

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CHIAPAS
FACULTAD DE MEDICINA CAMPUS II
DEPARTAMENTO DE POSGRADO E INVESTIGACION
MAESTRIA EN DOCENCIA EN CIENCIAS DE LA SALUD

TESIS

“Influencia del Síndrome de Burnout (SB) sobre el rendimiento académico del personal de enfermería que estudia la licenciatura y labora en el hospital general Huixtla, Chiapas”

PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN DOCENCIA EN CIENCIAS DE LA SALUD.

PRESENTA:

NANCY ELODIA ESCOBAR LOPEZ

DIRECTOR DE TESIS

Dra. Carmen de los Ángeles Sol Martínez.

ASESORES:

Asesor I: Mtra. Ma Guadalupe Trujillo Vizuet.

Asesor II: MC. Leonardo Gordillo Páez.

TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS; ABRIL DEL 2013.



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CHIAPAS
FACULTAD DE MEDICINA CAMPUS II
DEPARTAMENTO DE POSGRADO E INVESTIGACION



Tuxtla Gutiérrez Chiapas a 23 de abril del 2013

C. Integrantes del
Comité de Investigación y posgrado
Facultad de Medicina Humana de la UNACH
Presente.

Sirva este medio para informar a ustedes, que fue asesorada y revisada la tesis **"Influencia del Síndrome de Burnout (SB) sobre el rendimiento académico del personal de enfermería que estudia la licenciatura y labora en el hospital general Huixtla, Chiapas"** que para obtener el grado de maestro en docencia en ciencias de la salud presenta la C. Nancy Elodia Escobar López.

Por lo anterior, solicito de la manera más atenta, autoricen la impresión de la misma y emitan la fecha de examen de grado.

Sin más por el momento hago oportuno el momento para enviar un afectuoso saludo.

Atentamente.

Dra. Carmen de los Angeles Sol Martínez
Directora del proyecto de tesis

Y

Docente de la facultad de medicina extensión Tapachula.

Ccp. Archivo

INDICE DE CONTENIDO.

CAPITULOS Y SUBCAPITULOS	Paginas
DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS	
RESUMEN	
INTRODUCCION	1
Sinopsis del contenido	1
CAPITULO I	
1.1. Aspectos generales del estrés.	2
1.1.1. Clasificación del estrés	2
1.1.2. Manifestaciones clínicas	4
1.1.3. Estrés en el personal de enfermería	5
1.2. Síndrome de Burnout (SB)	6
1.2.1. Causas del Síndrome de Burnout SB	7
1.2.2. Modelos explicativos	12
1.2.3. Fases del Síndrome de Burnout	13
1.2.3.1. Cansancio o agotamiento emocional	13
1.2.3.2. Despersonalización	13
1.2.3.3. Abandono de la realización personal	14
1.2.4. Estadios de la evolución de la enfermedad.	14
1.2.4.1. Leve	14
1.2.4.2. Moderado.	14
1.2.4.3. Grave	14
1.2.4.4. Extrema	14
1.2.5. Desencadenantes y potenciadores del Burnout.	14
1.3. Estudios realizados con el SB en diferentes profesiones énfasis en enfermería.	17
1.3.1. Importancia del síndrome en el personal de enfermería.	17
1.3.2. Impacto del SB en distintas en distintas áreas.	17
1.4. Prevención y métodos de intervención del Síndrome de Burnout.	18
1.5 Algunas variables relacionadas con el rendimiento y fracaso escolar.	20
1.5.1. Rendimiento académico	21
CAPITULO II	
2.1 Campo de trabajo y formación de las licenciadas en enfermería.	24
CAPITULO III	
3.1. Planteamiento del problema	28
3.2. Justificación.	30
3.3. Objetivos	31
3.3.1 Objetivo general.	31
3.3.2 Objetivos específicos.	31
3.4 Metodología.	31
3.4.1 Población.	31
3.4.2. Tipo de estudio.	31
3.5 Criterios de inclusión	32
3.6. Criterios de exclusión.	32
3.7. Criterios de eliminación.	32

3.8. Instrumento de evaluación.	32
3.8.1. Encuesta Socio Demográfica.	32
3.8.2. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory.	32
3.9. Descripción general del proceso de investigación.	35
3.10. Consideraciones éticas.	35
CAPITULO IV	
4.1. Descripción de la población de referencia.	36
RESULTADOS	38
DISCUSION.	56
CONCLUSION, SUGERENCIAS.	59
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.	60
ANEXOS.	

DEDICATORIAS.

A DIOS: Por darme salud, fortaleza y sabiduría para recorrer este largo camino que parecía inalcanzable.

A MI ESPOSO ADOLFO RUIZ: Por el amor y apoyo brindado en la realización de mis proyectos.

A MI HIJO ADOLFO RUIZ: Por ser mi fuerza, templanza y el mejor regalo de mi vida.

A MIS ASESORES

Por el tiempo brindado y asesoría logrando el objetivo

“La dicha de la vida consiste en tener siempre algo que hacer, alguien a quien amar y alguna cosa que esperar”.

Thomas Chalmers.

AGRADECIMIENTOS

Este proyecto se ha logrado culminar gracias a un grupo talentoso y profesional.

Para: **Dra. Carmen de los Ángeles Sol Martínez** por su invaluable asistencia, compromiso y sensibilidad llegando en el momento más preciso para la culminación del proyecto.

Para: **Mtra. Ma Guadalupe Trujillo Vizuet** por sus comentarios, aliento, sugerencias y su ayuda incondicional en la elaboración de este proyecto.

Para: **Mtro. Alex y Marcos De la cruz** por la asesoría brindada en metodología y estadística, que hizo posible la culminación exitosa de la investigación.

Para: **Dr. José del Carmen Rejón Orantes** coordinador de posgrados de la facultad de medicina por el invaluable apoyo para la culminación de este proyecto.

Para: **las Señoritas Vero y Lupita** que en todo momento me apoyaron en los trámites ante la coordinación.

Y a todas las personas que de una y otra manera me apoyaron en la culminación del proyecto. Especialmente al Hospital General Huixtla y su grupo de estudiantes de licenciatura en enfermería.

MUCHAS GRACIAS.

Atentamente.

Nancy Elodia Escobar López

INTRODUCCIÓN

El estrés forma parte de nuestra vida cotidiana, afectando tanto a la salud y al bienestar personal como a la satisfacción laboral y colectiva. En el contexto de la salud laboral surge el desarrollo de un nuevo proceso: el síndrome de Burnout. El cual afecta más a aquellas profesiones que requieren un contacto directo con las personas y con una “filosofía humanística” del trabajo (Balseiro, 2010). Enfermería es una profesión de servicio, cuyo foco central es el cuidado de las personas. En el trabajo cotidiano de los hospitales públicos y privados en México, el cuerpo de enfermería representa hasta más del 65 % del total del personal en turnos matutinos, vespertinos y nocturnos, que cubren las 24 horas cada día, la diversidad de pacientes hospitalizados en los hospitales hace que por su enfermedad o gravedad estén ubicados en servicios de hospitalización, urgencias, terapia intensiva, quirófano. Las enfermeras que atienden a estos pacientes con frecuencia se observan con falta de energía, agotamiento, ansiedad, depresión, despersonalización, desarrollo de actitudes negativas, insensibilidad, falta de realización del personal y tendencia a evaluar su propio trabajo de manera negativa en todos los aspectos. Por lo mencionado anteriormente, la calidad de atención en los pacientes por parte del personal de enfermería podría verse afectada. Además debido a la falta de cumplimiento de las obligaciones que integran un contrato laboral, esto podría desarrollar implicaciones legales. En este mismo sentido, cuando las enfermeras tienen afectaciones en la concentración corren el riesgo de caer en errores graves que podrían exacerbar las negligencias y podrían conllevar a demandas legales por parte de los pacientes, con riesgo de perder la libertad y el derecho de seguir ejerciendo la profesión. Por otro lado, el riesgo latente y grave de manejar inadecuadamente los distintos factores estresante laborales podrían establecer en el personal de enfermería diversas patologías afectivas entre las que se encuentra el síndrome de Burnout (SB) o del quemado, el cual se abordara en esta tesis a profundidad con la finalidad de generar conciencia no solo en el personal de enfermería si no en las áreas directivas de un hospital, lo que permitirá evitar el impacto negativo de este trastornó mediante la creación de estrategias que coadyuven a la merma en este trastornó y permitan mejorar tanto el desarrollo profesional como la calidad en la atención de los pacientes.

CAPITULO I

1.1 Aspectos generales del estrés.

Walter Bradford Cannon, neurólogo y fisiólogo norteamericano, enfocó su trabajo en el carácter adaptativo de la respuesta al estrés para hacer frente a las emergencias, lo que lo llevó a definir al estrés como una reacción de lucha o huida ante situaciones amenazantes, postulando que su biología dependía de la estimulación del sistema simpático-adrenal (Gómez y cols., 2002). En ese sentido su concepción del estrés estaba orientada a la respuesta fisiológica que produce un organismo ante un estímulo estresante. En los años treinta, se estudió la respuesta de activación neurovegetativa y de la médula suprarrenal ante la presentación de estímulos que amenazan la homeostasis; él denominó a esta reacción inespecífica y generalizada, respuesta de “pelear o huir” y señaló que con tal activación el organismo hacía frente a la emergencia y recuperaba el estado de equilibrio para el funcionamiento óptimo.

Encontró también que en la reacción de pelear o huir participaban dos componentes, el sistema nervioso simpático y la médula suprarrenal, los cuales actúan juntos, el primero secretando noradrenalina y el segundo adrenalina, que producen efecto difuso y extendido a lo largo de todo el cuerpo para de esta manera hacer frente a los estresores, sean externos o internos.

1.1.1 Clasificación del estrés

Por su parte, Hans Selye (1974), médico austro canadiense, describió las consecuencias patológicas del estrés crónico, así como las características generales de la respuesta al estrés; definió al “Síndrome General de Adaptación” (o estrés) como la respuesta del organismo a algo perdido, un desequilibrio al que se debe hacer frente; esta respuesta se desarrollaba en tres etapas:

Fase de alarma: etapa en que el organismo se percata del agente nocivo (estresor), activa su sistema nervioso simpático y la corteza y médula de las glándulas suprarrenales (que secretan glucocorticoides y adrenalina, respectivamente) para movilizar los recursos energéticos necesarios que harán frente a la situación.

Fase de resistencia o adaptación: en la segunda etapa el organismo hace frente al estresor; para ello utiliza los recursos energéticos disponibles y, al mismo tiempo, los sistemas y órganos innecesarios para sobrevivir a la emergencia disminuyen sus funciones, por ejemplo, los sistemas digestivo y reproductivo, mientras que otros, como el inmune incrementan su actividad.

Fase de desgaste: es la última etapa del síndrome; se caracteriza por imposibilidad del organismo para hacer frente al agente estresor debido al enorme requerimiento y desgaste energético. Por lo tanto, si el estresor continúa activo, el organismo desarrolla múltiples patologías e incluso puede llegar a la muerte. (Gómez y cols., 2002). Como correlato conceptual a este síndrome, (Hans, 1974) definió el estrés como la respuesta inespecífica del organismo a cualquier demanda. En 1968, Mason dio un giro al análisis del estrés, al centrar la atención en los estímulos estresores. En ese sentido, fue el primero en señalar a la actividad emocional como primer mediador, y agente que actúa, sobre el hipotálamo, responsable a su vez de la actividad endocrina propia de la reacción biológica del estrés.

En su Teoría Neuroendocrina del estrés este autor refutó la inespecificidad de respuesta al estrés, al afirmar que desde el punto de vista endocrinológico no existe tal inespecificidad, por el contrario, lo que existe es una respuesta específica a una amplia gama de fuentes de estrés. Este giro de la respuesta al estímulo propició el desarrollo de estudios sobre el estrés basados principalmente en el estímulo estresor. Las investigaciones de los acontecimientos vitales fueron el soporte de las investigaciones centradas en los estresores. Los estudios realizados trataron de calcular los factores de riesgo y establecer correlaciones entre dichos acontecimientos vitales y ciertas enfermedades. Para ello, (Rahe y Holmes; 1967) decidieron definir el estrés como un suceso que supone un cambio mayor en la pauta de vida habitual, abarcando muchas circunstancias vitales (bodas, nacimientos, etc.) que consideraron como favorecedoras de muchas enfermedades. Esta visión del estrés como "*ajuste social*", hizo posible la creación del concepto de *estresor*.

1.1.2 Manifestaciones clínicas.

En el cuadro 1 se enumeran algunos de los síntomas que indican el estrés acumulados a lo largo de varios meses suelen originar reacciones físicas y psicológicas. La cantidad de estrés necesaria para que aparezcan síntomas varía, y depende de varios factores como herencia, hábitos, enfermedades anteriores, crisis y mecanismos de afrontamiento previos. Como por ejemplo las personas las personas instruidas, inteligentes y creativas en puestos de gestión experimentan un alto riesgo de agotamiento profesional. Se pueden convertir en adictos al trabajo, pero obtienen pocos frutos; experimentan cansancio crónico; sienten que no desean ir a trabajar; se toman cada vez más bajas por enfermedad; se convierten en negativos; acusan y critican a los demás, murmuran a las espaldas de los demás (Jaffe y Cols., 2007).

Cuadro 1. Manifestaciones de los estados estresantes.

Cansancio	Ira
Depresión	Sentimiento de no ser apreciado
Tristeza	Inseguridad
Inquietud	Sensación de ansiedad vaga
Nerviosismo	Pesimismo
Retraimiento social	Autocrítica
Irritabilidad	Frustración frecuente
Perdida de interés por la vida diaria	Accidentes
Perdida de interés por las personas o cosas	Artritis
Disminución del auto cuidado	Asma
Desorganización	Resfriados
Imposibilidad de relajarse y descansar	colitis

Pesadillas	Olvidos
Insomnio	Falta de concentración
Sensación de ser incapaz de no hacer nada	Tendencia a ser exigente
Sensación de que cualquier cosa es excesiva	Pérdida de apetito o comer en exceso
Estreñimiento o diarrea	Indigestión
Nauseas	Dolor lumbar
Cefaleas	Problemas de energía
Presión arterial alta	Dermatitis
Pulso rápido	Gripe
Taquicardia	Urticaria
Transpiración	Dismenorrea
Dolor en los músculos del cuello y los hombros	Ulceras

Jaffe y Cols, (2007).

1.1.3 Estrés en el personal de enfermería.

El personal de enfermería en el trabajo, está sometido a múltiples factores estresantes, tanto de carácter organizacional en los hospitales, como propios de las tareas que ha de realizar. Por ejemplo, la práctica de la profesión de enfermería requiere de un despliegue de actividades que necesitan un control mental y emocional de mayor rigor, ya que es una tarea expuesta a múltiples agresiones como el manejo de pacientes de cuidados intensivos y cuidados prolongados. En ambos casos, se exige alta concentración y responsabilidad, lo que trae como consecuencia desgaste físico y mental, además de la exigencia de mantener en forma permanente

el espíritu de compartir con el enfermo y su familia las horas de angustia, depresión, dolor y muerte. Así en el trabajo cotidiano, el personal de enfermería tiene una gama de manifestaciones de carácter físico, psicológico, conductual y laboral que dan idea de que estos profesionales tienen una patología que altera y repercute en el desempeño laboral (Balseiro, 2010).

