, A. (1974). Organizational climate: a review of theory and research. *Psychological Bulletin*, 81,1096-1112.
- Loria, C. y Guzmán, H. (2006). Síndrome de desgaste profesional en personal médico (adscrito y residentes de la especialidad de urgencias) de un servicio de urgencias de la Ciudad de México. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 5(3), 432-443.
- Martínez, P. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 112, 1-40.
- Maslach, C., & Jackson, E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Maslach, C., Schaufeli, B., y Leiter, P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. Doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397
- Matarazzo, J., (1980). Behavioral Health and Behavioral Medicine. *American Psychologist*, 35(9), 807-817.
- Matarazzo, J., (1982). Behavioral Health's Challenge to Academic, Scientific, and Professional Psychology. *American Psychologist*, 37(1), 1-14.
- Matarazzo, J., (1983). Education and Training in Health Psychology: Boulder or Bolder. *American Psychologist*, 2(1), 73-113.
- Matarazzo, J., (1988). Postdoctoral Education and Training for Clinical Service Providers in Health Psychology. *American Psychologist*, 7(1), 1-17.

- Meda, R., Moreno, B., Rodríguez, A., Morante, M. y Ortiz, G., (2008). Análisis factorial confirmatorio del MBI-HSS en una muestra de psicólogos mexicanos *Psicología y Salud*, 18(1), 107-116
- Méndez, C. (2006). *Clima organizacional en Colombia, Bogotá. El IMCOC: Un método de análisis para su intervención*. Bogotá: Centro Editorial de la Universidad del Rosario.
- Morales, V. P. (2013). *El Análisis Factorial en la construcción e interpretación de tests, escalas y cuestionarios*. Madrid: Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Universidad Pontificia Comillas, 1-46. Recuperado de:
<http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/AnalisisFactorial.pdf>.
- NIOSH (1999). *El estrés... en el trabajo*. Recuperado de:
http://www.cdc.gov/spanish/niosh/docs/99-101_sp/ Enero, 2015.
- NIOSH (2013). *Occupational Health Psychology(OHP)*. Recuperado de
http://www.cdc.gov/spanish/niosh/docs/99-101_sp/ Enero, 2015.
- Omran, A. R. (1971). The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49,509-538. Doi:10.2307/4349375
- Organización Mundial de la Salud (1978). *Declaración Alma-Ata. Salud para todos*. Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud, URSS. Recuperado de
<http://www.almamata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html> Noviembre, 2014.
- Ortega, C., Salas, R., Correa, R. (2011). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en el personal sanitario. Hospital Aquilino Tejeira. *Insight Medical Publishing Journals*, 7(2:4) 1-7.

- Palmer-Morales Y, Prince-Vélez R, Searcy, R. y Compean, R. (2007). Prevalencia del síndrome de «burnout» en el personal de enfermería de 2 hospitales mexicanos. *Enfermería Clínica*, 17(5), 256-260.
- Pavón-León, P., Gogeochea-Trejo, M., Blázquez-Morales, M. y Blázquez-Domínguez, C. (2011). Satisfacción del personal de salud en un hospital universitario. *Salud en Tabasco*, 17(2), 13-21.
- Peña-Suárez, E., Muñiz, J., Campillo-Álvarez, A., Fonseca-Pedrero, E. & García-Cueto, E. (2013). Assessing organizational climate: Psychometric properties of the CLIOR Scale. *Psicothema*, 25(1), 137-144.
- Peralta, E. y Vargas-Mendoza, J. (2009). Agotamiento emocional en el personal de enfermería del Hospital de la Niñez Oaxaqueña: la prevención del burnout. *Revista del Centro Regional de Investigación en Psicología*, 3 (1), 5-10.
- Pereda-Torales, L., Márquez, F. G., Hoyos, M. T. y Yáñez, M. I. (2009). Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico. *Salud Mental*, 32(5), 399-404. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v32n5/v32n5a6.pdf>
- Polanco-González, C., Castañón-González, J., Buhse, T., Samaniego-Mendoza, J., Arreguín-Nava, R., y Villanueva-Martínez, S. (2013). Índice de saturación modificado en el servicio de urgencias médicas. *Gaceta Médica de México*, 149, 417-424.
- Pompili, M., Innamorati, M., Narciso, V., Kotzalidis, G.D, Dominici, G., Talamo, A., Girardi, P., Lester, D., & Tatarelli R. (2010). Burnout, hopelessness and suicide risk in medical doctors. *Clinical Teraphy*, 161(6) 511- 514.
- Quirós-Aragón, M. y Labrador-Encinas, F. (2007). Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencia

- extrahospitalaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 323-335.
- Ríos, O. L. (2001). Una reflexión acerca del modelo de Investigación Biomédica. *Salud Uninorte*, 27(2), 289-297.
- Rocha, L. J. (2011). 25 años de la medicina de urgencia. Los retos... ¿siguen siendo los mismos? *Archivos de Medicina de Urgencia de México*, 3(1), 3-5.
- Sánchez-Sosa, J. J. (1998). Desde la prevención primaria hasta ayudar a bien morir: La interfaz intervención-investigación en psicología de la salud. En: G. Rodríguez, O. y M. Rojas, R. (Coords.). *La Psicología de la Salud en América Latina* (33-44). México: Porrúa.
- Sánchez- Sosa, J.J. (2002). Health psychology: Prevention of disease and illness, maintenance of health. In: *UNESCO Encyclopedia of Life Support Systems (EOLSS)*, Psychology. Oxford: UNESCO. <http://www.eolss.net>.
- Sanchez-Sosa, J.J. (2015). *Algunos aspectos del agregado histórico-social de factores contribuyentes al desarrollo del continuo salud-enfermedad*. Documento de circulación interna de apoyo docente. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Shanafelt, T. & Balch, C.M. (2010). Combating Stress and Burnout in surgical practice; a review. *Advances in Surgery*, 44, 417- 430.
- Stone, G. (1988). Psicología de la Salud: una definición amplia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20(1), 15-26.
- Uribe-Prado, F. (2007). Estudio Confirmatorio de la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional (EMEDO): Un Instrumento de Burnout Para Mexicanos. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*, 26(1), 7-21.

Vera, B. M. (2000). Revisión crítica a la teoría de la transición epidemiológica. *Papeles de población*. 25(6),179-206.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

Secretaría de Salud. Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

De acuerdo con las disposiciones contenidas en la Ley General de Salud, Título Quinto "Investigación para la Salud", Capítulo Único, artículo 100, fracción IV; así como del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo "De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos" Capítulo I, Disposiciones Comunes, artículo 13 que señala que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, artículos 14 fracción V, 20, 21 y 22 de dicho Reglamento; y, de conformidad con los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki, se me ha explicado e informado que:

Los objetivos del presente estudio- investigación es el de Identificar los factores tanto psicológicos como institucionales asociados con la aparición de síndrome de agotamiento llamado "burnout" en el personal de salud del servicio de urgencia del Hospital General Manuel Gea González.

Se me ha informado que mi participación consiste en contestar varios cuestionarios que contienen preguntas de mi persona y mi percepción de fatiga o agotamiento al realizar mi trabajo en el servicio de urgencias del hospital

Estos cuestionarios no debieran causarme ninguna molestia pero si así sucediera la persona entrevistadora es un psicólogo que podría ayudarme a resolver dudas o malestares emocionales

El conocimiento obtenido podría ayudar a los directivos de este hospital a determinar si requieren acciones o intervenciones de apoyo durante o posterior a mi trabajo en el servicio de urgencias por lo se invitara a todo el personal médico y de enfermería a participar en el estudio de todos los turnos

Se me ha asegurado que puedo preguntar hasta mi complacencia todo lo relacionado con el estudio y se me aclaro que puedo abandonar el estudio en cualquier momento que yo lo decida sin que ello afecte mi relación laboral o educativa por parte de directivos del servicio de ésta institución

Autorizo la publicación de los resultados de mi estudio a condición de que en todo momento se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con mi privacidad, autorizando la publicación de los resultados mientras no se publique mi nombre o revele mi identidad

Este estudio no tiene financiamiento externo, por lo que no tienen ni los investigadores ni los sujetos de investigación inscritos al estudio ningún beneficio económico

Con fecha _____, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, yo _____ con número de empleado _____ acepto participar en el estudio titulado:

Factores psicosociales e institucionales asociados al desarrollo de "burnout" en el personal de salud del servicio de urgencias del Hospital General Manuel Gea González.

Nombre y firma del sujeto de investigación _____

Nombre, y firma del testigo 1 _____

Dirección

Relación que guarda con el sujeto

°Nombre, y firma del testigo 2 _____

Dirección

Relación que guarda con el sujeto

Nombre y firma del Investigador Responsable o Principal _____

Nombre y firma de quien aplica el consentimiento informado _____

Este documento se extiende por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación y el otro en poder del investigador, Queda entendido que la Dirección de Investigación, o los Comités podrán requerir este documento en cuanto lo consideren necesario. Este documento deberá ser conservado por el investigador responsable durante un mínimo de 5 años. Para preguntas o comentarios comunicarse con la Dra. María Elisa Vega Memije (01 55) 4000-3217 Presidente del Comité de Investigación o con el Dr. Jorge Andrés Peña Ortega, Presidente del Comité de Ética en Investigación al (01 55) 4000-3279.

Anexo 2. Cuestionario de datos sociodemográficos



Datos generales



La finalidad de las siguientes preguntas es recabar información para investigación, los datos que nos proporcione son anónimos y confidenciales. Sólo serán utilizadas con fines estadísticos. No existen respuestas buenas ni malas.

¡Gracias!