1.2 Síndrome de Burnout (SB)

La palabra Burnout se desprende del inglés y se traduce en español como “estar quemado”. Se trata de un Síndrome clínico descrito por (Freudenberg, 1974) psiquiatra quien simboliza el Burnout como una "sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador", que situaban las emociones y sentimientos negativos producidos por el Burnout en el contexto laboral, ya que es este el que puede provocar dichas reacciones.

El Síndrome de Burnout (SB) es un proceso en el cual las actitudes y el comportamiento del profesional cambian de manera negativa en respuesta a la tensión del trabajo (Cherniss, 1980). Es precisamente Cherniss quien describe el síndrome en tres etapas: 1) desequilibrio entre los recursos y las demandas; 2) desarrollo de la tensión, de la fatiga, y del agotamiento emocional; 3) cambios en las actitudes y los comportamientos hacia los otros. No obstante, la definición proporcionada por las psicólogas sociales (Maslach y Jackson; 1986) quienes definieron el Síndrome de Burnout como "el proceso de pérdida gradual de responsabilidad y desinterés entre los compañeros de trabajo en su campo de formación". Una de las definiciones más aceptada entre los investigadores del tema es la que aportan estas autoras, que lo precisaron como: "el cansancio emocional que lleva a una pérdida de motivación y que suele progresar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso". Establecieron también que el síndrome se presenta en los profesionales que trabajan directamente con personas. Brodsky (1980). Establece cuatro fases por las cuales pasa un individuo propenso a este síndrome:

1. Entusiasmo, caracterizado por varias aspiraciones, energía desbordante y carencia de la noción de peligro.

2. Estancamiento, que surge tras no cumplirse las expectativas originales, empezando a aparecer la frustración.
3. Frustración, en la que comienzan a surgir problemas emocionales, físicos y conductuales. Esta fase sería el núcleo del síndrome.
4. Apatía, que sufre el individuo y que constituye el mecanismo de defensa ante la frustración.

Diversos autores que han estudiado el síndrome de Burnout coinciden en que los profesionistas que tienen demasiado contacto con personas, son los más propensos a contraer el síndrome de Burnout, en ellos se expresa una serie de síntomas físicos, conductuales, emocionales, dificultad en las relaciones interpersonales y un bajo rendimiento laboral. Por otra parte, (Pines y Aronson; 1988) se consideró que el Síndrome de Burnout (SB) no es exclusivo de profesionales que desarrollan una labor de ayuda y, por tanto, puede estar presente en cualquier tipo de profesional; dado que, según ellos, es "el estado de agotamiento mental, físico y emocional producido por involucrarse crónicamente en el trabajo en situaciones emocionales demandantes". Actualmente resulta necesario considerar, los aspectos de bienestar y salud laboral a la hora de evaluar la eficacia de una determinada organización, pues la calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental que conlleva tiene repercusiones sobre la organización.

1.2.1 Causas del síndrome del SB.

Las causas que producen SB se pueden clasificar en dos grandes grupos: factores laborales y características propias de la personalidad del individuo. En este sentido, también se ha investigado la posible influencia genética en la etiología de este síndrome, realizándose estudios de asociaciones de casos de Burnout en familias de gemelos, mono y dicigóticos. En estos estudios no se han encontrado asociaciones significativas entre factores genéticos y Burnout, ya que las asociaciones de casos encontrados en las familias se explican principalmente por factores exógenos comunes, es decir, por características ambientales compartidas entre los miembros de la familia. Así, se han analizado algunos de estos factores, como el nivel cultural de los padres o la educación religiosa recibida, no encontrándose asociaciones

significativas en cuanto a la educación religiosa, pero sí en la educación de los padres, de forma que cuanto mayor es el nivel cultural de éstos, mayores son los niveles de Burnout. Maslach y colaboradores analizaron los factores laborales que producen Burnout, y los clasificaron por el tipo de trabajo y por las características del mismo. Como ya hemos mencionado el SB es más frecuente en aquellas profesiones que ayuda a otras personas y las que tienen un contacto mantenido con las gentes. Algunas características del trabajo también desempeñan un papel importante para el desarrollo del Burnout. (Pérez, 2008). Uno de estos factores es la sobrecarga de trabajo, es decir, el hecho de disponer de poco tiempo para la cantidad de trabajo realizada supone un factor de riesgo, especialmente para la dimensión de agotamiento emocional.

Igualmente, el conflicto y la ambigüedad de rol también se correlacionan positivamente con el Burnout. Si bien cierta ambigüedad de rol es beneficiosa porque flexibiliza el puesto de trabajo y facilita la resolución de problemas, la incertidumbre acerca del papel que debemos desempeñar en el trabajo puede tener efectos perjudiciales. Sin embargo, el conflicto de rol, es decir, las demandas que se le hacen al trabajador desde distintas fuentes y que son incompatibles entre sí, tienen siempre efectos negativos.

Destaca también como un factor laboral implicado en la génesis del Burnout la ausencia de recursos en el trabajo. Entre estos recursos ha sido ampliamente analizado el apoyo social, tanto de jefes como de compañeros de trabajo, y cuya carencia se relaciona con la aparición del síndrome. En este sentido, hay una hipótesis que presenta el apoyo social como factor moderador entre los estresores laborales y el SB, de forma que existirá una importante relación entre ambos cuando el apoyo social sea bajo y viceversa. También la ausencia de información y de control se relaciona con la aparición de las tres dimensiones de Burnout, de forma que la gente que tiene poca autonomía en su puesto laboral y que participa poco en la toma de decisiones en su trabajo experimenta valores más altos de desgaste profesional.

Estas características laborales como productoras de Burnout se pusieron de manifiesto en un estudio prospectivo realizado en Dinamarca con trabajadores de

distintos sectores de servicios humanos, qué exploraban las asociaciones entre las características psicosociales del trabajo y el Burnout. (Pérez, 2008)

En cuanto a los factores organizativos del trabajo que pueden influirán el Burnout, se incluyen la existencia de jerarquías o el manejo de reglas y recursos sin los criterios básicos de imparcialidad y equidad. Y en general, todo el ambiente de organización y de dirección en el que se desarrolla el trabajo, que en muchas ocasiones coartan al trabajador en cuanto a sus oportunidades de promoción profesional o en cuanto a su seguridad en el puesto de trabajo, a la vez que se les exige más esfuerzo y más tiempo dedicado a su puesto laboral.

Así, la motivación laboral, definida como *“el nivel de esfuerzo que las personas están dispuestas a realizar en su trabajo”*, influye en la aparición de este síndrome, por tanto es importante saber cuáles son las condiciones laborales que permiten una alta motivación interna en los trabajadores, para ello el Modelo de las Características del Puesto permite determinar estas condiciones. Siguiendo este modelo, un trabajador presentará una alta motivación interna cuando experimente tres tipos de experiencias, denominadas Estados Psicológicos Críticos, estas experiencias son la significatividad del trabajo, la responsabilidad sobre los resultados y el conocimiento de los resultados de su trabajo.

Pero, para que el trabajador experimente estas condiciones, es necesario que el puesto de trabajo presente unas Dimensiones Centrales del Puesto, que son la variedad de destrezas, la identidad de las tareas, la importancia de las tareas, la autonomía y la retroalimentación del puesto (Pérez, 2008). Por otro lado, en la etiología de este síndrome también influyen factores individuales, entre los que se incluyen variables demográficas, características de la personalidad y ciertas actitudes individuales hacia el trabajo. En lo referente a las variables demográficas, se relacionan con el Burnout la edad, el sexo, el estado civil y el nivel de estudios. Vamos analizar en primer lugar la edad, ya que es la variable que más fuertemente se ha asociado con este síndrome; parece ser que el SB es más alto entre los individuos más jóvenes. Estas personas, por su corta edad, llevarían menos tiempo en su puesto laboral, pero no se puede afirmar que el Burnout sea mayor en personas que lleven menos tiempo de ejercicio profesional, ya que los individuos “quemados” abandonarían antes su puesto de trabajo y por tanto los más antiguos

tendrían menos Burnout. El sexo, es otra variable a tener en cuenta. Algunos estudios muestran que el SB es más alto en el sexo femenino, otros trabajos muestran niveles más elevados en los varones y muchos no encuentran ninguna diferencia significativa. En cuanto a las dimensiones del síndrome, el cinismo o despersonalización es más frecuente en los varones y en algunos estudios las mujeres puntúan más alto en cansancio emocional. Con respecto al estado civil, las personas solteras son más propensas a padecer Burnout que las casadas o con pareja estable, incluso presentan mayores niveles de agotamiento que los divorciados. Parece ser que el soporte familiar amortigua los afectos del estrés laboral y anula la sobre implicación en el trabajo. Relacionado con la variable anterior se encuentra que la presencia de hijos disminuye las posibilidades de padecer el síndrome de Burnout, ya que las personas con hijos son más realistas, maduras y estables emocionalmente, y con mayor capacidad desabordar problemas personales y conflictos emocionales. En cuanto al nivel de estudios, se ha encontrado una cierta relación entre el SB y las personas con un nivel de estudios superior. Sin embargo, hay que tener en cuenta que estas personas tienen puestos de trabajo con mayores responsabilidades o bien tienen expectativas más altas en cuanto a su carrera profesional y esto se puede asociar con mayores niveles de SB. Otro de los factores que influye en la aparición del síndrome de Burnout es la personalidad del individuo se ha asociado a mayores niveles de SB, especialmente de agotamiento emocional, un tipo de personalidad "débil", individuos que participan poco en actividades diarias o que tienen poca capacidad en el control de acontecimientos. Igualmente, las personas que atribuyen sus logros a los demás en vez de atribuirlos a su capacidad y esfuerzo, o los que se enfrentan acontecimientos de forma pasiva o defensiva también son más propensas a padecer Burnout. Y por último, en cuanto a las actitudes de las personas frente al trabajo, aquellos individuos con altas expectativas en su carrera profesional, idealistas o poco realistas, tienen mayor riesgo de padecer SB. Generalmente, estas altas expectativas conducen a trabajar con gran esfuerzo y a veces no se obtiene el resultado esperado, lo que conduce al agotamiento y la despersonalización. Pero los factores que hemos analizado de forma individual como causas del SB se pueden integrar en algunos modelos psicosociales que intentan explicar la etiología de este síndrome, al introducirlo en marcos teóricos más amplios.

Estos modelos agrupan una serie de variables y discuten a partir de que procesos los individuos llegan a quemarse, pudiéndolos clasificar en tres grupos. Un primer grupo abarca todos los modelos que se desarrollan en el marco de la teoría socio cognitiva del yo. Según estos modelos las cogniciones del individuo influyen en lo que éstos perciben y hacen, y a su vez esas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones, y por la acumulación de las consecuencias observadas en los demás. También para estos modelos, la seguridad que los individuos tienen en sus capacidades influye decisivamente en el empeño que el individuo pone para conseguir sus objetivos y en la aparición de algunas reacciones emocionales, como el estrés o la depresión, que acompañan a la acción. Para estos modelos el factor que más influye en el desarrollo del SB es la auto eficacia percibida o la autoconfianza profesional y su influencia sobre la realización personal en el trabajo. Un segundo grupo recoge los modelos elaborados desde las teorías del intercambio social y se basan en los principios de la teoría de la equidad o de la teoría de la conservación de recursos. En este caso la causa del SB sería la percepción de falta de equidad o falta de ganancia que se produce en el proceso de comparación social cuando se establecen relaciones interpersonales. Y por último, el tercer grupo considera los modelos elaborados desde la teoría organizacional. Estos modelos incluyen como antecedentes del síndrome las disfunciones de rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional. (Esquivel y Cols., 2006).

De acuerdo con estos tres grupos, (Gil-Monte y Cols., 1997), “el síndrome de quemarse por el trabajo puede ser integrado en los modelos cognitivos y transaccionales de estrés laboral como una respuesta al estrés laboral percibido que surge tras un proceso de evaluación cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales no son eficaces para reducir ese estrés laboral percibido. Esta respuesta supone una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias y se inicia con el desarrollo conjunto de baja realización personal en el trabajo y altos sentimientos de agotamiento emocional. Las actitudes de despersonalización que siguen se consideran una estrategia de afrontamiento desarrollada por los profesionales ante la experiencia crónica de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional. Esta perspectiva integra

el papel de las cogniciones y emociones como variables mediadoras en la relación entre el estrés laboral percibido y las respuestas actitudinales y conductuales (Esquivel y Cols., 2006).

1.2.2 Modelos explicativos.

Los principales modelos explicativos del Burnout han considerado un conjunto importante de variables en su relación con las dimensiones del síndrome, permitiendo estudiarlo desde diferentes aspectos y elaborando diferentes modelos para su interpretación.

- 1) Modelos diseñados desde la teoría cognoscitiva del yo. Según esta teoría existe una serie de procesos de asociación mediante los que las presentaciones simbólicas se traducen en acciones adecuadas. Se han considerado los siguientes modelos. a) el modelo de Harrison; b) el modelo de Charniss, y c) el modelo de Thompson, Page y Cooper.
- 2) Modelos elaborados desde las teorías del intercambio social. Estos modelos parten de la teoría de la seguridad y de la teoría de la conservación de recursos. Proponen que el síndrome de Burnout tiene su etiología en las percepciones de falta de equidad o de ganancia que desarrollen los sujetos como resultado del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales. Cuando los sujetos perciben y no son capaces de resolver los problemas, desarrollaran sentimientos de quemarse por el trabajo. Los modelos elaborados desde este enfoque son: a) el modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli y b) el de conservación de recursos de Hobfoll y Fredy.
- 3) Modelos diseñados desde la teoría organizacional. Todos ellos incluyen el síndrome de Burnout como una respuesta al estrés laboral. Ponen énfasis en la importancia de los estresores del contexto de la organización (estructura organizacional, clima organizacional, disfunciones, apoyo social percibido, etc.) y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la presencia de quemarse.

- 4) El MBI Educators Survey (MBI-ES), es la versión del MBI-SS para profesionales de la educación (Schwab, 1986). Esta versión cambia la palabra paciente por alumno, reproduce la misma estructura factorial del MBI-SS y mantiene el nombre de las escalas.
- 5) El MI-General Survey (MBIGS), (Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson ,1996). Esta nueva versión del MBI presenta un carácter más genérico, no exclusivo para profesionales cuyo objeto de trabajo son personas (Leiter y Schaufeli, 1996). Este solo contiene 16 ítems y las dimensiones se denominan eficacia profesional (seis ítems), agotamiento (cinco ítems) y cinismo (cinco ítems).

1.2.3 Fases del síndrome de Burnout.

1.2.3.1 Cansancio o agotamiento emocional.

El cansancio o agotamiento emocional constituye la primera fase del proceso, caracterizado por una pérdida progresiva de las energías vitales y una desproporción creciente entre el trabajo realizado y el cansancio que se experimenta. En esta etapa las personas se vuelven más irritables, aparece la queja constante por la cantidad de trabajo realizado y se pierde la capacidad de disfrutar tareas. Desde una mirada externa, se les empieza a percibir como personas permanentemente insatisfecha, quejosa e irritable.

1.2.3.2 Despersonalización.

La despersonalización (que no es sinónimo de cuadro psiquiátrico del mismo nombre) es un modo de responder a los sentimientos de impotencia, indefensión y desesperanza personal. En lugar de expresar estos sentimientos y resolver los motivos que los originan, las personas que padecen el síndrome de Burnout muestran una fachada hiperactiva que incrementa su sensación de agotamiento, y en esta fase alternan la depresión y la hostilidad hacia el medio (Corsi, 2008).

1.2.3.3 Abandono de la realización personal.

El abandono de la realización personal es la tercera fase del proceso y consiste en el progresivo retiro de todas las actividades que no sean las laborales vinculadas con las actividades que generaron el estrés crónico. En esta etapa hay pérdida de ideales y fundamentalmente un creciente apartamiento de actividades familiares, sociales y recreativas, creando una especie de autorreclusión a una persona con estas características, los demás comienzan a percibirlo como una especie de fanático depresivo y hostil.

1.2.4 Estadios de la evolución de la enfermedad.

Se pueden establecer cuatro estadios de evolución de la enfermedad, aunque estos no están siempre bien definidos.

1.2.4.1 Leve: los afectados por el síndrome de Burnout presentan síntomas físicos vagos e inespecíficos (cefaleas, dolores de espaldas, lumbalgias). El afectado se vuelve poco cooperativo.

1.2.4.2 Moderado: en la forma moderada aparece el insomnio, déficit de atención, falta de concentración y tendencia de automedicación.

1.2.4.3 Grave: Las personas que padecen esta forma del síndrome de Burnout presentan mayor ausentismo, aversión a las tareas, cinismo, abuso de alcohol y consumo de psicofármacos.

1.2.4.4 Extrema: quienes se encuentran en esta modalidad muestran aislamiento, crisis existenciales, depresión crónica y riesgo de suicidio. (Barraza y cols., 2007.)

1.2.5 Desencadenantes y potenciadores del SB

En la aparición del SB inciden variables del entorno social, del entorno laboral y las variables de personalidad de la persona afectada. Los estudios de las variables sociales que pueden tener incidencia en la aparición del SB se han centrado, hasta el momento, en las variables demográficas de edad, sexo, estado civil, etc. Las que consideran el contexto sociocultural son aún incipientes. Los estudios acerca de las variables laborales e individuales son mucho más amplios y si bien es una tarea

imposible de determinar todas las circunstancias que pueden llegar a intervenir en la aparición del síndrome, se ha llegado a identificar una serie de características que desencadenan y facilitan el desarrollo del mismo. La mayoría de estas investigaciones se han realizado desde una perspectiva transaccional, en la que se encuentran los modelos cognitivos de estrés y el modelo de ajuste individuo-ambiente.

Desde esta perspectiva el SB se estudia como un proceso de interacción por el cual el sujeto, con sus variables personales cumpliendo un papel mediador, busca adaptarse a las condiciones laborales.

Esto supone, en primer lugar, que la persona se represente la situación en base a sus valores, metas y prioridades y realice una evaluación de los riesgos que puedan estar implicados. Luego, de acuerdo a su estilo de afrontamiento, la persona accionará sobre el entorno (focalización sobre el problema) o intentará reacomodar su percepción (focalización sobre la emoción) (Lazarus y Folkman, 1984).

(Gil Monte, 1997) define a los desencadenantes del SB como aquellos estresores del ambiente laboral que se perciben como crónicos, e identifica cuatro tipos de desencadenantes del síndrome:

- a) Variables organizacionales: son todas aquellas variables relacionadas con el ambiente físico del lugar de trabajo y con los contenidos específicos de cada puesto. Son de considerar el nivel de ruidos, las condiciones de higiene, temperatura, oportunidad de utilizar las capacidades que el trabajador posee, cantidad de tareas asignadas, etc.
- b) Variables por desempeño de rol, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera: aquí se incluye la jerarquía del puesto, la ambigüedad de responsabilidades y tareas, las relaciones con superiores, subordinados y personas a quienes se brinda el servicio, y la seguridad que se siente respecto de la continuidad en el trabajo. El rol se puede definir como demandas y expectativas que pesan sobre la persona que ocupa un determinado puesto. En este caso, el estrés del rol estaría dado por la ambigüedad del rol y por el conflicto del rol, cuando se presentan demandas contradictorias.

c) Variables dadas por las nuevas tecnologías y demás aspectos de la organización: la nueva tecnología puede resultar tanto un facilitador del trabajo como una fuente de estrés en el caso de que el trabajador sienta que la nueva tecnología requiere aptitudes que superan sus habilidades. Asimismo, el reemplazo de cierto contacto directo con pares y superiores por la comunicación a través de computadoras puede generar una sensación de aislamiento. Otros aspectos de la organización que pueden ser fuente de estrés laboral es la jerarquía, la falta de participación en la toma de decisiones, la falta de apoyo por parte de la supervisión y la falta de autonomía.

d) Variables personales: están relacionadas con las características del contexto extra organizacional del trabajador, el ambiente familiar, otras relaciones sociales, etc. Esta categorización coincide conceptualmente con lo que la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 1994) ha identificado como los factores psicosociales que pueden incidir en el rendimiento laboral, la satisfacción con el trabajo y la salud del trabajador y que consisten en las interacciones entre el trabajador, sus capacidades y necesidades, su cultura y situación personal, su medio ambiente y las características de su organización.

Consecuencias del SB: Desde Freudenberg (1974) a la actualidad varios autores han descrito los síntomas que presenta una persona con Burnout.

(Gil Monte, 1997) realizó una revisión de los trabajos publicados y agrupó los síntomas en cuatro categorías:

- Síntomas emocionales: Ansiedad, sentimientos de soledad, de alienación, de impotencia o de omnipotencia.
- Síntomas actitudinales: Hostilidad, suspicacia, cinismo, apatía, tendencia a no verbalizar.
- Síntomas conductuales: Agresividad, cambios repentinos de humor, aislamiento, frecuente enojo, irritabilidad.
- Síntomas somáticos: Palpitaciones, hipertensión, dolor precordial, asma, catarrros frecuentes, infecciones frecuentes, alergias, dolores cervicales, dolor de espalda,

fatiga crónica, alteraciones menstruales, diarrea, insomnio, úlcera gastroduodenal, cefalea.

1.3 Estudios realizados con el SB en diferentes profesiones énfasis en enfermería.

En publicaciones recientes relacionadas con el SB en área de la salud, se encontró que el personal implicado en los cuidados de la salud presenta una prevalencia alta a padecer este síndrome, entre los distintos profesionales de la salud que se destacan son: médicos, enfermeras, odontólogos y psicólogos. En lo que respecta al personal de enfermería las diversas publicaciones existentes muestran una prevalencia del 30.5 al 39% y el género más afectado es el masculino. En lo que respecta al personal médico los internos y residentes se ven afectados entre un 76 y un 85%; siendo severo en el 52%. Los médicos generales se ven afectados en un 48%, los médicos familiares en 59.7%, los cirujanos generales en un 32% y los anesestesiólogos en un 44%. Este problema se ha encontrado también en cirujanos dentistas, aunque la prevalencia no es reportada. Para algunos autores todos los médicos en algún momento de su carrera presentan sintomatología de este síndrome. (Balseiro, 2010)

1.3.1 Importancia del síndrome en el personal de enfermería.

Este síndrome es de suma importancia dado que no sólo afecta la calidad de vida y la salud mental del profesional que lo padece hablando del personal de enfermería, sino que en muchas ocasiones a causa de este síndrome se llega a poner en peligro la salud de los pacientes; tanto los que lo sufren directamente, así como los que son atendidos por alguien que lo padece (Gutiérrez, 2006).

1.3.2 Impacto del SB en distintas áreas.

Las alteraciones físicas son las mayormente percibidas por el individuo que las sufre y las que causan un mayor impacto sobre su calidad de vida. Los síntomas actitudinales, emocionales y conductuales, son los que más afectan las relaciones interpersonales y son mayormente percibidos por las personas del entorno.

Estos síntomas presentados no sólo producen consecuencias en el plano físico e interpersonal de la persona afectada sino que también tiene repercusiones directas sobre la organización para la cual trabaja.

Uno de los indicadores más clásicos es la baja satisfacción laboral. Y esto se traduce en un deterioro de la calidad de servicio que el trabajador ofrece. Esto se observa muchas veces bajo la forma de desconexión psicológica del profesional, que evita hacer contacto visual con las personas que atiende, habla como si ellas no estuvieran presentes, contesta con palabras, ininteligibles o con gruñidos, etc. Las consecuencias a nivel organizacional acarrear generalmente grandes costos económicos para la organización.

El ausentismo laboral, la propensión a los accidentes de trabajo, tendencia a cometer más errores y, en muchos casos, el abandono de la institución, se traducen en indemnizaciones y en pérdida de capacidad de ganancia para la empresa. A nivel familiar se puede observar también que disminuye marcadamente su margen de tolerancia hacia la familia, por lo cual tendrá mayor tendencia a reaccionar de forma inadecuada ante la pareja o hijos. También le será más difícil encontrar motivos de alegría, estar dispuesto a la diversión o encontrar momentos de relajación ya que su nivel de ansiedad lo hacen proclive a la depresión y al desgano.

1.4 Prevención y métodos de intervención del SB

Desde que se definió por primera vez y se empezó a estudiar el síndrome de Burnout se han desarrollado una serie de intervenciones encaminadas a lograr la reducción de su incidencia.

Se ha visto que en la prevención de este síndrome no existe una técnica única y simple, sino que se debe utilizar un modelo que integre varias técnicas orientadas al individuo, al grupo social y a la organización laboral. A nivel del individuo, el objetivo es mejorar su resistencia individual para afrontar de forma más eficiente los estresores propios de su actividad laboral, así como potenciar la percepción de control y la autoeficacia personal.

Para lograr este objetivo se han utilizado distintos tipos de técnicas, como las cognitivo conductuales, entre las que se encuentran las de afrontamiento del estrés, reestructuración cognitiva y ensayo conductual.

También se han utilizado técnicas de relajación, de autorregulación o de control, de gestión del tiempo, de mejora de habilidades sociales, etc. Igualmente, en la prevención del SB se deben incluir una serie de medidas durante la etapa de formación de los nuevos profesionales, que contemplen programas especiales de

prevención y entrenamiento en afrontamiento del estrés laboral y proporcionen expectativas realistas acerca de la futura profesión.

Así, en todos los casos se debe conseguir una estructuración adecuada de las responsabilidades y funciones de cada profesional con el fin de reducir el estrés propio de la actividad laboral.

En cuanto al grupo social, Mingote Adán orienta los métodos de intervención hacia la institucionalización del soporte social de jefes y compañeros a través de encuentros regulares establecidos. Ya que unas buenas relaciones interpersonales en el trabajo modera el nivel de SB y aumenta la satisfacción laboral. Por tanto, para afrontar el SB sería fundamental fortalecer los vínculos sociales entre los trabajadores y aumentar el control de los mismos sobre las demandas psicológicas del trabajo. Sin embargo, son las intervenciones en el ambiente de trabajo las que se consideran más importantes para disminuir el SB. Ya que se ha visto que la aplicación de técnicas individuales de forma aislada (como “sesiones educativas” en pequeños grupos de trabajadores, programas de relajación, entrenamiento asertivo, entrenamiento de habilidades interpersonales y sociales, etc.) sólo en algunas ocasiones disminuía el agotamiento emocional, y rara vez producía cambios positivos en la despersonalización y realización personal.

Para Maslach estas intervenciones en el ambiente de trabajo se deben realizar a dos niveles: cambios en la práctica directiva e intervenciones educativas en los trabajadores. Sólo cuando estos cambios se producen de forma integrada dan lugar a resultados positivos.

Las intervenciones sobre la organización tienen un gran valor pero no son fáciles de poner en práctica, ya que requieren una importante inversión, no sólo económica, sino también de tiempo y esfuerzo. Dos patrones diferenciales de afrontamiento ante el estrés; por un lado un patrón centrado en las emociones, donde se incluyeron la desconexión conductual (realización de actividades alejadas del ambiente laboral, como deporte, ocio...), la búsqueda de apoyo social emocional (pasar más tiempo con familiares y amigos).

En cuanto a las recompensas laborales expresadas por los médicos destacaron el salario, la satisfacción personal por la práctica de la medicina, la posibilidad que ofrece el trabajo para la puesta en práctica de las habilidades adquiridas, las

oportunidades de perfeccionamiento profesional, la actividad docente e investigadora y el reconocimiento por otras personas. Por tanto, para disminuir el estrés laboral sería necesario realizar cambios organizativos que tengan en cuenta las recompensas más valoradas por los médicos y que permitieran un mayor desarrollo profesional. Pero también habría que actuar a nivel individual, desarrollando propuestas formativas en materia de estrategias de afrontamiento del estrés.

Entre las estrategias para disminuir el SB en personal sanitario, incluyen: a nivel personal, pasar tiempo suficiente con familia y amigos, realizar alguna actividad religiosa o espiritual, cuidar de sí mismo (desarrollar actividades deportivas, cuidar la alimentación...) y adoptar una actitud positiva ante la vida; y a nivel organizativo, afirman que es importante disminuir la carga de trabajo, conseguir una elevada satisfacción laboral y un sistema de apoyo adecuado, tanto de jefes como de compañeros. Así, el objetivo sería conseguir el bienestar de los profesionales médicos a todos los niveles: físico, emocional, psicológico y espiritual, a lo largo de toda la vida laboral de estos profesionales, desde el comienzo de su carrera hasta el final de la misma. Desde el punto de vista de la prevención del SB, es interesante comentar que este síndrome se considera un accidente laboral. (Savio, 2008).

Por otro lado es importante considerar que el SB puede tener muchas afectaciones en ellas la cual se busca en este estudio es la siguiente.

1.5. Algunas variables relacionadas con el rendimiento y fracaso escolar.

Probablemente una de las dimensiones más importantes en el proceso de enseñanza aprendizaje lo constituye el rendimiento académico del alumno. Cuando se trata de evaluar el rendimiento académico y cómo mejorarlo, se analizan en mayor ó menor grado los factores que pueden influir en él, generalmente se consideran, entre otros, factores socioeconómicos, la amplitud de los programas de estudio, las metodologías de enseñanza utilizadas, la dificultad de emplear una enseñanza personalizada, los conceptos previos que tienen los alumnos, así como el nivel de pensamiento formal de los mismos Benítez (2000). Sin embargo, (Jiménez, 2000) refiere que “se puede tener una buena capacidad intelectual y una buena aptitud sin estar obteniendo un rendimiento adecuado”, ante la disyuntiva y con la perspectiva de que el rendimiento académico es un fenómeno multifactorial es como iniciamos su abordaje.