1. ¿Qué edad tienes? _____ Años
2. Sexo: ____M ____F
3. Estado civil ____Con pareja ____Casado ____Soltero ____Divorciado
____Viudo
4. Si tienes pareja, ¿cuántos años llevas con ella? _____ Años
5. Escolaridad: ____ Primaria ____ Secundaria ____ Bachillerato
____ Licenciatura ____ Posgrado
____ Otro
6. ¿Tienes hijos? ____ Sí ____ No
7. ¿Cuántos? Núm. _____
8. ¿Qué tipo de puesto ocupas?
Personal de enfermería: Jefe de servicio _____ Adscrito _____ Estudiante _____
____ Otro (Especifique)
- Médicos: Jefe de servicio ____ Adscrito ____ Residente ____ Servicio Social
____ Internado _____
____ Otro (Especifique)
9. ¿Cuál es el tipo de trabajo que desempeñas?
Empleado: ____ Con base ____ Por contrato
____ Profesionista Independiente

10. ¿Cómo es el contacto que mantienes con los usuarios de tu trabajo? (Pacientes, clientes) _____ Directo _____ Indirecto
11. ¿Cuántos trabajos tienes? Núm. _____
12. ¿Cuántas actividades consideras tener en un día? (Trabajos, deportes, religión, club, etc.)
Núm. _____
13. ¿Cuántas horas trabajas a la semana? (en tu principal trabajo). _____ Horas.
14. ¿Cuánto tiempo de antigüedad tienes en la empresa donde laboras actualmente?
_____ Años
15. ¿Cuánto años has trabajado en tu vida? (En caso de ser médico cuente desde el internado) _____ Años
16. ¿Cuántos empleos has tenido en tu vida? Núm. _____
17. ¿Cuántos ascensos has tenido en tu vida? Núm. _____
18. ¿Estás satisfecho con el ingreso económico mensual que recibes?
Sí _____ No _____
19. ¿Cómo calificas la relación con tu equipo de trabajo y tus jefes y por qué?
Buena _____ Regular _____ Mala _____
¿Porqué? _____
-
20. ¿Has cometido algún error médico importante en los últimos seis meses?
Sí _____ No _____
21. ¿En qué tipo de organización laboras? Privada _____ Pública _____
22. ¿Qué tipo de contrato tienes?
Por proyecto determinado _____ Por tiempo determinado (eventual o temporal)
_____ Tiempo indefinido (base o planta) _____
23. ¿Tienes personas a tu cargo? Sí _____ No _____
24. ¿Cuántas? Núm. _____
25. ¿Padeces alguna enfermedad? ¿Cuál? Sí _____ No _____ ¿Cuál?

26. ¿Tomas algún medicamento de forma frecuente? Sí _____ No _____
27. Si tomas algún medicamento, escribe cuál y para qué.

28. ¿Cuánto tiempo tienes de tomarlo? _____ Años
29. ¿Has tenido algún accidente importante? Especifica de que tipo. Sí _____ No _____
Tipo: _____
30. ¿Has tenido alguna intervención quirúrgica? Especifica de que tipo Sí _____ No _____
Tipo: _____
31. ¿Fumas? Sí _____ No _____
32. ¿Cuántos cigarrillos fumas al día? Núm. _____
33. ¿Con qué frecuencia ingieres bebidas alcohólicas? Nunca _____ Una vez al año _____
Dos veces al año _____ Una vez al mes _____
Una vez a la semana _____ Todos los días _____
34. En caso de que consumas drogas, ¿Con qué frecuencia lo haces? Nunca _____
Una vez al año _____ Dos veces al año _____ Una vez al mes _____
Una vez a la semana _____ Todos los días _____
35. Durante una semana, ¿Cuántas horas libres tienes? _____ Horas
36. ¿Haces ejercicio físico? Sí _____ No _____
37. Si haces ejercicio, ¿Cuántas horas a la semana le dedicas? _____ Horas
38. ¿Practicas alguna religión? Sí _____ No _____
39. ¿Cuál? Religión _____
40. ¿Qué tan devoto eres de tu religión? Poco _____ Mucho
41. ¿En qué turno laboras?
Matutino _____ Vespertino _____ Nocturno _____ Fines de semana _____
42. ¿Realizas guardias? _____ Si _____ No
43. ¿Qué tipo de guardias te tocan? (Ej. A-B-C, A-B-C-D) _____ Otras

Anexo 3. Escala de Desgaste Ocupacional (EMEDO)

Cuestionario 1

¿CÓMO ME SIENTO EN EL TRABAJO?

INSTRUCCIONES

A continuación se le presentarán una serie de enunciados a los cuales debe responder considerando su forma de pensar, sentir y actuar en determinadas situaciones; le pedimos que conteste de la manera más sincera posible, ya que nos es de gran utilidad.

Para contestar utilice las hojas de respuesta (F02) anexas, marcando con una "x" el recuadro correspondiente a la respuesta que describa mejor su forma de pensar, sentir y actuar.