1.5.1 Rendimiento académico.

La complejidad del rendimiento académico inicia desde su conceptualización, en ocasiones se le denomina como aptitud escolar, desempeño académico ó rendimiento escolar, pero generalmente las diferencias de concepto sólo se explican por cuestiones semánticas, ya que generalmente, en los textos. La vida escolar y la experiencia docente, son utilizadas como sinónimos.

Si partimos de la definición (Jiménez, 2000) que postula que el rendimiento escolar es un “nivel de conocimientos demostrado en un área ó materia comparado con la norma de edad y nivel académico”, encontramos que el rendimiento del alumno debería ser entendido a partir de sus procesos de evaluación, sin embargo. La simple medición y/o evaluación de los rendimientos alcanzados por los alumnos no provee por sí misma todas las pautas necesarias para la acción destinada al mejoramiento de la calidad educativa.

Probablemente una de las variables más empleadas ó consideradas por los docentes e investigadores para aproximarse al rendimiento académico son: las calificaciones escolares; razón de ello que existan estudios que pretendan calcular algunos índices de fiabilidad y validez de éste criterio considerado como `predictivo´ del rendimiento académico (no alcanzamos una puesta en común de su definición y sin embargo pretendemos predecirlo), aunque en la realidad del aula, el investigador incipiente podría anticipar sin complicaciones, teóricas ó metodológicas, los alcances de predecir la dimensión cualitativa del rendimiento académico a partir de datos cuantitativos.

Sin embargo, en su estudio `análisis de las calificaciones escolares como criterio de rendimiento académico´, (Cascón ,2000) atribuye la importancia del tema a dos razones principales:

“1) uno de los problemas sociales, y no sólo académicos, que están ocupando a los responsables políticos, profesionales de la educación, padres y madres de alumnos; y a la ciudadanía, en general, es la consecución de un sistema educativo efectivo y eficaz que proporcione a los alumnos el marco idóneo donde desarrollar sus potencialidades; 2) por otro lado, el indicador del nivel educativo adquirido, en este estado y en la práctica totalidad de los países desarrollados y en vías de desarrollo,

ha sido, sigue y probablemente seguirán siendo las calificaciones escolares. A su vez, éstas son reflejo de las evaluaciones y/o exámenes donde el alumno ha de demostrar sus conocimientos sobre las distintas áreas ó materias, que el sistema considera necesarias y suficientes para su desarrollo como miembro activo de la sociedad” (Cascón, 2000).

En contraste, el citado autor, en su estudio denominado ‘predictores del rendimiento académico’ concluye que “el factor psicopedagógico que más peso tiene en la predicción del rendimiento académico es la inteligencia y por tanto, parece razonable hacer uso de instrumentos de inteligencia estandarizados (test) con el propósito de detectar posibles grupos de riesgo de fracaso escolar”.

La cantidad de variables se incrementa, la evaluación escolar, las calificaciones del alumno y ahora el factor intelectual.

Al mencionar la variable inteligencia en relación al rendimiento académico cabe destacar la investigación reciente de Pizarro y Crespo (2000) sobre inteligencias múltiples y aprendizajes escolares, en donde expresan que la inteligencia humana no es una realidad fácilmente identificable, es un constructo utilizado para estimar, explicar ó evaluar algunas diferencias conductuales entre las personas: éxitos / fracasos académicos, modos de relacionarse con los demás, proyecciones de proyectos de vida, desarrollo de talentos, notas educativas, resultados de test cognitivos, etc. Los científicos, empero, no han podido ponerse muy de acuerdo respecto a qué denominar una conducta inteligente “.

Resulta importante considerar otro tipo de variables, al margen de las calificaciones y el nivel de inteligencia de los estudiantes, que aparentemente inciden en el rendimiento académico y que valdría la pena mencionar.

En su investigación sobre ‘Los insumos escolares en la educación secundaria y su efecto sobre el rendimiento académico de los estudiantes’, (Piñero y Rodríguez, 1998) postulan que: “la riqueza del contexto del estudiante (medida como nivel socioeconómico) tiene efectos positivos sobre el rendimiento académico del mismo. Este resultado confirma que la riqueza sociocultural del contexto (correlacionada con el nivel socioeconómico, mas no limitada a él) incide positivamente sobre el desempeño escolar de los estudiantes. Ello recalca la importancia de la

responsabilidad compartida entre la familia, la comunidad y la escuela en el proceso educativo”.

Un estudio reciente titulado ‘Crosscultural attribution of academic performance: a study among Argentina, Brazil and México’ (Omar y Cols, 2002) se abordaron la exploración de las causas más comúnmente empleadas por los estudiantes secundarios para explicar su éxito y/o su fracaso escolar. El marco teórico fue provisto por las formulaciones de Weiner y Osgood. La verificación se realizó sobre muestras de estudiantes brasileños (N = 492), argentinos (N = 541) y mexicanos (N = 561); alumnos de los tres últimos años del ciclo secundario de escuelas públicas y privadas. Cada alumno fue seleccionado por sus propios profesores de matemáticas y ciencias sociales en función de su rendimiento escolar. En primer lugar se les solicitó a los alumnos que ordenaran diez causas típicamente adscriptas al rendimiento escolar según la importancia que le atribuían y, posteriormente, que completaran una adaptación del diferencial semántico integrada por tres conceptos-estímulo (dimensiones de estabilidad, controlabilidad y externalidad) y las diez causas específicas. Se verificó que los alumnos de los tres países consideran al esfuerzo, la capacidad para estudiar y la inteligencia como las causas más importantes sobre su rendimiento escolar. En lo referente al significado dimensional de las causas específicas, los resultados obtenidos indican que los alumnos exitosos, tanto argentinos, brasileños como mexicanos, coinciden en percibir al esfuerzo, la inteligencia y la capacidad para estudiar como causas internas y estables, brasileños y mexicanos pero no argentinos, también consideran al estado de ánimo como una causa interna y estable. La dificultad de la prueba, la ayuda de la familia y el juicio de los profesores, fueron evaluadas como causas incontrolables por argentinos y brasileños, aunque no por mexicanos. Frente al fracaso, emergieron esquemas de respuestas singulares. Los hallazgos se discutieron a la luz de los valores socio-culturales y las peculiaridades educacionales de cada país interviniente.

Como se puede observar a lo largo de las diferentes investigaciones citadas, el análisis sobre el rendimiento académico muestra una gran diversidad de líneas de estudio, lo que permite no solo comprender su complejidad sino su importancia dentro del acto educativo. Con el propósito de no experimentar un ‘agobio epistemológico’ ante la naturaleza multifactorial de nuestro fenómeno de estudio y de

manera intencional, fueron seleccionados tres factores: la motivación escolar, el autocontrol del alumno y las habilidades sociales, las cuales, de acuerdo con la perspectiva del autor, encuentran una vinculación significativa con el rendimiento académico y que en forma paralela podrían ser analizados en los diferentes niveles educativos con la intención de poder evaluar sus implicaciones en el rendimiento escolar. (Navarro, 2003)

CAPITULO II

2.1 Campo de trabajo y formación de las licenciadas en enfermería.

A iniciativa de la Asociación Nacional de Escuela de Enfermería, A.C. (ANEE), de 1972 a 1976 se hace el diagnóstico de la situación de la educación de enfermería en México y surge la necesidad de preparar a los profesores de enfermería con el grado académico de licenciados. Con el liderazgo de Victoria Morán Aguilar, presidenta de la ANEE y directora de la escuela de enfermería y obstetricia en León, se logra la participación de las universidades de Guanajuato, Durango, San Luis Potosí y Oaxaca, el CONACYT, la ANUIES, la OPS/OMS y la fundación W.K.Kellog para realizar los tres primeros cursos complementarios escolarizados de licenciatura en enfermería impartidos en México. Se prepararon 113 enfermeras como licenciadas en enfermería. De este programa egresan las primeras licenciadas en enfermería que ejercen como profesoras en la Escuela de Enfermería y obstetricia en Guanajuato, Gto. El 23 de Mayo de 1993, por acuerdo del Rector, se aprueba la creación del programa de licenciatura en enfermería y obstetricia, egresando la primera generación en Julio de 1977. Actualmente la Escuela imparte la licenciatura en dos modalidades: la presencial, abierta y a distancia. La primera generación de la licenciatura en la modalidad abierta y a distancia, egresó el 28 de noviembre del 2003. De esta manera se va extendiendo los cursos complementarios o de nivelación para aquellas enfermeras egresadas del nivel técnico que deseen adquirir el grado de licenciado en enfermería. En Chiapas diversas universidades han llegado como avales de esta modalidad podemos mencionar universidades como universidad de Querétaro, universidad de Morelos, escuela de enfermería y obstetricia. Actualmente la escuela de enfermería del estado de Chiapas y Tapachula, ofrecen dos modalidades de nivelación para aquel personal de enfermería que tiene preparatoria y carrera terminada técnica plan A y para los técnico bachiller plan B, con la

modalidad de que el programa de licenciatura destinado a la enfermeras egresadas de el plan B tiene una duración de dos años mientras que para las enfermeras egresadas del plan A es de un año. Las modalidades de titulación son por promedio general con calificación mayor de nueve, además de realización de proyecto de tesis. Por otro lado de acuerdo a los programas revisados de cada asignatura están basados a través de competencias.

La Educación Basada en Competencias (EBC) surge como una concepción formativa en el mundo del Trabajo. Su propósito está relacionado con la productividad, en el sentido de lograr que los egresados de los procesos de capacitación dentro de la empresa, se incorporen productivamente a su actividad laboral, apenas concluyan el programa de capacitación. En otras palabras, se busca minimizar, y eventualmente reducir a cero, el tiempo de adaptación a la realidad de trabajo. Para ello, la referencia formativa, vale decir la base curricular, es el trabajo mismo expresado según el análisis de las funciones que se cumplen en el cargo, o bien la norma o práctica operativa aplicable en el caso de actividades específicas. (Andrade, 2008)

El mundo de la Educación, ante la necesidad de vincularse con el mundo del Trabajo, toma el concepto de Educación Basada en Competencias y procede a adaptarlo en concordancia con sus fines para poder aplicarlo convenientemente. La adaptación pasa por exigencias educativas, entre ellas, tomar muy en cuenta la integralidad, los contextos disciplinares y otros contextos, lo actitudinal y lo valorativo y, quizá lo más importante: que el mundo del trabajo es solo una pequeña parte del mundo del hombre y, por lo tanto, debe tenerse esto muy en cuenta al tratar las competencias en el mundo de la Educación con miras a la integralidad formativa.

Asimismo, para lograr un mejor enfoque laboral y que los egresados estén mejor preparados para cumplir tanto con las tareas específicas de trabajo, en su especialidad, como con las exigencias generales de interacción humana propias del entorno laboral, se incluyen, respectivamente, competencias duras y competencias blandas. De la experiencia se sabe, que en su mayoría las vacantes se llenan por las competencias duras de los candidatos, o sea sus competencias técnicas, y la rotación o separación ocurre, generalmente, por fallas en las competencias blandas, sus competencias humanas o relacionales.

Una formación tal, redundaría en un mínimo tiempo de adaptación del trabajador a su puesto de trabajo. Sin embargo, puede decirse que las adaptaciones hechas a las competencias, desde el mundo de la Educación, pasan por dos momentos aplicativos y en cada momento en su debida oportunidad, las competencias adoptan un cauce propio. Un primer momento a finales del Siglo XX, cuando se introducen las competencias en la Educación Básica. En esta primera adaptación, las competencias son llevadas por el cauce que marca la integración de conocimientos, habilidades, actitudes y valores, como visión de conjunto, y se afianzan las competencias cognoscitivas, haciendo que los docentes se formaran una idea, por lo demás equivocada, de que el cambio de los objetivos a las competencias era un maquillaje y que solo era una cuestión de nombre. Para citar algunos elementos que soportan este criterio, puede observarse que a pesar de haberse establecido las competencias, la formación sigue centrada en los conocimientos en desmedro de otros dominios y siguen siendo más importantes los conocimientos que su aplicación; la actuación docente sigue siendo centrada en la enseñanza en lugar de centrarse en el aprendizaje. En descargo de los docentes, es necesario aclarar que no ha habido la necesaria sensibilización y especialización para el cambio de objetivos a competencias, con la consiguiente preparación en teoría y práctica, y así poder transitar apropiadamente por dicha vía. En este primer momento de las competencias, se toman los contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales como base de formulación de los indicadores. El segundo momento adaptativo de las competencias al mundo de la Educación ocurre para la Educación Superior a principios del Siglo XXI, con las competencias según el Proyecto Tuning para la construcción del Espacio Europeo para la Educación Superior y ALFA Tuning en América Latina y el Caribe. En esta segunda adaptación de las competencias se toma como referencia las competencias laborales, se proponen competencias genéricas, para cualquier profesional universitario, y específicas por especialidades. En este segundo momento, la base de formulación de los indicadores son los pilares de la Educación, según la UNESCO: Conocer, hacer, ser y convivir. En el caso venezolano, la aplicación de las competencias en Educación ocurre en los años 90 a fines del siglo XX, en primer lugar, en los Programas de Formación para el Trabajo y, en segundo lugar, en el subsistema de Educación Básica, principalmente, Educación

inicial y hasta el quinto grado de Educación Primaria, faltando por implementar el resto de la Educación Básica. En 2004 se dio a conocer el mandato ministerial para la elaboración de perfiles por competencias en la Educación Superior y en 2009 se oficializaron los Lineamientos Curriculares para el Programa Nacional de Formación, tratado ampliamente con el enfoque de competencias. En los ambientes educativos citados, la Educación Basada en Competencias (EBC) cumple su propósito con base en diversos principios y características, entre ellos se encuentran los siguientes:

- Los programas desarrollados por competencias deben centrar su aplicación en situaciones de la vida real.
- La actividad docente debe sustituir la enseñanza por el aprendizaje como centro de su razón de ser.
- Los aprendizajes deben lograrse por medio de la construcción participativa del estudiante.
- Los métodos didácticos deben dirigirse al fortalecimiento y desarrollo de competencias.
- Los saberes, en lugar de los contenidos, se dirigen a “lo que es necesario aprender” en contraposición a “lo que es bueno saber”.
- La evaluación pasa de ser normativa a criterial y sus resultados se sustentan con evidencias de aprendizaje y el desempeño de los estudiantes.
- La evaluación es multifactorial: Diagnóstica, formativa y sumativa; y se realiza a través de autoevaluación, coevaluación y heteroevaluación con resultados sobre una base individual en forma absoluta y no comparativa.
- La especificación de resultados de aprendizaje no se basa en promedios sino en el nivel de logro de las competencias.
- La enseñanza pasa de ser impartida a facilitada y mediada.
- La planificación en vez de basarse en contenidos se basa en indicadores y evidencias de aprendizaje.
- El constructivismo constituye la principal guía de acción del docente.

Desde el punto de vista del Currículo universitario, los diseños de carreras basados en competencias parten del perfil del egresado elaborado con base en el quehacer profesional, el cual se especifica mediante áreas de competencia. Las áreas de competencia agrupan a las competencias profesionales a partir de las cuales se

desagregan las unidades de competencia con sus respectivas competencias e indicadores. A lo largo de este proceso se van especificando los saberes teóricos, los saberes prácticos y los saberes valorativos relacionados con el conocer, el hacer y el ser y convivir, correspondientes a los pilares de la educación según la UNESCO. Finalmente, todo este proceso conlleva al cumplimiento de lo que son las competencias de acuerdo con la UNESCO:

Conjunto de comportamientos socio afectivos y habilidades cognoscitivas, psicológicas, sensoriales y motoras que permiten llevar a cabo adecuadamente un desempeño, una función, una actividad o una tarea. (Andrade, 2008) (Beneitone y cols., 2007)

CAPITULO III

3.1 Planteamiento del problema

En los últimos años se está viviendo una época en la cual las personas experimentan diversos grados de estrés, entendiéndose a éste como “la respuesta del organismo ante cualquier estímulo amenazador”, el cual puede ser generado por factores económicos, laborales, sociales, personales, etc.; por lo que se considera al estrés como un hecho habitual en la vida de las personas. Las investigaciones realizadas en las últimas décadas han evidenciado que el personal sanitario, particularmente el personal de enfermería, está sometido a altos niveles de estrés en el trabajo como también a un nivel medio en su mayoría, ya que la Enfermera/o está sometido a estresores de carácter organizacional y estresores propios de la labor que realiza, es decir, al contacto continuo enfermera-paciente que, a menudo, exige implicación emocional por motivos de sufrimiento del mismo paciente.

El Profesional de Enfermería en los hospitales regionales, además de su experiencia y formación en las áreas, debe enfrentar situaciones estresantes de manera satisfactoria, ayudando a los pacientes a adquirir aptitudes y estrategias adecuadas para afrontar eficazmente los problemas que afecten su salud y por otro lado enfrentan proceso de enseñanza aprendizaje en su vida laboral siendo que por motivación personal, lograr un ascenso en el trabajo se ve en la necesidad de seguir estudiando y de pasar de nivel técnico a nivel profesional. De lo contrario la calidad de vida del profesional, así como el rendimiento escolar se puede ver afectado negativamente. Sin embargo como se mencionó anteriormente existen diversos

factores estresantes tanto personales como laborales y organizacionales que afectan directamente a este tipo de personal dificultando así su labor asistencial y de estudiante, y más si el entorno laboral presenta problemas organizacionales, sobrecarga de trabajo y presiones para realizarlo, falta de seguridad laboral, ocupando edificios declarados inhabitables, etc. sumadas a problemas económicos y diferencias culturales de la población entre otros. (Balseiro, 2010)

El hospital general Huixtla”, institución que brinda atención de segundo nivel a especialidades como Gineco – obstetricia, cirugía general, pediatría, cirugía y trauma y medicina interna además de promoción de salud a los pacientes, la Enfermera/o que labora en los diferentes servicios tiene como función principal asegurar una atención integral e individualizada al paciente de acuerdo a su grado de dependencia, diagnóstico y tratamiento proyectando sus acciones a la familia y a la comunidad. Durante la práctica clínica se observó que a la llamada del paciente las Enfermeras no responden, levantan la voz cuando los familiares de los pacientes le preguntan sobre los tramites de hospitalización. Además de ello refieren: “...he tenido una guardia terrible...me siento agotada...no puedo quedarme a la reunión, me espera trabajo en casa, los pasantes o estudiantes no saben nada, no apoyan, no se me da la docencia, no nací para enseñar, a mi me gusta más estar con mis pacientes que con estudiantes”, “para que seguir estudiando”, “ me está costando mucho adaptarme a la vida de estudiante”, “siento que lo que me enseñan no se me queda”, “las materias de la licenciatura no le entiendo”, “es muy pesado trabajar y estudiar” entre otras expresiones.

Por lo anterior, se formula la siguiente pregunta ¿cuál es la influencia del síndrome de Burnout sobre rendimiento académico de los trabajadores estudiantes de licenciatura en enfermería del Hospital General Huixtla?

3.2 Justificación

Como ya se ha descrito el SB se integra mediante un proceso negativo que sufren los profesionales en su labor, que se traduce en deterioro en la atención profesional a los usuarios de las organizaciones de servicios. En los últimos años ha quedado establecido como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas. La salud de la enfermera es un factor indispensable para mantener el equilibrio en su actividad, condición a través de la cual las acciones, actitudes, comportamientos y obligaciones pueden desarrollarse sin tensiones que debiliten o interfieran en los cuidados específicos de enfermería. La enfermeras del hospital regional de Huixtla pueden ser vulnerables a padecer cierto tipo de alteraciones generadas por la existencia de factores estresantes tanto profesionales y organizacionales, como es el manejo de pacientes con patologías o problemas que requieren atención de urgencias como los poli traumatizados, mujeres en trabajo de parto, traumatismo craneoencefálicos, niños con insuficiencia respiratoria y otros , además de factores interpersonales e intrapersonales, estos juegan un rol muy importante en el desarrollo del Síndrome de Burnout. Por lo anterior, sería muy importante conocer la magnitud de este problema en el Hospital general Huixtla para generar estrategias que puedan coadyuvar en la disminución de este problema y mejorar el desempeño profesional en las distintas áreas como: la relación enfermera paciente, en la orientación sobre el auto cuidado y prevención de las enfermedades, así como mejorar el rendimiento escolar en la profesionalización del personal de enfermería para brindar una mejora en la calidad del cuidado.

3.3 Objetivos

3.3.1 Objetivo General.

Caracterizar el impacto del Síndrome de Burnout (SB) sobre el rendimiento académico del personal de enfermería que estudia la licenciatura y labora en el Hospital General Huixtla.

3.3.2 Objetivos Específicos

- Determinar la presencia del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de acuerdo a la clasificación de la misma (bajo, mediano, alto)
- Identificar las variables socio laboral (sexo, edad, estado civil, categoría, núm. de hijos entre otros.) y su posible relación con el estadio de evolución del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería.
- Identificar la influencia del SB sobre el rendimiento académico.

3.4 Metodología.

3.4.1 Población

Participaron en total 27 enfermeras estudiantes de la licenciatura en enfermería.

3.4.2 Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo porque nos permitió conocer la magnitud del problema, transversal ya que se realizó un corte en el tiempo y correlacional debido a que se estudió la posible interacción entre el SB y rendimiento académico.

3.5 Criterios de inclusión:

- Enfermeras que cursen la licenciatura en enfermería.
- Personal de enfermería que acepte participar en el proyecto de forma voluntaria.

3.6 Criterios de exclusión:

- Enfermeras que no acepten participar en el proyecto.
- Enfermeras que no hallan contestado bien el cuestionario en más del 50%.
- Personal de enfermería que se encuentre ausente de clases al momento de la aplicación de la cedula.

3.7 Criterios de eliminación.

- Persona que refiera estar bajo algún tratamiento psicológico, depresivo.

3.8 Instrumentos de evaluación.

3.8.1 Encuesta socio Demográfica.

La encuesta socio Demográfica que se aplicó al personal de enfermería se ha retomado de la fuente (Savio ,2008).El instrumento a utilizar es de carácter anónimo, contiene en la primera parte ítems para recoger datos sobre características de la población que se le es llamado encuesta socio laboral como son: la edad, sexo, el estado civil, tiempo de servicio en el hospital, condición laboral, denominación del puesto, entre otros (Anexo 4).

3.8.2 Cuestionario de Maslach Burnout Inventory.

Se utilizo el cuestionario Maslach de 1986, instrumento más utilizado en todo el mundo, esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%, está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional.

El cuestionario Maslach se realiza en 10 a 15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización, realización personal.

La escala de Maslach es el instrumento de excelencia para pesquisar el síndrome de Burnout. Es auto administrado y consta de 22 ítems los que se distribuyen en tres subescalas, las que a su vez, miden los tres grandes aspectos de este síndrome: cansancio emocional (9 ítems), despersonalización (5 ítems) y falta de realización profesional (8 ítems). A modo general, podemos decir que se considera que una persona presenta el Síndrome de Burnout si su puntaje de MBI es superior a los 88 puntos. Si este puntaje fluctúa entre los 44 y 87 puntos, se considera a la persona con riesgo y/o tendencia a presentarlo alguna vez. La versión más actualizada de esta escala incluye siete opciones de respuesta para cada ítem, con puntaje de cero a siete, tipo escala de Likert, los que se suman para obtener el total de la escala y determinar la presencia del síndrome y el predominio de éste en cada uno de los aspectos mencionados anteriormente. La interpretación de la escala se hace de la siguiente manera: se le otorga un puntaje a cada sub escala de este modo:

Agotamiento Emocional (AE): consta de los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20.

El puntaje obtenido es directamente proporcional a la presencia de Burnout.

Despersonalización (DP): comprende los ítems 5, 10, 11, 15 y 22. También es directamente proporcional al nivel de Burnout.

Realización Profesional (RP): consigna los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. Esta es la única sub escala cuyo valor de puntaje es inversamente proporcional al grado de Burnout.

Por otra parte, los valores para determinar la presencia de Burnout es la siguiente:

Burnout Positivo: Aquel individuo que obtiene un puntaje igual o superior a 88 puntos entre las tres sub escalas.

Con riesgo de presentarlo: La persona cuyo resultado esté entre 44 y 87 puntos entre las tres sub escalas.

Sin Burnout: El sujeto que haya obtenido un puntaje igual o inferior a 43 puntos entre las tres sub escalas.

En esta escala, no existe un valor único para determinar la presencia de Burnout, por lo que se clasifican los puntajes dentro de un rango. Una vez sumados los puntajes clasificados por cada sub escala, se definen tres categorías:

Bajo:

AE = ó < a 18 puntos

DP = ó < a 5 puntos

RP = ó > a 40 puntos.

Medio:

AE entre 19 – 26 puntos

DP entre 6- 9 puntos

RP entre 34 – 39 puntos.

Alto:

AE = ó > a 27 puntos

DP = ó > a 10 puntos

RP = ó < a 33 puntos

(Fuente de los valores de las sub escalas: GONZÁLEZ C., R. y DE LA GÁNDARA M., J. 2004)

Cansancio emocional: Nivel de agotamiento debido al contacto permanente con público y demanda laboral.

Categorización:

Nivel Bajo: < 18 puntos

Nivel Moderado: 19 - 26 puntos

Nivel Alto: >27 puntos

Despersonalización: Grado de desarrollo de actitudes y/o sentimientos negativos hacia los usuarios.

Categorización:

Nivel Bajo: <5 puntos

Nivel Moderado: 6 - 9 puntos

Nivel Alto: >10 puntos

Falta de realización profesional: Autocrítica que guarda relación con la eficacia de su desempeño laboral.

Categorización:

Nivel Bajo: > 40 puntos

Nivel Moderado: 34 - 39 puntos

Nivel Alto: < 33 puntos.

3.9 Descripción general del proceso de investigación

Para la ejecución del estudio se realizaron los trámites administrativos mediante oficios dirigidos al Director del Hospital General Huixtla a fin de obtener la autorización respectiva. Previa autorización de la población de estudio (consentimiento informado), se procedió a aplicar el instrumento (Escala de medición de Burnout y Maslach) para conocer los niveles del SB. Posteriormente, se calificó el instrumento de cada uno de los participantes y se clasificó a cada persona de acuerdo al grado de SB que presenten (bajo, medio y alto). Posteriormente se analizó la posible correlación entre la información socio demográfica y la presencia de SB, así como la influencia del Burnout sobre el rendimiento académico, mediante un programa estadístico llamado Statgraphics.

Para analizar el rendimiento académico se utilizaron las calificaciones finales del primer semestre de la Licenciatura en Enfermería, ya que no se logro tener acceso al proceso de evaluación en todo el semestre.

3.10 Consideraciones éticas.

Dentro de las consideraciones éticas se respeto la integridad del personal en estudio, así como la confidencialidad de la información proporcionada por el personal de enfermería en estudio con la previa autorización de ellos y de esta forma cumplir con los lineamientos y normas establecidas, así como también se tuvo en consideración la autorización de la institución (ver Anexo 2, 3)

CAPITULO IV

4.1 Descripción de la población de referencia.

Participaron los grupos que estudian del día viernes y sábado enfermería haciendo un total de 27 enfermeros.

4.2 Datos laborales de la población de referencia.

Tabla 5. Centro laboral, categoría y servicio de población estudiada.

Centro laboral	n	%
Hospital General Huixtla	20	74
Centro de salud urbano Huixtla	1	3.8
Centro de salud urbano Escuintla	1	3.8
Jurisdicción sanitaria Motozintla	2	7.3
CERESO	1	3.8
No respondió	2	7.3
Total	27	100
Categoría	n	%
Auxiliar de enfermería	3	11.1
Enfermera general	19	70.4
Enfermera especialista	2	7.4
No respondió	3	11.1
Total	27	100
Servicio	n	%
Hospitalización	4	14.8

Mixto	4	14.8
UCIN	2	7.4
Diálisis	1	3.7
Quirófano	1	3.7
Toco cirugía	1	3.7
CEyE	3	11.1
Urgencias	1	3.7
Otros	4	14.8
No respondió	6	22.3
Total	27	100

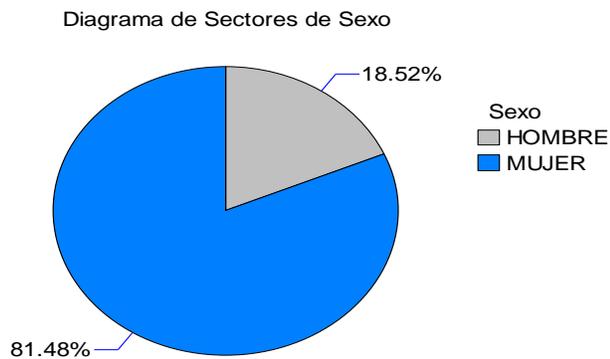
Fuente: Encuesta socio laboral aplicado a estudiantes de licenciatura en enfermería.

RESULTADOS

GRAFICO 1

Descripción de la población

SEXO.



Fuente: Encuesta socio laboral aplicado a estudiantes de licenciatura en enfermería.

Tabla 6 de Frecuencia para la variable Sexo.

Clase	Valor	Frecuencia	Porcentaje
1	HOMBRE	5	18.52
2	MUJER	22	81.48

Fuente: Encuesta socio laboral aplicado a estudiantes de licenciatura en enfermería.

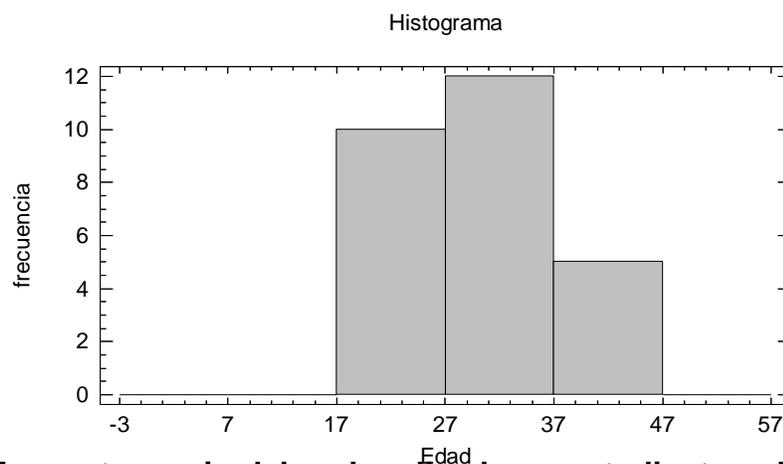
En cuanto a la distribución por sexo, el 18.5 % de la población de referencia son hombres, y sólo el 81.48 % son mujeres.