Se le presentarán dos tipos de enunciados, los cuales tienen seis opciones de respuesta. En el primer tipo van en una escala de Totalmente en Desacuerdo (TD) a Totalmente de Acuerdo (TA) y puede elegir cualquiera de las seis opciones.

Ejemplo tipo 1:

Considero que es importante asistir a fiestas.

TD						TA
	X					

En el segundo tipo de enunciados le pedimos que responda ¿con qué frecuencia...? ha tenido cierto padecimiento, debe contestar sin considerar los efectos producidos por sustancias como alcohol, estimulantes, cafeína, cocaína, opiáceos, sedantes, antidepresivos, hipnóticos, ansiolíticos, etc.

NUNCA						SIEMPRE
	x					

Ejemplo tipo 2:

¿Con qué frecuencia...?

Tienes sangrado por la nariz.

Las preguntas que no correspondan a su sexo, déjelas en blanco.

No escriba en este cuadernillo.

Siento que mi trabajo es tan monótono que ya no me gusta.

Me cuesta mucho trabajo levantarme por la mañana para ir a trabajar.

He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato bien.

Despierto por las mañanas con facilidad y energía para iniciar un nuevo día de trabajo.

Siento que un día de estos mi mente se estallara de tanta presión en el trabajo.

Siento cansancio mental al grado de no poder concentrarme en mi trabajo.

Me cuesta mucho trabajo ser cortés con los usuarios de mi trabajo.

Siento que mi desempeño laboral sería mejor si tuviera otro tipo de empleo.

Establezco fácilmente comunicaciones con los usuarios de mi trabajo.

Hace mucho tiempo que dejé de hacer mi trabajo con pasión.

Todos los días me levanto y pienso que debo buscar otro empleo donde pueda ser eficiente.

Aunque realizo bien mi trabajo, lo hago por compromiso.

Si encontrara un empleo motivador de mis intereses personales, no dudaría en dejar el actual.

Las situaciones a las que me enfrento en mi trabajo no me provocan tensión alguna.

Siento que mis habilidades y conocimientos están desperdiciados en mi trabajo.

En mi trabajo todos me parecen extraños por lo cual no me interesa interactuar con ellos.

Aunque me esfuerzo en realizar mi trabajo no logro sentirme satisfecho con ello.

He comprobado que las personas a las que otorgo servicio me respetan más si las trato mal.

Mi cuerpo me reclama más horas de descanso, porque mi trabajo me tiene agotado.

Al llegar a casa después de mi trabajo lo único que quiero es descansar.

Lo que más me gusta de mi trabajo es la relación con los usuarios del mismo.

Se me facilita entender los problemas de los usuarios de mi trabajo.

Aunque un usuario de mi trabajo sea descortés conmigo, lo trato bien.

Mi trabajo es tan poco interesante que me es difícil realizarlo bien.

Mis actividades de trabajo han dejado de parecerme importantes.

Siento que la energía que ocupo en mi trabajo, no la puedo reponer.

Mis horas de descanso son suficientes para reponer la energía que gasto al realizar mi trabajo.

No me siento contento con mi trabajo y eso me ha ocasionado problemas con mis compañeros.

Proporcionar un buen trato a los usuarios de mi trabajo es muy importante para mí.

En mi trabajo he llegado a un momento en el que actúo únicamente por lo que me pagan.

¿Con que frecuencia...?

31. Consideras que duermes en exceso (más de 8 horas diarias).

32. Te sientes deprimido (muy triste).

33. Sientes que la calidad de tu sueño es mala.

34. Tienes dolores de cabeza.

35. Sientes dificultad para deglutir.

36. Te despiertas bruscamente con gritos, llanto y mucho miedo.

37. Te has desmayado.

38. Tienes dolor durante tus relaciones sexuales.

39. Sientes indiferencia sexual.

40. Tienes pesadillas que alteran tu tranquilidad al dormir.

41. Te sientes desesperado (ansioso).

42. Despiertas y eres incapaz de moverte o hablar.

43. Te duelen las articulaciones de brazos y piernas.

44. Sufres de intolerancia a diferentes alimentos.

45. Sufres vómitos.
46. Pierdes sensibilidad táctil (manos, piel, etc.).
47. Tienes dolores en el abdomen.
48. Tienes la sensación de debilidad muscular en cierta parte del cuerpo.
49. Te duele la espalda y el cuello.
50. Tienes molestias al orinar.
51. Consideras que tienes problemas respiratorios al dormir (p.e. Roncar)
52. Te levantas de la cama durante la noche sin despertar.
53. Sientes un nudo en la garganta.
54. Llegas a perder la voz.
55. Dejas de dormir por varios días.
56. Sientes que interrumpes tu sueño durante la noche.
57. Sufres nauseas.
58. Sufres golpes irresistibles de sueño en situaciones inadecuadas (ej. Manejando, conversando).
59. Te duele el pecho.
60. Tienes molestias al defecar.
61. Tienes problemas para alcanzar un orgasmo cuando estas con una pareja.
62. Sufres diarrea.
63. Tienes la sensación de perder el equilibrio.
64. Te despiertas sintiendo taquicardia, sudoración, tensión muscular y confusión.