EDAD

Tabla 7. Resumen Estadístico para Edad

Recuento	27
Promedio	30.963
Mediana	32.0
Desviación Estándar	7.42906
Coefficiente de Variación	23.9934%
Mínimo	20.0
Máximo	45.0

GRAFICO 2



Fuente: Encuesta socio laboral aplicado a estudiantes de licenciatura en enfermería.

Del total de alumnos encuestados la edad promedio es de 27 ± 7.4 años, con un porcentaje de variación del 23%, la edad mínima fue de 20 y la máxima de 45 años, como se puede observar en el histograma no hay una gran variación en cuanto a las edades de los estudiantes.

GRAFICO 3

ESTADO CIVIL:

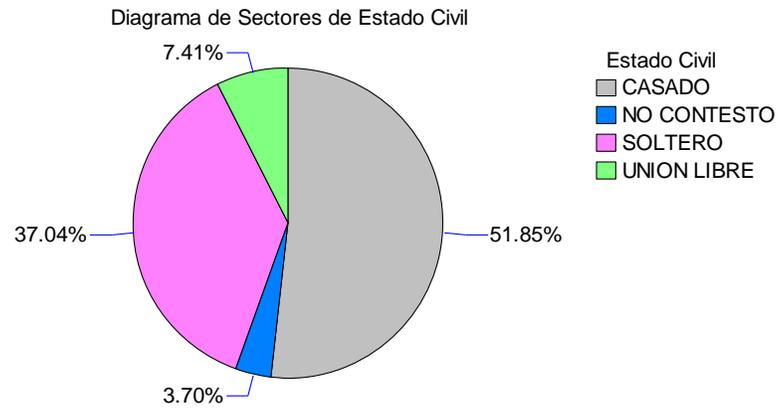


Tabla 8 de Frecuencia para Estado Civil

			<i>Frecuencia</i>
<i>Clase</i>	<i>Valor</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Relativa</i>
1	CASADO	14	51.85
2	NO CONTESTO	1	3.70
3	SOLTERO	10	37.04
4	UNION LIBRE	2	7.41

Fuente: Encuesta socio laboral aplicado a estudiantes de licenciatura en enfermería.

El 51.85% casados, el 37% son solteros, el 7.41% unión libre y el 3.7% no respondió a dicho cuestionamiento en la encuesta.

GRAFICO 4.

ESCOLARIDAD:

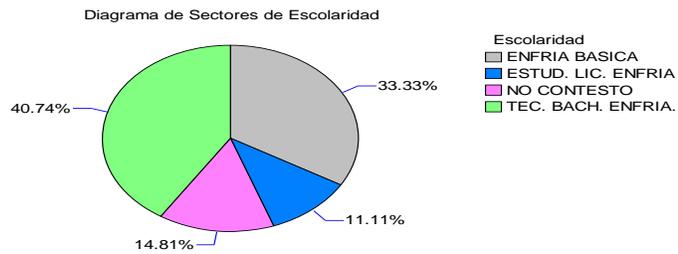


Tabla 9. Frecuencia para Escolaridad

Clase	Valor	Frecuencia	Porcentaje
1	ENFRIA BASICA	9	33.33
2	ESTUD. LIC. ENFRIA	3	11.11
3	NO CONTESTO	4	14.81
4	TEC. BACH. ENFRIA.	11	40.74

Fuente: Encuesta socio laboral aplicado a estudiantes de licenciatura en enfermería.

La escolaridad de los participantes 41% es técnico bachillerato en enfermería, el 33% tiene una carrera básica en enfermería, el 11% es estudiante de licenciatura en enfermería, y el 15% no respondió.

GRAFICO 5.

TRABAJO EN OTRA INSTITUCION:

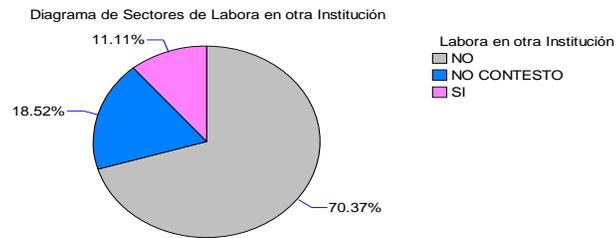


Tabla 10. Frecuencia para Labora en otra Institución.

Clase	Valor	Frecuencia	Porcentaje
1	NO	19	70.37
2	NO CONTESTO	5	18.52
3	SI	3	11.11

Fuente: Encuesta socio laboral aplicado a estudiantes de licenciatura en enfermería.

En cuanto a la variable de laborar en otra institución el 70.37%, el no labora en otra institución 11% labora en otra institución, y el 18.5% no contesto la pregunta.

GRAFICO 6

RENDIMIENTO ACADEMICO

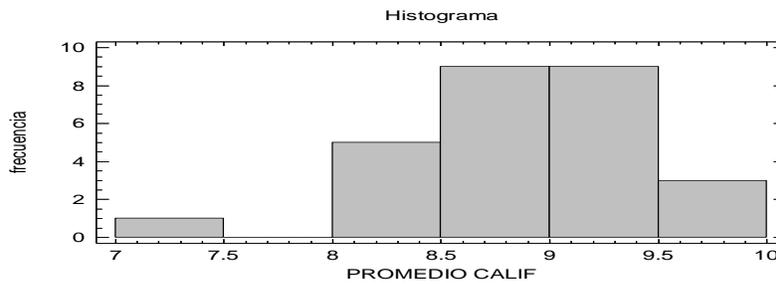


Tabla. 10 Resumen Estadístico para PROMEDIO CALIF

Recuento	27
Promedio	8.85556
Mediana	8.8
Desviación Estándar	0.575348
Coeficiente de Variación	6.49703%
Mínimo	7.2
Máximo	9.8

Para considerar el rendimiento académico de los estudiantes se tomó el valor de su promedio semestral ya que fue la única fuente de información a la cual se pudo acceder y se obtuvo lo siguiente. Del total de valores la calificación promedio fue de 8.8 ± 0.57 puntos, con un porcentaje de variación del 6.49%, la calificación mínima fue de 7.2 y la máxima de 9.8, cabe mencionar que dentro de la estructura del programa de estudios la calificación aprobatoria mínima es de ocho por lo que solamente un alumno está por debajo del valor mínimo de aprobación como se puede observar en el histograma, también la mayor proporción de calificaciones se encuentran en el rango de 8.5 a 9.5.

Fuente: Encuesta socio laboral aplicado a estudiantes de licenciatura en enfermería.

RESULTADOS DE LA MEDICIÓN SB EN SUS TRES DIMENSIONES.

GRAFICO 7.

REALIZACION PROFESIONAL.

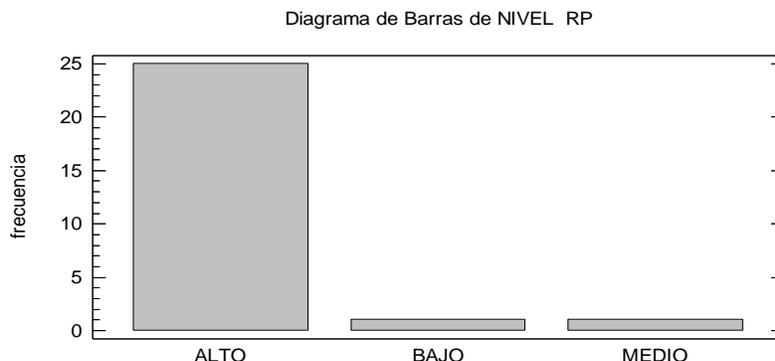


Tabla 11. Frecuencia para NIVEL RP.

Clase	Valor	Frecuencia	Porcentaje
1	ALTO	25	92.59
2	BAJO	1	3.70
3	MEDIO	1	3.70

La realización personal evalúa los sentimientos de Auto eficacia y realización personal en el trabajo. En la medición de los resultados se encontró que más del 92%, resultado con alto porcentaje en la realización personal lo que significa que se encuentran en puntuaciones menores a 33 puntos obteniendo una puntuación alta en esta dimensión por lo que no se encuentran satisfechos con su realización personal y alrededor de dos personas si se encuentran satisfechos en su eficiencia y realización.

Fuente: Encuesta socio laboral aplicado a estudiantes de licenciatura en enfermería.

GRAFICO 8.

DESPERSONALIZACION:

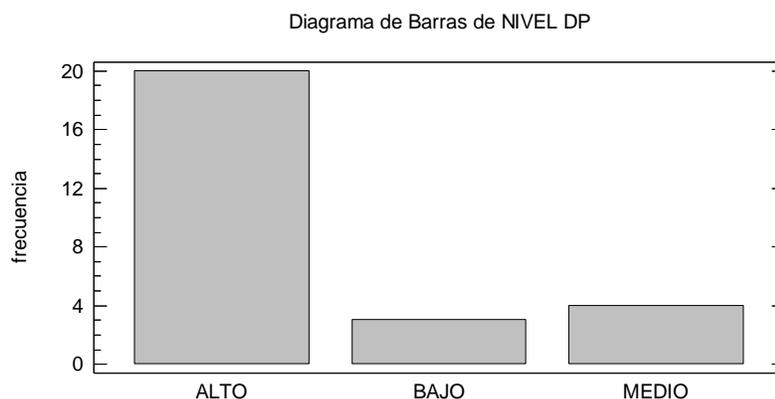


Tabla 12. Frecuencia para NIVEL DP

Clase	Valor	Frecuencia	Porcentaje
1	ALTO	20	74.07
2	BAJO	3	11.11
3	MEDIO	4	14.81

La despersonalización es un modo de responder a los sentimientos de impotencia, indefensión y desesperanza personal, en la medición de los resultados se encuentra que 74% de la población estudiada se encuentra en un alto porcentaje de despersonalización, 14 % en nivel medio y 3% en bajo.

Fuente: Encuesta socio laboral aplicado a estudiantes de licenciatura en enfermería.

GRAFICO 9.

AGOTAMIENTO EMOCIONAL:

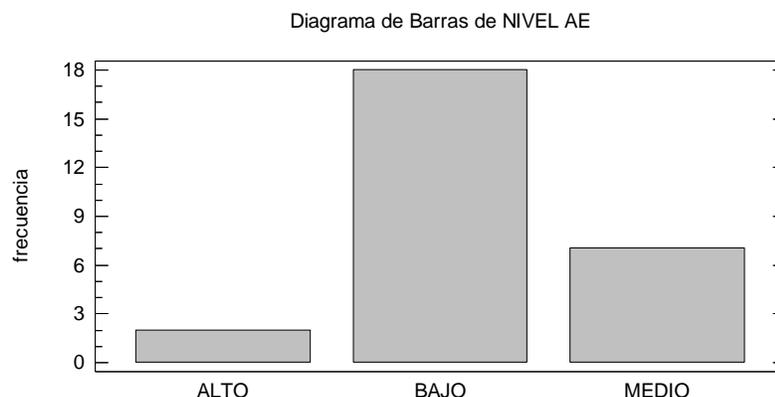


Tabla 12. Frecuencia para NIVEL AE

Clase	Valor	Frecuencia	Porcentaje
1	ALTO	2	7.41
2	BAJO	18	66.67
3	MEDIO	7	25.93

Agotamiento emocional constituye la primera fase del proceso, caracterización por una pérdida progresiva de las energías vitales en la medición de los resultados se encontró que el 66 % se encuentran en nivel bajo, el 25% en nivel medio y alrededor de dos personas se encuentran en agotamiento emocional.

Fuente: Encuesta socio laboral aplicado a estudiantes de licenciatura en enfermería.

GRAFICO 10

NIVEL DE SB.

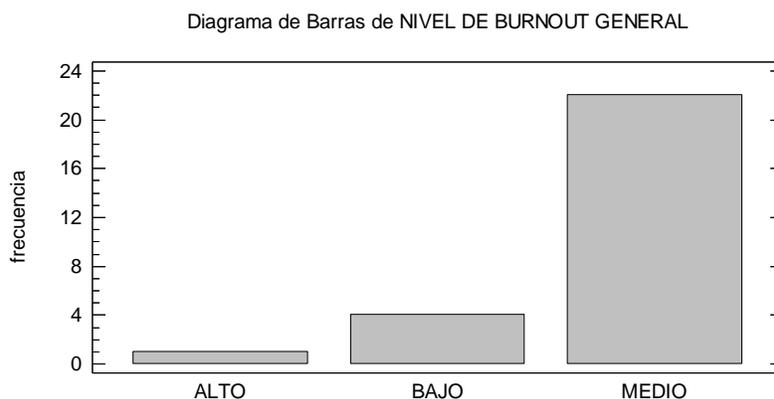


Tabla 13. Frecuencia para NIVEL DE SB GENERAL

Clase	Valor	Frecuencia	Porcentaje
1	ALTO	1	3.70
2	BAJO	4	14.81
3	MEDIO	22	81.48

El SB es un tipo específico de estrés laboral crónico, en la medición de resultados se encuentra que la población estudiada se encuentra en un 81% en el nivel medio, 14% en nivel bajo y una persona se encuentra con el síndrome presente.

Fuente: Encuesta socio laboral aplicado a estudiantes de licenciatura en enfermería.

RESULTADOS DEL SB

PRUEBA DE INDEPENDENCIA DE VARIABLES RENDIMIENTO ESCOLAR VS. NIVEL DE BURNOUT. TABULACION CRUZADA.

Tabla. 14. Rendimiento académico por NIVEL DE SB GENERAL

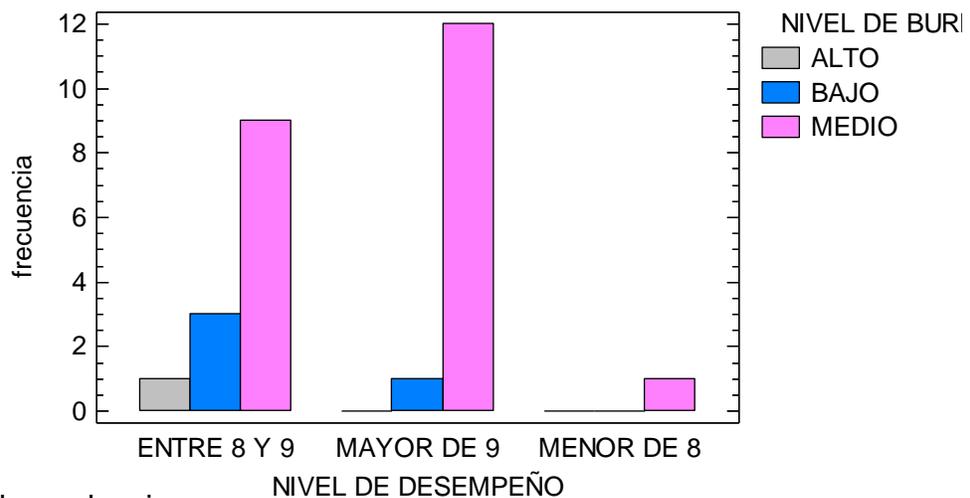
	NIVEL DE SB			
Rendimiento académico	BAJO	MEDIO	ALTO	Total por Fila
MENOR DE 8	0	1	0	1
ENTRE 8 Y 9	3	9	1	13
MAYOR DE 9	1	12	0	13
Total por Columna	4	22	1	27

Contenido de las celdas:

Frecuencia Observada.

GRAFICO 11

Diagrama de Barras para NIVEL DE DESEMPEÑO según NIVEL DE BURNOUT GENERAL



Prueba de Independencia

Ho: Las variables son independientes

Ha: Las variables presentan cierta dependencia

<i>Prueba</i>	<i>Estadístico</i>	<i>Gl</i>	<i>Valor-P</i>
Chi-Cuadrada	2.738	4	0.6026

Para comprobar si existe relación entre el síndrome de Burnout con el rendimiento académico de esta muestra de estudiantes que cursan la nivelación de la licenciatura en enfermería, se realizó una prueba de independencia considerando como hipótesis nula la consigna de que ambas variables son independientes con un nivel de confianza del 95%, aplicando como estadístico de prueba la chi cuadrada, los resultados obtenidos nos arrojan una probabilidad del 60% de no rechazar la consideración que dice la hipótesis nula por lo que no hay relación para cada valor de rendimiento académico de cada alumno con el síndrome de Burnout.

Fuente: Encuesta socio laboral aplicado a estudiantes de licenciatura en enfermería.

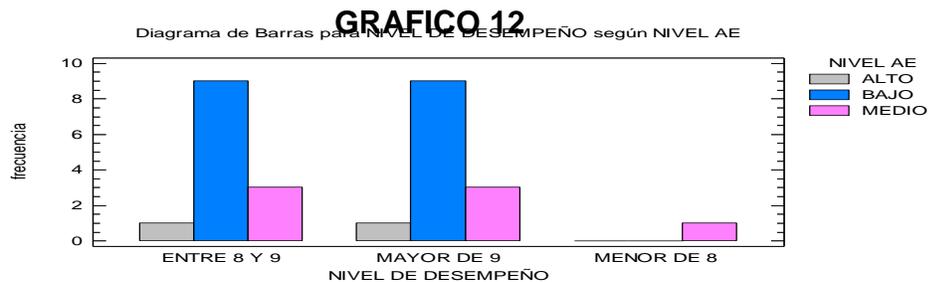
PRUEBA DE INDEPENDENCIA DE LAS VARIABLES AGOTAMIENTO EMOCIONAL VS. RENDIMIENTO ESCOLAR.

Tabla 15. Frecuencias para NIVEL DE DESEMPEÑO por NIVEL AE

	BAJO	MEDIO	ALTO	Total por Fila
ENTRE 8 Y 9	9	3	1	13
MAYOR DE 9	9	3	1	13
MENOR DE 8	0	1	0	1
Total por Columna	18	7	2	27

Contenido de las celdas:

Frecuencia Observada.



Pruebas de Independencia

Ho: Las variables son independientes

Ha: Las variables presentan cierta dependencia

<i>Prueba</i>	<i>Estadístico</i>	<i>Gl</i>	<i>Valor-P</i>
Chi-Cuadrada	2.967	4	0.5634

Para comprobar si existe relación entre el sub nivel de agotamiento emocional del síndrome de Burnout con el rendimiento académico, se efectuó una prueba de independencia considerando como hipótesis nula la consigna de que ambas variables son independientes con un nivel de confianza del 95%, los resultados obtenidos nos arrojan una probabilidad mayor del 50% por lo que no hay relación para cada valor de rendimiento académico de cada alumno con el síndrome de Burnout.

Fuente: Encuesta socio laboral aplicado a estudiantes de licenciatura en enfermería.

PRUEBA DE INDEPENDENCIA DE LAS VARIABLES DESPERSONALIZACION VS. RENDIMIENTO ESCOLAR

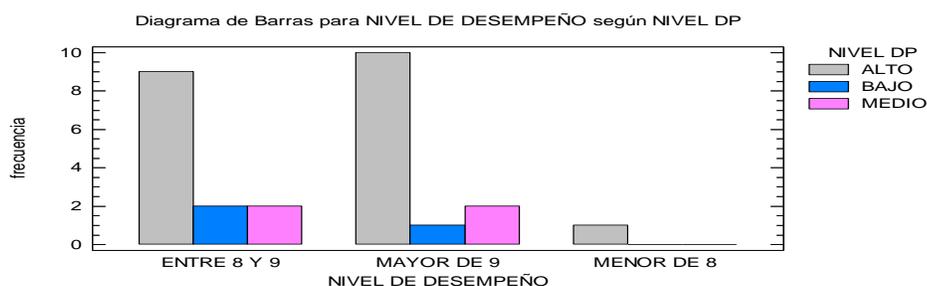
Tabla 16 Frecuencias para NIVEL DE DESEMPEÑO por NIVEL DP

	BAJO	MEDIO	ALTO	Total por Fila
MENOR DE 8	0	0	1	1
ENTRE 8 Y 9	2	2	9	13
MAYOR DE 9	1	2	10	13
Total por Columna	3	4	20	27

Contenido de las celdas:

Frecuencia Observada.

GRAFICO 13



Pruebas de Independencia

Prueba	Estadístico	Gl	Valor-P
Chi-Cuadrada	0.762	4	0.9435

Para comprobar si existe relación entre el sub nivel de despersonalización del síndrome de Burnout con el rendimiento académico, se efectuó una prueba de independencia considerando como hipótesis nula la consigna de que ambas variables son independientes con un nivel de confianza del 95%, los resultados obtenidos nos arrojan una probabilidad mayor del 90% por lo que no hay relación para cada valor de rendimiento académico de cada alumno con el síndrome de Burnout.

Fuente: Encuesta socio laboral aplicado a estudiantes de licenciatura en enfermería.

PRUEBA DE INDEPENDENCIA DE LAS VARIABLES REALIZACION PROFESIONAL VS. RENDIMIENTO ESCOLAR

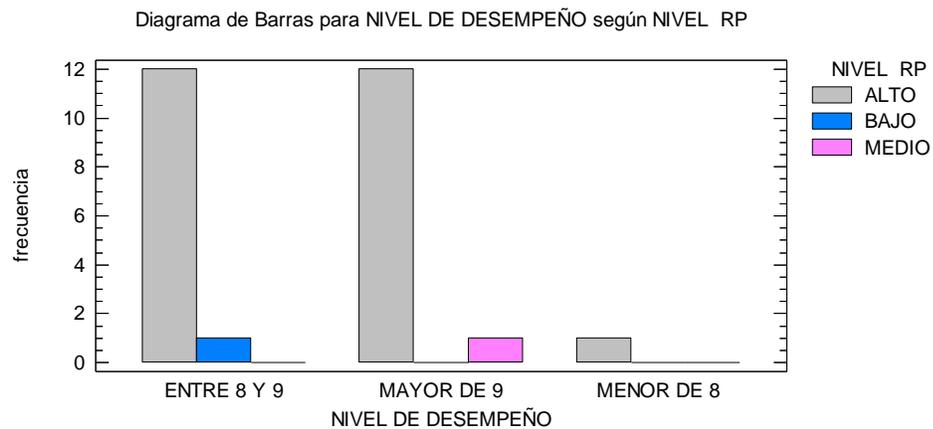
Tabla 16 Frecuencias para NIVEL DE DESEMPEÑO por NIVEL RP

	ALTO	BAJO	MEDIO	Total por Fila
MENOR DE 8	1	0	0	1
ENTRE 8 Y 9	12	1	0	13
MAYOR DE 9	12	0	1	13
Total por Columna	25	1	1	27

Contenido de las celdas:

Frecuencia Observada

GRAFICO 14



Pruebas de Independencia

<i>Prueba</i>	<i>Estadístico</i>	<i>G/</i>	<i>Valor-P</i>
Chi-Cuadrada	2.160	4	0.7064

Fuente: Encuesta socio laboral aplicado a estudiantes de licenciatura en enfermería.

Para comprobar si existe relación entre el sub nivel de realización personal del síndrome de Burnout con el rendimiento académico, se efectuó una prueba de independencia considerando como hipótesis nula la consigna de que ambas variables son independientes con un nivel de confianza del 95%, los resultados obtenidos nos arrojan una probabilidad 70% por lo que no hay relación para cada valor de rendimiento académico de cada alumno con el síndrome de Burnout.

Como estrategia para tratar de profundizar la falta de correlación entre las calificaciones obtenidas y la presencia del SB, nos dimos a la tarea de realizar una entrevista abierta tanto a los algunos profesores que imparten cátedra en el programa de Licenciatura en Enfermería como a estudiantes que cursan el programa. Para lo anterior acudimos al escenario donde se imparten las clases y de manera respetuosa y cordial invitamos a que dos maestros respondieran a la entrevista abierta. A continuación enlistamos las preguntas realizadas y las respuestas obtenidas.

Preguntas a profesores.

- 1.- ¿Cómo es el proceso de evaluación?
- 2.- ¿Usted toma los criterios de evaluación de la escuela?
- 3.- ¿Cómo considera usted el proceso de evaluación para establecer un aprovechamiento escolar?
- 4.- ¿Cuáles son las sugerencias que usted pudiera darnos para mejorar su estrategia?
- 5.- ¿Cómo podría explicar el contraste de las calificaciones y que se encuentren en un nivel medio del Burnout?

Respuestas de profesores.

R1.- A través de productos, participaciones y asistencia.

R2.- Si se conocen los criterios de evaluación que la escuela proporciona pero se toma libertad de cátedra.

R3.- No muy bien ya que se toman diferentes aspectos pero en lo que considero esta débil en que ofrecen la opción por titulación por promedio.

R4.- Que al término del curso de nivelación no fuera por promedio si no a través de un examen general de conocimientos de todas las asignaturas que llevaron en el curso.

R5.- Que por obtener la calificación que sea aprobatoria y lograr el promedio aprobatorio trabajan más y por lo tanto se estresan más, aparte de que algunos ya hacia un buen tiempo no estudiaban.

Preguntas a estudiantes

1.- ¿Cómo consideras el proceso de evaluación?

2.- ¿Se considera usted estresado en el proceso de evaluación?

3.- ¿Considera usted un aprendizaje significativo?

4.- ¿Cuáles son las sugerencias que usted pudiera darnos para mejorar las estrategias de los docentes?

5.- ¿Cómo podría explicar el contraste de las calificaciones y que se encuentren en un nivel medio del Burnout?

Respuestas de estudiantes.

R1.- Bueno pero en un principio no muy le entendía a las tareas y en los trabajos finales entregue a como le entendí.

R2.- Si por lo mismo que en un inicio no entendía las tareas y eso me estreso.

R3.- Siento que me hace falta llevar las asignaturas más a fondo pero eso es más tiempo y lo que me urge es terminar mi licenciatura.

R4.- Que no dejen muchas tareas

R5.- Que contraste porque la verdad si me siento estresado y aun no me siento satisfecho con la calificación que obtuve.

DISCUSIÓN.

En diversos trabajos se ha referido la importancia de presentar una categoría moderada del síndrome de Burnout ya que es el preámbulo para alcanzar el siguiente estatus más grave. La etapa moderada se caracteriza por insomnio déficit de atención falta de concentración y tendencia a la automedicación (Corsi, 2008). Lo anterior, impacta drásticamente a los resultados encontrados ya que la mayor proporción (80%) de la población estudiada presentó Burnout moderado. Lo que representa un dato alarmante para el estado de salud de las personas estudiadas, en donde sería indispensable empezar a recibir tratamiento psicológico e implementar programas integrales que permitan mitigar el avance negativo del estrés. Dentro de las estrategias generales sugeridas para coadyuvar los efectos del estrés se destacan el cambio de hábitos referentes a recuperar el ciclo normal sueño vigilia, practicar ejercicios aeróbicos o relajación, mejorar la alimentación. Por otra parte en el ámbito laboral es importante.

- Planear el trabajo cada día a fin de cumplir con todas las actividades inherentes al puesto antes del término del turno.
- Evitar tantas interrupciones en el trabajo.
- Aprender a identificar las molestias de índole fisiológico, psicológico, conductual y laboral del síndrome de Burnout y buscar ayuda con el servicio de psicología y psiquiatría así como a la jefatura de enfermería para solicitar un cambio de servicio inmediato.
- Procurar estar por lo menos un año en los servicios de alta especialidad como las unidades que demandan mayor enfrentamiento con la tecnología, falta de apoyo social, mucho trabajo físico y desgaste emocional.
- Evitar la improvisación en el trabajo como recurso cotidiano, ya que el no contar con recursos para el trabajo general un ambiente laboral hostil, produce insatisfacción, ausentismo y demás en salud mental.
- Solicitar a las autoridades establecer sistemas de estímulos para el trabajo en donde se mejore el salario y se den premios y reconocimientos a las contribuciones extraordinarias del personal en el desempeño de sus labores.

- Solicitar capacitación en las áreas de especialidad que se sientan débiles para el desempeño de su trabajo, por ejemplo cursos de manejo de estrés, afrontamiento del Burnout, tanatología.
- Buscar por todos los medios la realización personal y profesional, dentro y fuera de los hospitales creando metas posibles de crecimiento y desarrollo personal y profesional.
- Acostumbrarse a salir del trabajo permitirá ver otro entorno y apartarse tanto física como mentalmente de una tarea demandante.
- Recurrir al buen humor aligera las situaciones estresantes. Hay que aprender a reírse de los problemas ya que el buen humor levanta el ánimo y el de la gente que está alrededor.
- Tratar de no mezclar las cuestiones del trabajo con la vida familiar. (Balseiro, 2010)

Cuando analizamos los resultados por las dimensiones que integran el SB, llama la atención el alto porcentaje de la población estudiada que presentó datos altos de despersonalización (74%), así como alteraciones importantes en la realización personal (92%). Las alteraciones en el rubro de la despersonalización nos hablan de que las personas presentan deshumanización, consistente en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y de cinismo hacia los receptores de servicio prestado (Corsi, 2008). Mientras que las pérdida de ideales y fundamentalmente un apartamiento de actividades familiares, sociales y recreativas, creando una especie de auto reclusión, lo que forma parte de las manifestaciones de la falta de realización personal por no saber tratar con eficacia los problemas en su trabajo, así también, dificultad para relacionarse con sus pacientes y compañeros de trabajo y grupo.