Las preguntas 65, 66 y 67 son sólo para hombres, las preguntas 68, 69 y 70 sólo para mujeres.

65. Tienes problemas de eyaculación precoz.
66. Tienes problemas de erección.
67. Tienes problemas para alcanzar la eyaculación.

68. Tu menstruación es irregular.

69. Tienes pérdida menstrual excesiva (sangrado).

70. Durante tu periodo menstrual, sufres dolores insoportables que limitan tus actividades.

Hoja de respuestas F02

	TD					TA
1.-						
2.-						
3.-						
4.-						
5.-						
6.-						
7.-						
8.-						
9.-						
10.-						
11.-						
12.-						
13.-						
14.-						
15.-						
16.-						
17.-						
18.-						
19.-						
20.-						
21.-						
22.-						
23.-						
24.-						
25.-						
26.-						
27.-						
28.-						
29.-						
30.-						

TD= total desacuerdo

TA= total acuerdo

H= solo hombres M= solo mujeres

	NUNCA					SIEMPRE
31.-						
32.-						
33.-						
34.-						
35.-						
36.-						
37.-						
38.-						
39.-						
40.-						
41.-						
42.-						
43.-						
44.-						
45.-						
46.-						
47.-						
48.-						
49.-						
50.-						
51.-						
52.-						
53.-						
54.-						
55.-						
56.-						
57.-						
58.-						
59.-						
60.-						
61.-						
62.-						
63.-						
64.-						
65.-						H
66.-						H
67.-						H
68.-						M
69.-						M
70.-						M

Anexo 4. **Inventario de Burnout de Maslach**

Cuestionario 2

MBI

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesibles a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:

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

Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo.	
Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.	
Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.	
Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.	
Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí como si fuesen objetos impersonales.	
Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.	
Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las	

que tengo que atender.	
Siento que mi trabajo me está desgastando.	
Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.	
Siento que me he hecho más duro con la gente.	
Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	
Me siento muy enérgico en mi trabajo.	
Me siento frustrado por el trabajo.	
Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.	
Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente.	
Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.	
Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.	
Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.	
Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	
Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.	
Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.	
Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.	

Anexo 5. Escala de Clima Organizacional (CLIOR)

ESCALA CLIOR

Cuestionario 3

A continuación encontrará una serie de afirmaciones, por favor marque con una "X" el recuadro que mejor describa su opinión.

No olvide responder cada una de ellas. Gracias.

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Mi lugar de trabajo es agradable					
2. Las relaciones con mis jefes son muy buenas					
3. Las responsabilidades de mis jefes están bien definidas					
4. Mis superiores estimulan el espíritu crítico					
5. Mi horario de trabajo se adecúa a mis necesidades					
6. Dispongo de los medios necesarios para desarrollar mi trabajo					
7. Mis esfuerzos se premian adecuadamente					
8. Mis superiores valoran el orden y la precisión de mi trabajo					
9. Mis jefes valoran bien las ideas que apporto para mejorar el trabajo					
10. Mis jefes me animan cuando tengo problemas para que pueda solucionarlos					
11. Mis sugerencias sobre el trabajo están atendidas					
12. Me siento realmente apoyado por mis superiores					
13. Se dan oportunidades para la formación					
14. Tengo autonomía para organizar mi propio trabajo					
15. Si necesito ayuda por exceso de trabajo, se me dan medios necesarios					
16. Los jefes se interesan por mis problemas laborales					
17. Los objetivos de mi trabajo están claramente definidos					
18. Los jefes son asequibles					
19. Los jefes saben escuchar a sus subordinados					
20. Socialmente mi trabajo tiene el prestigio que se merece					
21. Mis jefes son amables conmigo					
22. En mi trabajo se valoran las aportaciones innovadoras					
23. Cuando hago bien algo, mis superiores me felicitan					
24. La relación entre el perfil del puesto y las tareas que realizo es buena					
25. Se estimula la aportación de ideas nuevas					
26. Tengo bien definido mi trabajo					
27. Es fácil encontrar ayuda cuando se necesita					
28. Se suelen explicar adecuadamente los motivos de las decisiones que se toman					
29. Mi trabajo se valora adecuadamente					

30. Se cumple adecuadamente con los plazos establecidos	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
31. Se aprovechan de forma adecuada las nuevas tecnologías					
32. Los esfuerzos que realizo tienen el reconocimiento que se merecen					
33. Mis jefes me parecen demasiado autoritarios					
34. Mis superiores acostumbran a llamarme la atención por cosas sin importancia					
35. Mis jefes me vigilan estrechamente					
36. Mis superiores no atienden las demandas					
37. Pienso que emocionalmente doy más que lo que recibo en mi trabajo					
38. La supervisión a la que se somete mi trabajo es inadecuada					
39. El trato de mis superiores es bastante despótico					
40. Existen pocas posibilidades de demostrar mi valía mientras no cambie de trabajo					
41. El ambiente es impersonal					
42. Los jefes se guardan información importante					
43. Me siento tratado como una máquina o un objeto programado					
44. Todo se decide desde arriba					
45. La planificación del trabajo a largo plazo es inexplicable					
46. La organización del trabajo es autoritaria					
47. En mi entorno laboral hay quien tiene privilegios injustificados					
48. A los trabajadores se les oculta los objetivos y los resultados obtenidos					
49. Las órdenes que se reciben son contradictorias					
50. El método de trabajo en mi servicio se ha quedado anticuado y obsoleto					

Anexo 6. Hoja de contacto.

Si necesita apoyo o tiene alguna duda puede localizarnos en nuestros correos:

Psic. María Isabel Reyes Saavedra: isabel.rs.psi@gmail.com

Psic. Víctor Rodrigo González Álvarez: vrodrigogonzalez@outlook.es

Psic. Eduardo Abraham Vidal Velazco: lalovidal_vela@hotmail.com

Mtro. Edgar Landa Ramírez: edgar_landa_ramirez@yahoo.com.mx

¡Muchas gracias por su participación!

Anexo 7. Datos del personal médico con burnout

Tabla 13. Distribución de frecuencias y porcentajes del personal médico con altos niveles de burnout (EMEDO)

Categorías	VARIABLES	Burnout (EMEDO Total:33)	Agotamiento: 32	Despersonalización: 14	Insatisfacción de logro: 12
Sexo					
	Masculino	18 (54.5%)	17 (53.1%)	6 (42.9%)	7 (58.3%)
	Femenino	15 (45.5%)	15 (46.9%)	8 (57.1%)	5 (41.7%)
Estado civil					
	Con pareja	13 (39.4%)	13 (40.6%)	3 / 21.4	3 (25.0%)
	Casado	5 (15.2%)	4 (12.5%)	5 / 35.7	4 (33.3%)
	Soltero	15 (45.5%)	15 (46.9%)	6 / 42.9	5 (41.7%)
	Divorciado	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Escolaridad					
	Licenciatura	20 (60.6%)	20 (62.5%)	10 (71.4%)	8 (66.7%)
	Posgrado	13 (39.4%)	12 (37.5%)	4 (28.6%)	4 (33.3%)
	Otro	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Número de trabajos					
	0	4 (12.1%)	4 (12.5%)	2 (14.3%)	3 (25%)
	1	18 (54.5%)	18 (56.3%)	7 (50%)	5 (41.7%)
	2	4 (12.1%)	3 (9.4%)	1 (7.1%)	1 (8.3%)
	3	3 (9.1%)	3 (9.4%)	2 (14.3%)	2 (16.7%)
Actividades al día					
	0	2 (6.1%)	2 (6.3%)	2 (14.3%)	2 (16.7%)
	1	8 (24.2%)	8 (25.0%)	1 (7.1%)	1 (8.3%)
	2	8 (26.7%)	8 (25.0%)	3 (21.4%)	1 (8.3%)
	3	9 (27.3%)	9 (28.1%)	4 (28.6%)	4 (33.3%)
	4	2 (6.1%)	1 (3.1%)	2 (14.3%)	2 (16.7%)
	6	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	10	2 (6.1%)	2 (6.3%)	1 (7.1%)	1 (8.3%)
Horas de trabajo					
	<30-60	6 (18.1%)	5 (15.6%)	2 (14.2%)	1 (8.3%)
	61-90	6 (18.1%)	6 (18.7%)	3 (21.3%)	2 (16.2%)
	91-120	14 (42.5%)	14 (43.8%)	6 (42.8%)	7 (58.4%)
	121-150	7 (18.1%)	6 (21.8%)	2 (14.2%)	1 (8.3%)
Antigüedad					
	<6 meses	15 (45.5%)	13 (40.7%)	5 (35.6%)	5 (41.6%)

		11 (33.2%)	11 (34.3%)	4 (28.4%)	4 (24.9%)
	1-2 años				
	2-5 años	3 (9.0%)	4 (12.4%)	2 (14.2%)	1 (8.3%)
	más de 5 años	4 (12.1%)	4 (12.5%)	3 (42.6%)	2 (16.7%)
Turno	Fines de semana	1 (3%)	0 (0%)	1(7.1%)	1 (8.3%)
	Matutino	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	Matutino y nocturno	0 (0%)	0 (0%)	1(7.1%)	0 (0%)
	Matutino y vespertino	0 (0%)	2 (6.3%)	2 (14.3%)	1 (8.3%)
	Matutino, nocturno y fines de semana	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	Nocturno	1 (3%)	1 (3%)	0 (0%)	0 (0%)
	Vespertino	1 (3%)	1 (3%)	0 (0%)	0 (0%)
	Vespertino y nocturno	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	Todos	24 (72.7%)	24 (75%)	8 (57.1%)	8 (66.7%)
	Situación	Adscrito	7 (21.2%)	6 (18.8%)	4 (28.6%)
Residente		10 (30.3%)	10 (31.3%)	2 814.3%)	2 (16.7%)
Interno		16 (48.5%)	16 (50.0%)	8 (57.1%)	7 (58.3%)

Anexo 8. Datos del personal de enfermería con burnout

Tabla 14. Distribución de frecuencias y porcentajes del personal de enfermería con altos niveles de burnout (EMEDO)

Categorías	Variables	Burnout (EMEDO Total: 15)	Agotamiento: 15	Despersonalización: 10	Insatisfacción de logro: 5
Sexo					
	Masculino	6 (40.0%)	6 (40.0%)	4 (40%)	4 (36.4%)
	Femenino	9 (60.0%)	9 (60.0%)	6 (60%)	1 (4.8%)
Estado civil					
	Con pareja	2 (13.3%)	2 (13.3%)	1 (10%)	0 (0%)
	Casado	5 (33.3%)	5 (33.3%)	4 (40%)	2 (40%)
	Soltero	7 (46.7%)	7 (46.7%)	2 (20.0%)	2 (40%)
	Divorciado	1 (6.7%)	1 (6.7%)	2 (20.0%)	1 (20%)
	Viudo	0 (0%)	0 (0%)	1 (10.0%)	0 (0%)
Escolaridad					
	Bachillerato	0 (0%)	0 (0%)	2 (20.0%)	0 (0%)
	Licenciatura	8 (53.3%)	8 (53.3%)	2 (20%)	0 (0%)
	Posgrado	1 (6.7%)	1 (6.7%)	2 (20.0%)	2 (40%)
	Otro	6 (40.0%)	6 (40.0%)	4 (40%)	3 (60%)
Número de trabajos					
	1	12 (80%)	12 (80%)	6 (60.0%)	4 (80%)
	2	3 (20.0%)	3 (20%)	3 (30.0%)	1 (20%)
	3	0 (0%)	0 (0%)	1 (10%)	0 (0%)
Actividades al día					
	1	3 (20.0%)	3(20%)	3 (30%)	2 (40%)
	2	4 (26.7%)	4 (26.7%)	3 (30%)	0 (0%)
	3	4 (26.7%)	4 (26.7%)	2 (20%)	2 (40%)
	4	1 (6.7%)	1 (6.7%)	1 (10%)	0 (0%)
	6	1 (6.7%)	1 (6.7%)	0 (0%)	0 (0%)
	10	1 (6.7%)	1 (6.7%)	1 (10%)	0 (0%)
Horas de trabajo					
	< 10-35	5 (33.4%)	5 (33.5%)	4 (40%)	1 (20%)
	36-60	6 (40.1%)	6 (40.2%)	1 (10%)	3(60%)
	61-85	1 (6.4%)	1 (6.7%)	4 (40%)	0 (0%)
	85-105	3 (20.1%)	3 (20.1%)	1 (10%)	1 (20%)
Antigüedad					
	< 6 meses	2 (13.4%)	2 (13.4%)	0 (0%)	0 (0%)
	1-2 años	2 (13.4%)	2 (13.4%)	0 (0%)	1 (20%)
	3-5 años	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	6-10 años	2 (13.2%)	2 (13.4%)	1 (10%)	1 (20%)
	más de 10 años	9 (60%)	9 (60.3%)	9 (90%)	3 (60%)
Turno					
	Fines de semana	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	Matutino	2 (13.4%)	2 (13.4%)	1 (10%)	1 (20%)

	Matutino y nocturno	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	Matutino y vespertino	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	Matutino, nocturno y fines de semana	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	Nocturno	8 (53.3%)	8 (53.3%)	7 (70%)	2 (40%)
	Vespertino	1 (6.7%)	1 (6.7%)	0 (0%)	0 (0%)
	Vespertino y nocturno	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	Todos	1 (6.7%)	1 (6.7%)	0 (0%)	1 (20%)
Situación	Jefe de servicio	1 (6.7%)	1 (6.7%)	1 (10%)	0 (0%)
	Adscrito	5 (33.3)	5 (33.3)	4 (40%)	1 (20%)
	Estudiante	1 (6.7%)	1 (6.7%)	0 (0)	0 (0%)
	Otro	8 (53.3%)	8 (53.3%)	5 (50%)	4 (80%)

Anexo 9. Analisis Factorial Exploratorio

Tabla 10. Estructura factorial de la escala CLIOR

	Factor				
	Reconoci- miento	Estructur a	Organiza- ción	Apoyo	Liderazgo
25. Se estimula la aportación de ideas nuevas	.796				
12. Me siento realmente apoyado por mis superiores	.725				
11. Mis sugerencias sobre el trabajo están atendidas	.722				
7. Mis esfuerzos se premian adecuadamente	.721				
22. En mi trabajo se valoran las aportaciones innovadoras	.696				
9. Mis jefes valoran bien las ideas que apporto para mejorar el trabajo	.656				
44. Todo se decide desde arriba		.775			
37. Pienso que emocionalmente doy más que lo que recibo en mi trabajo		.723			
47. En mi entorno laboral hay quien tiene privilegios injustificados		.718			
45. La planificación del trabajo a largo plazo es inexplicable		.704			
49. Las órdenes que se reciben son contradictorias		.690			
48. A los trabajadores se les oculta los objetivos y los resultados obtenidos		.674			
46. La organización del trabajo es autoritaria		.666			
42. Los jefes se guardan información importante		.616			
26. Tengo bien definido mi trabajo			.797		
17. Los objetivos de mi trabajo están claramente definidos			.715		
31. Se aprovechan de forma adecuada las nuevas tecnologías			.695		
50. El método de trabajo en mi servicio se ha quedado anticuado y obsoleto			.693		

24. La relación entre el perfil del puesto y las tareas que realizo es buena	.667	
6. Dispongo de los medios necesarios para desarrollar mi trabajo	.637	
30. Se cumple adecuadamente con los plazos establecidos	.603	
14. Tengo autonomía para organizar mi propio trabajo	.591	
16. Los jefes se interesan por mis problemas laborales		.814
19. Los jefes saben escuchar a sus subordinados		.786
23. Cuando hago bien algo, mis superiores me felicitan		.704
10. Mis jefes me animan cuando tengo problemas para que pueda solucionarlos		.607
35. Mis jefes me vigilan estrechamente		.738
39. El trato de mis superiores es bastante despótico		.599
36. Mis superiores no atienden las demandas		.587

Anexo 10. Definición de los factores de la escala CLIOR

Tabla 11. Definición de las dimensiones del clima organizacional

	Dimensión de clima organizacional	Definición	Ejemplos de reactivos
Procesos Organizacionales	Estructura	Se refiere a las directrices, consignas y políticas que puede emitir una organización y que altera directamente la forma de llevar a cabo una tarea.	<p>“A los trabajadores se les oculta los objetivos y los resultados obtenidos”</p> <p>“La planificación del trabajo a largo plazo es inexplicable”</p>
	Organización del trabajo	Delimitación de objetivos, definición de tareas, método de trabajo y responsabilidades, así como los medios necesarios para que el personal desarrolle su trabajo.	<p>“Tengo bien definido mi trabajo”</p> <p>“Se cumple adecuadamente con los plazos establecidos”</p>
	Reconocimiento al trabajo y la innovación	Implica la estimulación, valorización y atención que los superiores otorgan al buen desempeño y a la aportación de ideas.	<p>“Mis esfuerzos se premian adecuadamente”</p> <p>“Mis jefes valoran bien las ideas que apporto para mejorar el trabajo”</p>
Procesos Psicosociales	Apoyo	Tipo de apoyo que da la organización frente a los problemas relacionados o no con el trabajo.	<p>“Mis jefes me animan cuando tengo problemas para que pueda solucionarlos”</p> <p>“Los jefes se interesan por mis problemas laborales”</p>
	Liderazgo (Supervisión)	Métodos de comunicación, trato, supervisión, atención a demandas y dirección del trabajo que los jefes utilizan hacia sus subordinados.	<p>“Mis superiores no atienden las demandas”</p> <p>“Mis jefes me vigilan estrechamente”</p>

Anexo 11. Estadística descriptiva de los instrumentos

Tabla 12. Estadística descriptiva y alfas de confiabilidad de las escalas EMEDO, MBI, CLIOR y sus componentes.

Instrumento	Factores	α de Cronbach original	α de Cronbach	M	D E	Asimetría	Número de reactivos
EMEDO							
	Agotamiento Emocional	.78	.76	55.49	9.79	0.026	8
	Despersonalización	.77	.80	50.03	9.74	0.927	9
	Insatisfacción	.86	.82	47.45	8.85	1.543	8
MBI							
	Agotamiento emocional	.86	.87	23.86	12.37	0.093	9
	Despersonalización	.81	.76	9.31	6.81	0.493	5
	Realización personal	.53	.74	35.43	8.86	-1.363	8
CLIOR							
	Puntaje total	.97	.95	157.93	35.07	-.0144	31
	Reconocimiento	-	.93	23.69	7.46	-0.001	8
	Estructura	-	.90	23.93	7.54	0.131	8
	Organización	-	.88	27.36	6.91	-0.373	8
	Apoyo	-	.88	11.86	4	-0.196	4
	Liderazgo	-	.76	10	2.71	-0.658	3