Es sorprendente la falta de correlación entre la presencia del SB y el rendimiento académico de las participantes en este estudio, pese a los datos claros de afectación en el difícil de la atención y a la falta de concentración que son característicos de las personas con un SB moderado. Lo anterior nos podría hablar de posibles deficiencias en el sistema de evaluación que no permiten captar este impacto del estrés en el aprovechamiento académico. Para tratar de investigar este punto nos dimos a la tarea de realizar una entrevista abierta tanto a los docentes como a los alumnos del programa de Licenciatura en enfermería, en donde evidenciamos

distintos factores que podrían estar impactando directamente en el sistema de evaluación que actualmente se tiene en esta licenciatura, para el análisis correspondiente de estos factores los hemos dividido en dos grandes rubros: a lo establecido en el modelo pedagógico y los criterios de evaluación que verdaderamente utilizan los docentes responsables de la cátedra, así como su perfil y nivel de estudios. Por ejemplo, la calificación mínima aprobatoria es de ocho (8), el modelo pedagógico establecido está basado en competencias, en donde es más importante evaluar el proceso más que el producto (Plan de estudios de nivelación de Lic. en Física, 2012). Ya que existe una ponderación porcentual y un alto porcentaje que se le dedica a la participación y tareas, y un mínimo e incluso en algunas materias se evade la aplicación de un examen teórico (Plan de estudios de nivelación de Lic. en Física, 2012). En cuanto a los criterios que los docentes aplican muchas veces referido por ellos mismos en una entrevista, difieren de lo establecido en los programas operativos y lo fundamentan en la libertad de cátedra. Esto último se ve trágicamente enriquecido por la falta del perfil pedagógico de los maestros y el nivel de licenciatura que la mayoría de ellos ostentan. A manera de conclusión es posible que la conjunción e interacción de los diferentes factores que integran la evaluación sean los responsables de la falta de reflejo de las alteraciones conductuales en las calificaciones.

Por lo que se sugiere hacer un estudio psicopedagógico de las estudiantes de licenciatura tanto al inicio del curso como en el transcurso de la carrera. Así como homogenizar e integrar los criterios de evaluación mediante la combinación de un modelo pedagógico mixto que no solo contemple la evaluación del proceso sino también la de producto.

CONCLUSIONES

Al realizar este estudio se encontró en cuanto al rendimiento académico los alumnos de la licenciatura en enfermería solo un alumno esta por debajo de la calificación mínima aprobatoria, y en cuanto al síndrome de Burnout los niveles van de bajo a medio y la relación entre estas dos variables no coincide para esta población de estudio. Es relevante mencionar que aun así los alumnos han expresado dificultades en su desempeño como estudiantes algo que puede desencadenar que se incremente su escala del síndrome de Burnout mas adelante.

SUGERENCIAS

Sería importante aplicar en un futuro este mismo test para observar si se ha afectado su nivel de Burnout y en consecuencia que este afecte su rendimiento académico.

Realizar una réplica del estudio ampliando la muestra y considerando que para medir el rendimiento académico es importante tomar en cuenta la opinión de los profesores y que la institución permita tener acceso al proceso de evaluación para conocer el desempeño del alumno.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Andrade C., Rocio A. (2008): *El enfoque por competencias en educacion*. Concyteg, Año 3, No 39.
2. Álvarez E. Y Fernández L, (1991), “*El Síndrome de Burnout o Desgaste*”. (I). Revisión de Estudios. En Revista. Asoc. Esp. de Neuropsiquiatric.
3. Balseiro, Lasty. (2010). *El síndrome de burnout como un factor de riesgo laboral en el personal de enfermería*. Mexico: Trillas.
4. Barraza M Arturo y cols, (2007), *Un estudio comparativo en profesores y médicos de la ciudad de Durango*. Documento impreso. En internet: [wwwmonografias.com](http://www.monografias.com). p.2.
5. Beatriz, G. G., y Escobar, A. (2002). *Neuropatía del estrés*. *Revista mexicana de neurociencia* , 273 - 282.
6. Beneitone, Esquetini, González, Marty, Siufi, & Wagenaar. (2007). *Reflexiones y perspectivas de la educación superior en América Latina*. Informe final –Proyecto Tuning- América Latina 2004-2007. Bilbao, España: Universidad de Deusto y Universidad de Groninger.
7. Benítez, M; Gimenez, M. y Osicka, R. (2000). *Las asignaturas pendientes y el rendimiento académico: ¿existe alguna relación?* En red. Recuperado en: <http://fai.unne.edu.ar/links/LAS%2...20EL%20RENDIMIENTO%20ACADEMICO.htm>.
8. Bloch, (1987), E., *El principio de la esperanza*, Citado por Zemelman. H., en *El conocimiento como construcción y como información*, Foro Nacional Sobre Formación de Profesores Universitarios SEP, ANUIES, UNAM, México, p.p. 84-85.
9. Canales. Y Col. (1997), “*Metodología de la Investigación*”. Segunda Edición. OPS-Washington D.C.
10. Cascón, I. (2000). *Análisis de las calificaciones escolares como criterio de rendimiento académico*. En red. Recuperado en: <http://www3.usal.es./inico/investigacion/jornadas/jornada2/comunc/cl7.html>

11. Cherniss, C. (1980). *Staff burnout. Job stress in the human services*. Londres: Sage Publications.
12. Corsi, Jorge. (2008), *El síndrome de Burnout en profesionales trabajando en el campo de la violencia domestica*. Documento impreso. Fundación de mujeres, p. 2.
13. Cristina Eguiguren Li. “*Plan operativo Anual 2007*”. Hospital Nacional Especializado “Víctor Larco Herrera.
14. Esquivel, M., Carlos Gerardo et al.(2006)., *Síndrome de agotamiento profesional en el personal medico de un hospital de tercer nivel*. En la Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social, N° 45 (5).
15. Freudenberg, H.J. (1974). *Staff burn-out. Journal of Social Issues.*, 30(1), 159- 165.
16. Garzon Alarcon Nelly. (1988). *La profesionalizacion en Enfermeria y su impacto social*. ponencia IX Congreso Nacional de Enfermeria y Obstetricia. *Revista de enfermeria. IMSS.* , 1 (2 Y 3).
17. Gil Monte, P y Peiro, J. (1997): *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Editorial Síntesis.
18. Gil-Monte PR. (2003) *Sentimientos de culpa: un síntoma relevante en el proceso del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout)*. Trabajo presentado en el “VIII Congreso de Psicología Social”. Torremolinos (Málaga).
19. Gil P. (2002), *Validez Factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-Humman service Survey*. Salud Pública. 2002 p.44:30-40
20. Gómez González Beatriz y Escobar Alfonso (2002), *Neuroanatomía del estrés*, en la Revista Mexicana de Neurociencia, Vol. 3, No. 5, pp. 273-282.
21. Guevara CA, Henao DP, Herrera JA. (2004), *Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes*. Colombia Médica.p.35 (4):173-8.

22. Guillermo Axayacalt Gutiérrez Aceves, Miguel Ángel Celis López, Sergio Moreno Jiménez, Felipe Farías Serratos, José de Jesús Suárez Campos., (2006). *Síndrome de Burnout*, Arch Neurocién (Mex) Vol. 11, No. 4: 305-309, ©INNN.
23. Hernández Elías, Roberto. (1971), *Administración de Salud Pública*. La Habana, Cuba. Ediciones de Ciencia y Técnica. Instituto Cubano del Libro, p. 87.
24. Holmes Thomas, Rahe Richard (1967) *The social readjustment rating scales*, en Journal Psychosom Res, No. 11, pp. 213-218.
25. Jaffe-Gil E (2007): *Stress: Signs and symptoms, cause and effects*, 2006 (website): [www. Helpguide.org/mental/stress_signs.htm](http://www.Helpguide.org/mental/stress_signs.htm). accessed January 10.
26. Jiménez, M. (2000). *Competencia social: intervención preventiva en la escuela*. *Infancia y Sociedad*. 24, pp. 21-48.
27. Johnson, J. E., Barde, Y. A., Schwab, M., & Thoenen, H. (1986). *Brain-derived neurotrophic factor supports the survival of cultured rat retinal ganglion cells*. *The Journal of neuroscience*, 6(10), 3031-3038.
28. Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986): *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona. Martínez Roca.
29. Leiter, M. P., & Schaufeli, W. B. (1996). *Consistency of the burnout construct across occupations*. *Anxiety, Stress, and Coping*, 9(3), 229-243.
30. Lepage, G. P., & Brodsky, S. J. (1980). *Exclusive processes in perturbative quantum chromodynamics*. *Physical Review D*, 22(9), 2157.
31. López Elizalde C. (2004), *Síndrome de Burnout*. *Anestesia en ginecoobstetricia* p.27, (1):131-3.
32. Martínez López C, López Solache G, (2005), *Características del síndrome de Burnout en un grupo de enfermeras mexicanas*. Arch Medicina Familiar.p.7 (1):6-9.
33. Mason J. W. (1968), *Organization of psychoendocrine mechanisms*, en Psychosomatic Medicine, No. 30, pp. 565-808.

34. Mauksch, Hans. *in Social Interaction and Patient Care*. Op. cit. "The Nurse: Coordinator of Patient Care", p. 262.
35. Méndez Venegas J, (2004). *Estrés laboral o síndrome de "Burnout"*. Acta Pediátrica de México, p.25 (5):299-302.
36. Morrison, Michelle (1999), "*Fundamentos de Enfermería en Salud Mental*". España.
37. Navarro, R. E. (2003)., *Eficacia y Cambio en Educación*. Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, 1 (11).
38. Omar, A.; Uribe, H.; Ferreira, M.C.; Leal E.M. y Terrones, A.J.M. (2002). *Atribución Transcultural del Rendimiento Académico: Un Estudio entre Argentina, Brasil y México*. Revista de la Sociedad Mexicana de Psicología, 17(2).
39. OIT- Organización Internacional del trabajo (1994) *factores psicosociales en el trabajo: naturaleza e incidencia y prevención*. No 56, ginebra, oficina internacional del trabajo.
40. Pacheco, (1995), "*Administración de los servicios de enfermería*" Ed. Síntesis. Madrid. ISBN 84-7738-339-1.
41. Palmer Morales LY, Gómez Vera A, Cabrera Pivaral C, Prince Velez R, Searcy Bernal R.(2005), *Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional en médicos anestesiólogos de la ciudad de Mexicali*. Gac Med Mex.p.141 (3):181-3.
42. Pera G, Serra-Prat M, (2002), *Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal*. Gac Sanit, p.16 (6): 480-6.
43. Pérez, G. V.,(2008) *Síndrome de Burnout en enfermeras, del hospital Lima, Perú*.
44. Pines, A. M., y Peinan, G. (2005). *Stress and burnout: The significant difference. Personality and individual differences*. 39(3), 625-635.

45. Piñero, L.J.; Rodríguez A. (1998). *Los insumos escolares en la educación secundaria y su efecto sobre el rendimiento académico de los estudiantes*. Human Development Department. LCSHD Paper series No. 36. The World Bank. Latin América the Caribbean regional Office.
46. Pizarro, R.; Crespo, N. (2000). *Inteligencia múltiple y aprendizajes escolares*. En red. Recuperado en: <http://www.uniacc.cl/talon/antecedentes/talonaquiles5/tal5-1.htm>.
47. POLIT Hungler,(2000), "*Investigación Científica en Ciencias de la Salud*". 6ª ed. Ed. Interamericana. Pág. 434.
48. Plan de estudios de nivelacion de Lic. enfria. (2012). Tuxtla Gutierrez, Chiapas, Mexico.
49. Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach burnout inventory-general survey*. *The Maslach Burnout Inventory-Test Manual*, 19-26.
50. Sale Hans, (1974), *The evolution of the stress concept*, en *American Scientist*, No. 61,pp. 692-699.
51. Savio, Silvana A. (01 – 04 – 2008). *El síndrome de Burnout: un proceso de estrés laboral crónico, facultad de ciencias sociales*. Año v, numero 8, VI, pp. 121 – 138. ISSN1668 – 5024.
52. Skipper, J. K., ed. *Social Ineraction and Patient Care*. J. B. Lippincott, Philadelphia, 1965, p. XIII "Introduction".

CONSENTIMIENTO INFORMADO E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

LEA la siguiente información para estar seguro/a que comprende perfectamente el objetivo de este estudio que se realizará, y firme en caso de que esté de acuerdo para participar en él:

Estimada profesional de enfermería, mi nombre es Nancy Elodia Escobar López, soy maestrante en docencia en ciencias de la salud egresada de la Universidad autónoma de Chiapas. En esta oportunidad me encuentro desarrollando un trabajo de investigación titulado “influencia del Síndrome de Burnout (SB) en el rendimiento académico en los trabajadores estudiantes de licenciatura en enfermería hospital general de Huixtla” siendo necesario obtener información a través de este instrumento de recolección de datos que se encuentra dividido en una encuesta socio demográfica y la encuesta de escala de medición del síndrome de Burnout, que permitirá identificar la posible existencia de este síndrome en las Enfermeras estudiantes de licenciatura en enfermería, y a la vez sus resultados orientarán a jefatura de Enfermería a elaborar estrategias efectivas de afrontamiento y prevención del síndrome contribuyendo a asegurar la calidad asistencial y calidad de vida del profesional de enfermería.

Agradezco anticipadamente su colaboración, garantizándole absoluta confidencialidad en los datos.

Después de haber leído y comprendido el objetivo del estudio, y haber resuelto las dudas que tenía, en forma consciente y voluntaria doy mi consentimiento para participar en el estudio.

Firma _____ lugar _____ fecha _____ 2012

“Influencia del Síndrome de Burnout en el rendimiento académico en los trabajadores estudiantes de licenciatura en enfermería hospital

Nombre (iniciales) _____ firma _____ sexo _____ edad _____
 Lugar donde labora _____ Servicio _____ puesto _____ antigüedad _____
 Estado civil _____ Núm. De hijos _____ Labora en otra institución _____ Grado máximo estudio _____

1 Usted considera que actualmente enfrenta situaciones de estrés o conflictos en el ámbito:	Familiar	
	Laboral	
	Familiar y laboral	
	Otros	
	No enfrenta esas situaciones	
	No responde	
2. Actualmente padece algún trastorno conductual, psicológico (Ansiedad, depresión, etc.)	SI	
	NO	

Marque con una X en el espacio donde usted considere.		nunca	pocas veces al año	Una vez al mes	pocas veces al mes o menos	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	todos los días
CANSANCIO EMOCIONAL								
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo								
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo								
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar								
4. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo, es tensionante.								
5. Me siento quemado (desgastado), cansado por mi trabajo								
6. Me siento frustrado o aburrido de mi trabajo								
7. Creo que estoy trabajando demasiado								
8. Trabajar directamente con personas me produce estrés								
9. Me siento acabado, como si no pudiese dar más								
DESPERSONALIZACIÓN								
1. Creo que trato a los pacientes de una manera impersonal, apática								
2. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión								
3. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente								
4. Siento que me preocupa poco lo que le ocurre a mis pacientes								
5. Yo siento que las otras personas que trabajan conmigo me acusan por algunos de sus problemas								
REALIZACIÓN PERSONAL								
1. Comprendo fácilmente como se sienten los demás								
2. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes								
3. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas								
4. Me siento muy activo								
5. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes								
6. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes								
7. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión								
8. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma								