

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**MAESTRÍA EN PSICOLOGIA ORGANIZACIONAL**



Tesis para optar el Grado Académico de Maestro en Psicología Organizacional

Relación del Clima Social en el Trabajo y el Síndrome de Burnout en  
Personal Asistencial de una Organización Hospitalaria Pública

Autor: Cajo Ccencho, Carlos Alberto

Asesor: Dr. Luis Vicuña Peri

LIMA – PERU

2022

## Página del Jurado:

Miembros del Jurado examinador en el borrador de la tesis, integrado por:

1. Presidente: Mg. Elena Cano Correa
2. Miembro: Mg. Carlos E. Valdez Barber
3. Miembro: Dr. José Alarcón Centti
4. Asesor: Dr. Luis Vicuña Peri
5. Representante de la EPG:

## **DEDICATORIA**

Es un hermoso placer para mí, dedicarle este estudio exclusivamente a Jehová Dios, porque es el creador y fuente de la vida y merece recibir el honor; aún por el tiempo transcurrido, decidí hacer cuanto estaba en mis manos como el presente estudio a fin de que Jah tuviera algo que bendecir.

## AGRADECIMIENTOS

A mi hermosa y amada esposa Geraldine, gracias por ser así, auténtica y espontánea, ha sido muy motivante por todo lo que significa y significará siempre en mi vida, aprovecho la oportunidad para expresarte que te amo una vida eterna y más, a tu lado.

A mi madre por su amor infinito, mis hermanas Carmen, María por su amor y apoyo incondicional, su comprensión, cuidado y protección en todo mi desarrollo personal y profesional; a mi sobrina Viena que ha sido en mi un sinnúmero de alegrías y parte fundamental en mi vida profesional.

Agradecerle a mi compañero de trabajo, entrañable y gran amigo Luis Ayulo, por motivarme y ayudarme en asumir una actitud tranquila y a la vez proactiva a pesar de las circunstancias adversas que nos puede presentar la vida.

Al Dr. Luis Vicuña Perí, por sus conocimientos, orientaciones, su dedicación, agradecerle infinitamente porque en el tiempo de la pandemia vino en socorro para ayudarme a culminar el presente estudio.

A Augusto cha cha por su ayuda incondicional en mis temas de investigación dando sus aportes y ánimo.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

Título de tesis	I
Nombres y apellidos del Autor	I
Nombres y apellidos del Asesor	I
Página del jurado	II
Dedicatoria	III
Agradecimiento	IV
Indice de contenido	V
Indice de tablas	VII
Indice de figuras	X
<b>Resumen</b> (Palabras claves)	XI
<b>Abstract</b> (Keys Words)	XII
<b>Introducción</b>	13
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	17
1.1 Descripción del Problema	17
1.2 Formulación del Problema	22
1.2.1 Problema General	22
1.2.2 Problemas Específicos	22
1.3 Importancia y Justificación del Estudio	22
1.4 Delimitación del estudio	26
1.5 Objetivos de la Investigación	27
1.5.1 Objetivo General	27
1.5.2 Objetivos Específicos	27
<b>CAPITULO II: MARCO TEORICO</b>	28
2.1 Marco histórico	28
2.2 Investigaciones relacionadas con el tema	38
2.3 Estructura teórica y científica que sustenta el estudio	47
2.4 Definición de términos básicos	79
2.5 Fundamentos teóricos que sustentan la hipótesis	81
2.6 Hipótesis	98

	VI
2.6.1 Hipótesis General	98
2.6.2 Hipótesis Específicos	98
2.7 Variables	99
<b>CAPITULO III: MARCO METODOLOGICO</b>	<b>115</b>
3.1 Tipo, método y diseño de la investigación	115
3.2 Población y muestra	116
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos (validez y confiabilidad)	118
3.4 Descripción de procedimientos de análisis	125
<b>CAPITULO IV: RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS</b>	<b>129</b>
4.1 Análisis de resultados descriptivos	129
4.1.1 Análisis de resultados de las medidas de tendencia central, variación y distribución de la muestra	129
4.1.2 Resultados de estadística descriptiva del Clima Social en el Trabajo ...	135
4.1.3 Resultados de estadística descriptiva de Síndrome de Burnout	143
4.2 Prueba de hipótesis	155
4.2.1 Prueba Chi cuadrado de Pearson entre la Dimensión Relaciones Interpersonales del Clima Social en el Trabajo y el Síndrome de Burnout	155
4.2.2 Prueba Chi cuadrado de Pearson entre la Dimensión Autorrealización del Clima Social en el Trabajo y el Síndrome de Burnout	161
4.2.3 Prueba Chi cuadrado de Pearson entre la Dimensión Estabilidad/Cambio del Clima Social en el Trabajo y el Síndrome de Burnout	166
4.3 Análisis de resultados de Estadística Inferencial	174
4.3.1 Análisis y discusión de resultados de Normalidad estadística de los datos	174
4.3.2 Análisis y discusión de resultados de correlación de Spearman	175
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>179</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>183</b>
<b>ANEXOS</b>	
Anexo 1: Declaración de autenticidad	191
Anexo 2: Autorización de consentimiento para realizar la investigación	192
Anexo 3: Matriz de consistencia	193
Anexo 4: Protocolos e Instrumentos utilizados	196

## ÍNDICE DE TABLAS

### 1. Capitulo II: Marco Teórico

Tabla 1 Relación entre variables	114
----------------------------------	-----

### 1. Capitulo III: Marco Metodológico

Tabla 2 Población	116
-------------------	-----

Tabla 3 Muestra	117
-----------------	-----

Tabla 4 Dimensiones de la escala de Clima Social en el Trabajo de Moos	120
--	-----

Tabla 5 Baremo de puntajes directo para Categoría de Clima Social en el Trabajo	122
---	-----

Tabla 6 Baremo de puntajes directo para Categoría de Burnout	127
--	-----

### 2. Capitulo IV: Resultados y análisis

Tabla 7 Medidas de tendencia central y variación de la edad de la muestra	130
---	-----

Tabla 8 Frecuencia y porcentajes de la edad de la muestra según género	131
--	-----

Tabla 9 Clasificación de los Trabajadores Asistenciales según estado civil y género .	132
---	-----

Tabla 10 Cantidad de Trabajadores Asistenciales que tienen hijos según Estado Civil	132
---	-----

Tabla 11 Cantidad de hijos que viven con el Trabajador Asistencial según Estado Civil	133
---	-----

Tabla 12 Medidas de tendencia central y variación de los años de convivencia del Trabajador	133
---	-----

Tabla 13 Periodo de años de convivencia del Trabajador Asistencial	134
--	-----

Tabla 14 Medidas de tendencia central y variación por factores y total del Clima Social en el Trabajo	135
---	-----

Tabla 15 Resultados de Categorías de Dimensión Relaciones Interpersonales	136
---	-----

Tabla 16 Resultados de Categorías de Dimensión Autorrealización	137
---	-----

Tabla 17 Resultados de Categorías de Dimensión Estabilidad/Cambio	139
---	-----

Tabla 18 Categoría de Dimensión Relaciones Interpersonales por unidades orgánicas	141
---	-----

Tabla 19 Categoría de Dimensión Autorrealización por unidades orgánicas	141
---	-----

Tabla 20 Categoría de Dimensión Estabilidad/Cambio por unidades orgánicas	142
---	-----

Tabla 21 Medidas de tendencia central y variación de Síndrome de Burnout	143
--	-----

Tabla 22 Dimensión Cansancio Emocional de Síndrome Burnout según categorías	144
---	-----

Tabla 23 Dimensión Despersonalización de Síndrome Burnout según categorías	146
--	-----

Tabla 24 Dimensión Realización Personal de Síndrome Burnout según categorías	147
--	-----

Tabla 25 Dimensión Cansancio Emocional por unidades orgánicas	148
---	-----

Tabla 26 Dimensión Despersonalización por unidades orgánicas	149
Tabla 27 Dimensión Realización Personal por unidades orgánicas	150
Tabla 28 Dimensión Cansancio Emocional por edades .....	151
Tabla 29 Dimensión Despersonalización por edades	151
Tabla 30 Dimensión Realización Personal por edades	152
Tabla 31 Dimensión Cansancio Emocional según Estado Civil	152
Tabla 32 Dimensión Despersonalización según Estado Civil	153
Tabla 33 Dimensión Realización Personal según Estado Civil	153
Tabla 34 Prueba Chi-cuadrado de las Dimensiones de Clima Social en el Trabajo y Síndrome de Burnout	154
Tabla 35 Prueba Chi-cuadrado de Factor Implicación y Cansancio Emocional	156
Tabla 36 Prueba Chi-cuadrado de Factor Implicación y Despersonalización	157
Tabla 37 Prueba Chi-cuadrado de Factor Implicación y Realización Personal	157
Tabla 38 Prueba Chi-cuadrado de Factor Cohesión y Cansancio Emocional	158
Tabla 39 Prueba Chi-cuadrado de Factor Cohesión y Despersonalización	158
Tabla 40 Prueba Chi-cuadrado de Factor Cohesión y Realización Personal	159
Tabla 41 Prueba Chi-cuadrado de Factor Apoyo y Cansancio Emocional	159
Tabla 42 Prueba Chi-cuadrado de Factor Apoyo y Despersonalización	160
Tabla 43 Prueba Chi-cuadrado de Factor Apoyo y Realización Personal	160
Tabla 44 Prueba Chi-cuadrado de Factor Autonomía y Cansancio Emocional	162
Tabla 45 Prueba Chi-cuadrado de Factor Autonomía y Despersonalización	162
Tabla 46 Prueba Chi-cuadrado de Factor Autonomía y Realización Personal	163
Tabla 47 Prueba Chi-cuadrado de Factor Organización y Cansancio Emocional	163
Tabla 48 Prueba Chi-cuadrado de Factor Organización y Despersonalización	164
Tabla 49 Prueba Chi-cuadrado de Factor Organización y Realización Personal	164
Tabla 50 Prueba Chi-cuadrado de Factor Presión y Cansancio Emocional	165
Tabla 51 Prueba Chi-cuadrado de Factor Presión y Despersonalización	165
Tabla 52 Prueba Chi-cuadrado de Factor Presión y Realización Personal	166
Tabla 53 Prueba Chi-cuadrado de Factor Claridad y Cansancio Emocional	167
Tabla 54 Prueba Chi-cuadrado de Factor Claridad y Despersonalización	168
Tabla 55 Prueba Chi-cuadrado de Factor Claridad y Realización Personal	168



Tabla 56 Prueba Chi-cuadrado de Factor Control y Cansancio Emocional	169
Tabla 57 Prueba Chi-cuadrado de Factor Control y Despersonalización	169
Tabla 58 Prueba Chi-cuadrado de Factor Control y Realización Personal	170
Tabla 59 Prueba Chi-cuadrado de Factor Innovación y Cansancio Emocional	170
Tabla 60 Prueba Chi-cuadrado de Factor Innovación y Despersonalización	171
Tabla 61 Prueba Chi-cuadrado de Factor Innovación y Realización Personal	171
Tabla 62 Prueba Chi-cuadrado de Factor Comodidad y Cansancio Emocional	172
Tabla 63 Prueba Chi-cuadrado de Factor Comodidad y Despersonalización	172
Tabla 64 Prueba Chi-cuadrado de Factor Comodidad y Realización Personal	173
Tabla 65 Resultados de normalidad de ajustes Kolmogorov-Smirnov en Clima Social en el Trabajo	174
Tabla 66 Resultados de Correlaciones de Rho de Spearman	175
Tabla 67 Rho de Spearman entre Dimensión Relaciones Interpersonales del Clima Social en el Trabajo y Despersonalización del Síndrome de Burnout	176
Tabla 68 Rho de Spearman entre Dimensión Autorrealización del Clima Social en el Trabajo y Realización Personal del Síndrome de Burnout	177
Tabla 69 Rho de Spearman entre Estabilidad/Cambio del Clima Social en el Trabajo y Cansancio Emocional del Síndrome de Burnout	178

## ÍNDICE DE FIGURAS

### 1. Capítulo II Marco Teórico

Figura 1 Influencia de la percepción en el Clima organizacional según Rensis Likert	48
Figura 2 Bosquejo analítico de la percepción del trabajador	50
Figura 3 Mapa de proceso misionales del Ministerio de Salud Perú y en los hospitales	71
Figura 4 Mapa de proceso de soporte del Ministerio de Salud Perú y mapa de proceso de soporte estándar en los hospitales (2015)	72
Figura 5 Mapa de proceso de soporte del Ministerio de Salud – Perú y mapa de proceso de soporte de hospitales (2015)	73
Figura 6 Esquema de teoría general de sistemas	77
Figura 7 Dimensiones y factores del Clima Social en el Trabajo según Moos	84
Figura 8 Proceso y Dimensiones del Síndrome de Burnout según Maslach	86
Figura 9 Estructura Burocrática profesional según Minzberg H. (1983) con jerarquías paralelas	95
Figura 10 Estructura orgánica del Hospital Nacional Docente Madre-Niño “San Bartolomé”	96

### 2. Capítulo IV Resultados y Análisis de Resultados

Figura 11 Descripción de la muestra según sus unidades orgánicas	129
Figura 12 Histograma y polígono de frecuencias según edad de la muestra	130
Figura 13 Histograma y polígono de frecuencias según tendencia de duración de convivencia	134
Figura 14 Media aritmética de cada uno de los 10 factores y el total del Clima Social en el Trabajo	135
Figura 15 Categorías de la Dimensión Relaciones Interpersonales	136
Figura 16 Categorías de la Dimensión Autorrealización	138
Figura 17 Categorías de la Dimensión Estabilidad/Cambio	139
Figura 18 Media aritmética de las 3 dimensiones de Síndrome de Burnout	144
Figura 19 Porcentajes de la Dimensión Cansancio Emocional según categoría	145
Figura 20 Porcentajes de la Dimensión Despersonalización según categoría	146
Figura 21 Porcentajes de la Dimensión Realización Personal según categoría	147

## RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo establecer la correlación entre el Clima Social en el Trabajo y el Síndrome Burnout en una muestra no probabilístico conformada por 158 profesionales asistenciales del Hospital Nacional Docente Madre-Niño “San Bartolomé”, utilizando un enfoque cuantitativo y diseño Descriptivo Correlacional Trasversal. El levantamiento de información fue mediante la aplicación de dos instrumentos de tipo Psicométrico la Escala de Clima Social en el Trabajo de Moos (WES) y el Inventario de Síndrome de Burnout de Maslach (IBM), los datos obtenidos se procesaron y analizaron estadísticamente; concluyendo la existencia de correlación directa positiva y significativa entre la Dimensión Relaciones del Clima Social de Trabajo con la Dimensión Realización Personal ( $Rho=0.175$ ;  $p<0.028$ ), asimismo la existencia de correlación de tipo inversa negativa entre la Dimensión Relaciones del Clima Social de Trabajo con las Dimensiones de Cansancio Emocional ( $Rho=-0.188$ ;  $p<0.018$ ) y Despersonalización ( $Rho=-0.205$ ;  $p<0.010$ ); no existiendo relación estadísticamente significativa entre la Dimensión Autorrealización del Clima Social de Trabajo con ninguna de las tres Dimensiones del Síndrome de Burnout; por ultimo existe correlación estadísticamente significativa de tipo inversa negativa entre la Dimensión Estabilidad/Cambio del Clima Social de Trabajo y la Dimensión Cansancio Emocional ( $Rho=-0.167$ ;  $p<0.036$ ) del Síndrome de Burnout; y no existe relación estadísticamente significativa entre la Dimensión Estabilidad/Cambio del Clima Social de Trabajo con la Dimensión Despersonalización, ni con la Dimensión Realización Personal del Síndrome de Burnout.

**Palabras claves:** Clima Social de Trabajo, Síndrome de Burnout, Personal Asistencial, Organización burocrática profesional.

## ABSTRACT

The following work aimed to establish the correlation between social climate at work and the Burnout syndrome in a non-probabilistic sample is made up of 158 assistance staff from the national hospital professor mother-child "San Bartolomé". Using a quantitative approach and a descriptive design cross-sectional correlation. The information gathering was through the application of two psychometric instruments, the Moos Workplace Social Climate Scale (WSS) and the Maslach Burnout Syndrome Inventory (MBI), the data obtained were processed and statistically analyzed; concluding the existence of a positive and outstanding direct correlation between the Social Climate Relations Dimension of Work with the Personal Achievement Dimension ( $Rho = 0.175$ ;  $p < 0.028$ ), also the existence of a negative inverse correlation between the Social Climate Relations Dimension of Work with the Dimensions of Emotional Tiredness ( $Rho = -0.188$ ;  $p < 0.018$ ) and Depersonalization ( $Rho = -0.205$ ;  $p < 0.010$ ); there is no statistically notable relationship between the Self-Realization Dimension of the Social Work Environment and any of the three Dimensions of the Burnout Syndrome; Finally, there is a statistically remarkable negative inverse correlation between the Stability / Change Dimension of the Social Work Climate and the Emotional Tiredness Dimension ( $Rho = -0.167$ ;  $p < 0.036$ ) of the Burnout Syndrome; and there is no statistically significant relationship between the Stability / Change Dimension of the Social Work Climate with the Depersonalization Dimension, nor with the Personal Realization Dimension of the Burnout Syndrome.

**Key words:** Social work climate, Burnout syndrome, assistance staff, professional bureaucratic organization

## INTRODUCCION

En un mundo caracterizado por la globalización y competitividad, las organizaciones en las cuales se encuentran inmersas las instituciones de salud, logran sus estándares de calidad en la medida que son capaces de actualizar y dirigir el talento humano, así como brindar un servicio de calidad al usuario, en este contexto en las palabras de Morocho, L. (2007) “Implica un desarrollo de competencias en el personal de las organizaciones inteligentes orientada al mejoramiento de la calidad organizacional que genere una imagen sostenible y confiable frente al cliente tanto interno (sinergia) y externa (posicionamiento por servicio de calidad institucional)”, por ello las organizaciones dirigen su dedicación creciente dirigida al estudio del factor Psicológico y su relación con una Organización sólida, floreciente y con futuro que asegure su estabilidad económica y autorrealización técnica y/o profesional en concordancia con el investigador supracitado quien menciona “El soporte de las organizaciones son sus trabajadores a las cuales se les llama factor humano, el cual los teóricos destacan y coinciden que el intangible más valioso de las organizaciones son las personas” (p.112).

La definición del concepto de Clima Social en el Trabajo se compone de tres dimensiones tales como Relaciones Interpersonales, Autorrealización y Estabilidad/Cambio, que en conjunto ofrecen una visión global de la organización hospitalaria, tratándose de un concepto multidimensional que remite a una serie de factores propios de la misma, entre los cuales podemos resaltar Implicación, Autonomía, Control e Innovación entre otros.

La globalidad del concepto de Clima Social en el Trabajo, surge a partir de una comprensión de la organización como un sistema abierto, y a la vez la organización es entendido habitualmente como medio interno, en el cual se enfoca a factores internos y no a factores del entorno en que la organización se encuentra inmersa; de ahí que se encuentra enfocado a la comprensión de las variables ambientales internas que afectan el comportamiento de las personas en la organización, lo cierto es que su aproximación a estas variables es a través de la percepción que los trabajadores tienen de ellas.

El presente estudio pretende brindar un aporte en la labor que realiza el Psicólogo Organizacional en las organizaciones de Salud, respecto al Clima Social en el Trabajo con el Síndrome de Burnout, puesto que los profesionales en estas organizaciones de tipo burocrática profesional se caracterizan por el contacto directo con personas (pacientes), el cual necesitan alta dosis de entrega e implicación especialmente como resultado del estrés prolongado que experimentan.

Respecto al Síndrome de Burnout en el presente estudio se enfoca a los profesionales Médicos, Psicólogos, Enfermeras, Obstetras y Técnicas en Enfermería que laboran en un Hospital de referencia Nacional quienes se encuentran potencialmente vulnerables y propensos que de acuerdo a los términos de Herbert J. Freudenberger (1974) citado por la revista Wachtower (1995) a "arder" o "quemarse" refiriéndose al desgaste, el sentirse exhausto por demanda excesiva de energía, favoreciendo a descubrir a las personas que ponen suficiente interés en el trabajo como para "quemarse", lo que Christina (1982) citado por la misma revista quien denominó "fatiga emocional crónica" por el deseo de lidiar exitosamente con otros seres humanos (p.4-5).

Maslach y Jackson definen Burnout como "Una pérdida gradual de preocupación y de todo sentimiento y emociones hacia las personas con las que trabaja y que conlleva a un aislamiento y deshumanización" el cual idearon un instrumento de medida denominado Maslach Burnout Inventory (MBI) identificando tres dimensiones del Burnout tales como Cansancio emocional, Despersonalización y Falta de realización personal, además agrupa las causas responsables en tres categorías: Personales, Profesionales e Institucionales.

La primera Dimensión: Cansancio emocional (CE) que es definido como "desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga" cuya consecuencia se manifiesta físicamente, psicológicamente o una combinación de ambos.

Segunda Dimensión: Despersonalización, la cual se caracteriza por actitudes negativas hacia otras personas en especial hacia los beneficiarios del propio trabajo, en este sentido en niveles moderados se relacionaría a respuestas funcionales para los profesionales, sin embargo, en grado excesivo demostraría sentimientos patológicos hacia los otros de insensibilidad y cinismo.

Tercera Dimensión: Realización Personal caracterizado por una serie de respuestas negativas hacia uno mismo y a su trabajo con síntomas de depresión, moral baja, incremento de la irritabilidad, evitación de las relaciones profesionales, baja productividad, dificultad en el manejo de la tensión por el desengaño en su propio centro laboral, pérdida de la motivación hacia el trabajo y baja autoestima fundamentado en estudios nacionales y extranjeros mencionados en el subtema de antecedentes.

El Síndrome de Burnout puede estar asociado al tiempo que los profesionales pasan cuidando a sus pacientes, su relación con aquellos que poseen un mal pronóstico, los que tienen carencias emocionales, el exceso de trabajo, los conflictos del rol profesional a desarrollar, la escasa colaboración entre los compañeros, falta de apoyo por parte del Jefe, la insatisfacción en el trabajo y el contacto frecuente con la muerte, por ello el interés en su relación con el Clima Social de Trabajo respecto al impacto de sus variables como el diseño de estructura orgánica, motivación, comunicación, innovación, confort, toma de decisiones, liderazgo e identidad.

De acuerdo al Psicólogo José Luis Martorell (2002) la Psicología Organizacional realiza las relaciones y procesos de la dinámica de las organizaciones, en cambio la Psicología del trabajo se ocupa de los aspectos Psicológicos del trabajo humano como selección de personal con énfasis en el comportamiento individual en su contexto laboral en donde labora. En este contexto al Psicólogo Organizacional en Instituciones de Salud le permitirá crear programas para un modo de afronte funcional del estrés, dirigiéndolo a la persona a superarse, lo que culminaría en una experiencia gratificante de competencia saludable.

Para la formulación del presente estudio nos enfocamos en una organización Burocrático Profesional de tipo Hospitalario - Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé – tiene como misión brindar atención integral de Salud a la Mujer, Neonato, Niño y Adolescente y ser un Centro de Referencia Nacional en la Atención Especializada y en la Docencia, Investigación con permanente innovación tecnológica con estructura orgánica que data desde el año 2003 hasta el momento (RM N° 885-2003-SA/DM). Con el objetivo de establecer cuál es la correlación entre el Clima Social en el Trabajo con el Síndrome Burnout en el personal asistencial.

El presente informe está dividido en cinco capítulos, en el primero se presenta y formula el problema, así como los objetivos e hipótesis, justificación e importancia de la investigación. En el segundo capítulo se presenta el marco teórico, que incluye los antecedentes, la descripción de cada una de las variables (Escala de Clima Social en el Trabajo y el Inventario de Burnout) y la definición de términos conceptuales y operacionales. En el tercer capítulo se explica la metodología, el tipo de estudio, diseño de investigación, población y muestra, la técnica de recolección de datos con la descripción de la batería de pruebas utilizadas en esta investigación y se describe el procedimiento de análisis estadístico tanto al nivel de la estadística descriptiva como de la estadística inferencial. En el cuarto capítulo se presentan e interpretan los resultados. Finalmente, en el capítulo quinto se presentan las conclusiones y las recomendaciones.



## CAPITULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 1.1. Descripción del Problema

El constante desarrollo de la Globalización y la Tecnología, así como la corriente Social, Política y Económica motivan a que se lleve a cabo una constante innovación en la administración hospitalaria puesto que, como organización, se encuentran afectados por el mismo sistema competitivo y globalizado que intenta disponer ineludibles cambios en su Potencial Humano

En este contexto en la entrevista al premio nobel en economía Siglitz en TV Perú (10/10/2015) “Reformas estructurales e inequidad y crecimiento” llevado a cabo en el Perú del 9 al 12 de octubre 2015, mencionó que “para mejorar la economía en un país, una decisión política ayudaría a disminuir la desigualdad y uno de los tres ejes es dar más derecho a los trabajadores”.

Concerniente al tema de Clima Social en el Trabajo en una organización hospitalaria, los Psicólogos Katz, D. & Kahn, R. (1993) en bases psicológicas de la efectividad organizacional mencionaban que las investigaciones al respecto proporcionan valiosos aportes que permiten comprender el funcionamiento organizacional hospitalario público y alcanzar cumplir los objetivos funcionales de los administradores de hospitales que “es mejorar la salud de los pacientes y no en deberes de custodia”, en este sentido el Clima Social en el Trabajo “ayudaría muchísimo creando equipos funcionales que diseñen métodos alternativos para afrontar” (p.396), asimismo Valdez, H. (1999) menciona un principio que pueden aplicarse a una organización hospitalaria al mencionar “Si la organización desea adaptarse, tendrá que resolver uno de sus problemas psicológicos más importante que es el de alentar la diversidad de aptitudes y el enriquecimiento psicológico de sus empleados” (p.42).

Para mejorar el desempeño y rendimiento en una organización hospitalaria sería importante que el servidor asistencial posea determinadas aptitudes de acuerdo a su especialidad y subespecialidad u ocupación, que le permitan lidiar exitosamente con usuarios de los servicios de salud que en su calidad de persona presentan dificultades en su bienestar físico o psicológico, la presente investigación permitirá a la gestión actual intentar desarrollar programas de acción para mejorar el desempeño del personal asistencial de la organización hospitalaria.

Olaz, A. (2013) hace referencia que en los últimos diez años se incrementó el interés por investigar el Clima Social de trabajo en las organizaciones a nivel mundial “debido a que, las organizaciones han implantado sistemas de gestión de calidad que incluyen: el diagnóstico y seguimiento de ambiente laboral para promover la mejora continua” (p.375).

Respecto a la relación de Clima Social en el Trabajo y Burnout en profesionales y técnicos asistenciales Miño, A. (2012) menciona en sus estudios realizados en Chile que la burocratización de procesos, el déficit trabajo en equipo, los problemas de comunicarse con el órgano directivo del establecimiento, la excesiva presión por las jefaturas y el poco apoyo para recompensar y reconocer el éxito laboral son los factores principales que repercuten en niveles elevados de agotamiento emocional en el trabajo.

Entre las múltiples tareas que realizan los Psicólogos en el área organizacional hospitalaria está la conducción del recurso humano como elemento más valioso de la organización, el cual contribuye a que los trabajadores, en particular el personal asistencial haga uso efectivo de sus recursos intelectuales, motivacionales, actitudinales, éticas en el éxito de los planes y programas que se desea aplicar en la mejora de la Gestión de Calidad Hospitalaria al rendir lo mejor; sin embargo los trabajadores previamente se sienten agobiados por el estrés que desencadenan las inquietudes y preocupaciones cotidianas propias de la realidad nacional, a la vez que el comportamiento humano es comprendido únicamente por los psicólogos organizacionales Marina, L. & Raffo, L. (2010) mencionan “los factores sociales, estímulos ambientales, esquemas afectivos y cognitivos, experiencias previas, valores, expectativas, interacción con otros sistemas organizacionales, aspectos biológicos como el temperamento por lo tanto el sistema holístico de la persona es dinámico, único y se orienta a ser cada vez más eficiente y productivo” (p.148).

Asimismo los profesionales asistenciales que conforman una organización Hospitalaria trabajan con personas, por ende están sujetos a un estrés particular denominado Burnout, Tacza, P. (2018) menciona que el síndrome de Burnout es propio de la ocupaciones de los profesionales de salud (Curso de Promoción de la salud - Segunda Especialidad Terapia Cognitivo Conductual de la Universidad Federico Villarreal) puesto que utilizan la empatía en su trabajo diario, sin embargo ellos mismos no son inmunes a haber pasado por eventos traumáticos en el pasado, añadiéndose a ello el trabajo con población especial que acude a los establecimientos de salud.

Investigaciones Nacionales respecto a Hospitales y Centros de Salud de Lima pertenecientes al Ministerio de Salud (MINSA), han encontrado niveles altos relacionados a la pérdida de entusiasmo y motivación en el grupo ocupacional Técnicos de Enfermería, Enfermeras y Obstetrices respecto al trabajo que desarrollan como son las labores bajo presión, ambientes inadecuados para el desarrollo de sus actividades, dificultades en las relaciones interpersonales intra-laboral que influyen en su desempeño laboral e inciden en sus emociones contenidas de frustración y estrés laboral.

Respecto al Clima Social en el Trabajo el Hospital a través de la Oficina de Personal, desarrolló un Plan de estudio con elementos constitutivos del Clima Organizacional, una remembranza de sus resultados obtenidos durante los periodos 2013 a 2018 en el cual el área asistencial conforma el 79% de los encuestados, de una muestra de 711 predomina el factor cultura organizacional e identidad institucional como saludable al encontrarse a los trabajadores identificados con la institución; sin embargo, los factores que se encuentran no saludables tornándose desagradable es el factor de toma de decisiones, entre las condiciones inadecuadas de trabajo con predominio respecto a la insatisfacción laboral que se encuentran por mejorar están los factores de recompensa, innovación, conflicto y cooperación, liderazgo y confort, esto concuerda con Quispe, L. (2019) quien menciona que las enfermeras del servicio de cuidados intensivos presentan competencias y motivación laboral, existe una relación positiva con la gestión del talento humano (p.52) y que las dificultades que perciben es referente a recompensa, innovación, conflicto y falta de cooperación entre ellas cuando se les solicita, no encuentran confort en el trabajo, falta de liderazgo adecuado que contribuya a la motivación y atraviesan a diario dificultades en la toma decisiones adecuadas.

Así también, otras situaciones investigadas son los resultados de la autoevaluación realizado por la oficina de Gestión de la Calidad de los macro procesos hospitalarios teniendo como resultados en el año 2017 que en los macroprocesos gerenciales había dificultades en el direccionamiento , puesto que ninguna unidad orgánica asumió la responsabilidad del informe de la adhesión a las guías de práctica clínica para la atención de las prioridades sanitarias y la ausencia de planes de contingencia informático, asimismo en el macroproceso de equipos e infraestructura era necesario contar con un Manual para el mantenimiento de áreas críticas, control, seguimiento de obras y redactar informes periódicos de mantenimiento de áreas críticas.

En el año 2018 en el proceso de recursos humanos entre los problemas encontraron que no todas las jefaturas realizan el análisis de productividad de sus colaboradores por lo que se debe tomar acciones para mejorar este proceso, sugiriendo actualizar el MAPRO, cumplir con las medidas de bioseguridad y evitar las quejas del usuario interno por desabastecimiento. En el proceso de manejo del riesgo de atención encontraron que cada jefatura en su área debe hacer que su personal cumpla con el uso de indumentaria correcta de acuerdo a cada procedimiento y evaluar el cumplimiento mediante Listas de chequeo para corregir, hacer continuamente hasta que sean de práctica rutinaria; y, el MRA6-7: La Unidad de Seguridad y Salud en el trabajo debe implementar programas preventivos contra VHB, VHC y VIH/SIDA para los trabajadores de Salud, así como lo referente a radioactividad, explosiones e incendios con la Unidad de emergencias y desastres.

Según Barrios, N. (2017) mencionó respecto a la problemática que enmarca al hospital que ha observado una carencia de estímulos, premios/o recompensas por los logros de sus trabajadores, así mismo las condiciones laborales crean malestar e incomodidad en el trabajador, dificultad en la comunicación con los trabajadores, bajo involucramiento de los trabajadores en los objetivos institucionales, (p.31-32), estas situaciones que se experimentan a diario en el Clima Social del trabajo y el estrés laboral asistencial afectan directa e indirectamente al cumplir con la visión y misión institucional.

Según la Oficina de Personal del Hospital (2018) en su medición de la percepción del clima organizacional institucional en una muestra de un total de 711 cuestionarios validados, de las cuales 562 conformaban el personal asistencial que equivale el 79% del total, concluyeron que tres variables presentaban menor clima adverso, entre ellas la variable cultura organizacional con un porcentaje de 0.327%, seguida de potencial humano con 0.465% y diseño organizacional con 0.583%. En la evaluación de las 11 dimensiones encontraron que tres de ellas, la variable cultura organizacional, la comunicación organizacional y la estructura de la variable diseño organizacional, obtuvieron un resultado de “saludable”; al mismo tiempo siete dimensiones obtuvieron un resultado “por mejorar” (conflicto y cooperación, motivación de la variable cultura organización, toma de decisiones de la variable diseño organizacional, recompensa, innovación, liderazgo y confort de la variable potencial humano) y solo una dimensión obtuvo resultado de “No saludable” que es remuneración de la variable diseño organizacional.

Respecto al Síndrome de Burnout, las Enfermeras del Servicio de Emergencia y Cuidados Críticos refieren que las expectativas laborales que esperaban no han sido satisfechas y lo relacionan con el estrés profesional que sienten, al respecto Broncano (2010) menciona que en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño “San Bartolomé” el 50% de enfermeras del servicio de emergencia y cuidados críticos para aquel año tenían un nivel alto del Síndrome de Burnout asociado a la satisfacción laboral; igualmente las Obstetrices refieren que se ven afectadas por la demanda de trabajo que les dificulta en su Realización Personal, por lo cual sienten síntomas de Agotamiento Emocional y la Obstetriz Arpita, A. (2016) mencionó en su estudio que hasta los Internos de Obstetricia presentaron niveles altos (64,5%) en las dimensiones de Agotamiento Emocional y Despersonalización (71%).

Por las razones expuestas en la descripción del problema, es relevante que se investigue la problemática que correlaciona el Clima Social en el Trabajo y el Síndrome de Burnout en el Personal Asistencial de un hospital público desde un enfoque de la psicología, con el propósito de proponer recomendaciones que ayuden a comprender mejor este contexto y mejorar los problemas descritos.

## **1.2. Formulación del Problema**

### **1.2.1 Problema general**

¿Cuál es la relación del Clima Social en el Trabajo y el Síndrome de Burnout en el Personal Asistencial del Hospital Nacional Docente Madre-Niño “San Bartolomé”?

### **1.2.2 Problemas específicos**

Como preguntas específicas, se plantean las siguientes:

1.- ¿Cuál es la relación de la Dimensión Relaciones Interpersonales del Clima Social en el Trabajo y el Síndrome de Burnout en el Personal Asistencial del Hospital Nacional Docente Madre-Niño “San Bartolomé”?

2.- ¿Cuál es la relación de la Dimensión Autorrealización del Clima Social en el Trabajo y el Síndrome de Burnout en el Personal Asistencial del Hospital Nacional Docente Madre-Niño “San Bartolomé”?

3.- ¿Cuál es la relación de la Dimensión Estabilidad/Cambio del Clima Social en el Trabajo y el Síndrome de Burnout en el Personal Asistencial del Hospital Nacional Docente Madre-Niño “San Bartolomé”?

## **1.3. Importancia e Justificación del Estudio**

El clima social en el trabajo como un proceso continuo afecta de forma funcional o disfuncional en el comportamiento de los trabajadores en las organizaciones por ello es necesario medir y mejorarlo con instrumentos adecuados; el presente estudio promueve a que la organización hospitalaria cuente con recursos para enfrentar con nuevas estrategias de conocimiento y comprensión que le permita mejorar el Clima Social en el Trabajo y prevenir el Síndrome de Burnout en los trabajadores asistenciales.

En los estudios de Toro, F. (2015) refiere sobre el Clima Social en el Trabajo que las personas reaccionan frente a la realidad y toma de decisiones, no por la realidad misma sino por el modo como la perciben y se la representan, por ello una misma realidad en las organizaciones es percibida de manera diferente “es vista de manera diferente por la Gerencia o Dirección, por el sindicato, por los empleados profesionales y aun por los clientes o usuarios del servicio especializado que requieren” (p.67-68).

Según Agostini, E. (2001) en apuntes del curso de Comportamiento Organizacional – Cultura y Clima organizacional mencionó la importancia del diseño de una organización burocrática profesional de tipo hospitalario, que radica en como el personal asistencial percibe el Clima Social de Trabajo “La estructura organizacional formal incluyendo la división del trabajo, los patrones de comunicación y las políticas y procedimientos, tienen gran efecto sobre la manera como los empleados visualizan el clima de la organización” (p.188).

Según Rodríguez, O. (1998) menciona que un Clima Social en el Trabajo agradable, es uno de los factores que directamente está asociado al incremento en el valor del nivel de satisfacción laboral, su importancia radica también en el impacto positivo en el libre mercado en la medida que sirven de soporte a las demás organizaciones que compiten por imponerse o sobrevivir en un espacio económico o una organización condenado a desaparecer, incluidos la organización hospitalaria.

El estudio contribuiría en mejorar la calidad, la productividad, en desarrollar competencias en el personal asistencial y alcanzar los objetivos funcionales generales asignados al hospital orientados hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente, así como en su entorno familiar que se encuentra en el Art. 8 Literal f, Título III Organización del Reglamento de Organización y Funciones.

El Reglamento interno de servidores del hospital fechado 11 septiembre de 2020 RD 123-2020-DG-HONADOMANI-SB en el Art.179° menciona que mejorar el Clima Social en el Trabajo permite en los hospitales lo siguiente:

“definir planes de acción orientados a una adecuada gestión de los aspectos que afectan internamente el normal desarrollo en la organización y de igual manera potenciar todos aquellos aspectos favorables que motivan y hacen del trabajo cotidiano una labor agradable para implementar en el hospital las buenas prácticas del clima que redundaría en satisfacción y del compromiso de los servidores con la institución en sus áreas laboral”. Esta realidad también puede ser vista de manera distinta por las diversas unidades estructurales y funcionales o por personas con diferente profesión, edad y sexo, cuyas reacciones y decisiones en el trabajo dependen de su percepción colectiva, su compromiso y el respeto a las normas y políticas.

En consecuencia el estudio del Clima Social en el Trabajo permitirá evaluar el entorno y el contexto del recurso humano para prevenir que se desarrolle el Síndrome de Burnout, Mediano, L. (2001) con su enfoque médico menciona que dicho síndrome afecta al 20% de los profesionales de la salud en una organización hospitalaria denominándolo el Burnout “es una enfermedad profesional, y no de la personalidad, puesto que demanda un exceso de desgaste emocional, junto con los factores culturales y organizativos, más aún si lo profesionales pertenecen a una organización que favorece el burnout como el sistema de salud, será prudente instaurar medidas preventivas, sea cual sea nuestra personalidad” (p.13), la presencia de niveles altos del síndrome puede repercutir en el trato que se le da al usuario que acuden a los establecimientos de salud, según Axayacalt G.; et all (2006) “El burnout no sólo afecta al personal que lo padece; sino que secundariamente afecta también a los usuarios que son atendidos por los que lo sufren dicha afección” (p.305); asimismo, Stamm, B.H. (2010) refiere que el Burnout es una sensación de ineficacia en el entorno de trabajo asociado a factores personales u organizativos por alta carga de trabajo y mal funcionamiento del sistema, es importante reconocer la presencia del síndrome ya que “es un riesgo para los trabajadores asistenciales y también al hospital como organización” (p28).

El aporte del presente estudio es el aporte tanto teórico como práctico permitirá aumentar el caudal de información para conocer aspectos referidos a la relación entre del Clima Social en el Trabajo y su incidencia con el Síndrome de Burnout, no solo en los diferentes grupos profesionales sino también en las diferentes unidades orgánicas del Hospital, también aporta información que contribuye a explicar los factores de conducta y su relación con el Síndrome de Burnout.



En cuanto al aporte práctico, permitirá tomar mejores decisiones por parte de la gestión de turno y de sus funcionarios, así también contar con fundamentos empíricos amplios y sólidos con un estudio a priori para ser tomados en cuenta en la actualización o modificación parcial de la estructura orgánica del hospital que tiene más de 13 años de vigencia, que permitirá lograr resultados eficaces y eficientes en lo funcional.

A la vez tendrá valor para los profesionales que directa e indirectamente estén relacionados con la atención en usuarios de servicios de salud precisamente porque la información permitirá una mejor utilización de las estrategias de afrontamiento que es de vital importancia para el desempeño laboral.

Al ser una organización hospitalaria pública se basa en las normatividades que emana de la Constitución Política del Perú (1993) respecto a los derechos a la dignidad, vida y su integridad física y psicológica, juntamente con los diversos instrumentos de derechos humanos ratificados por el Perú en los tratados internacionales.

También la Ley N° 29783 Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo que promueve una cultura de prevención de riesgos laborales, asimismo el Documento Técnico aprobado mediante R.M. N° 468-2011/MINSA para el Estudio del Clima Organizacional en los hospitales emanadas por el Ministerio de Salud.

Por otra parte existen estudios respecto a la relación entre estas dos variables, por ejemplo Delgado, A. (2003) en su estudio titulado Relación del Síndrome de burnout con el Clima Social en el Trabajo, donde concluye que “el Síndrome afecta el Clima Social en el Trabajo, en los cuales se presentan ciertos estados de agresividad, agitación, inconformidad, estados de ánimo depresivos, desinterés, apatía y descontentos que termina en paros y huelgas de trabajadores” (p.43) y que amerita seguir investigando estas dos variables para prevenir e intervenir en los servidores de salud de los hospitales públicos, teniendo en cuenta el bienestar psicológico de los mismos.

En el presente estudio, se analiza la relación de la variable de Clima Social en el Trabajo con la variable de Síndrome de Burnout, este último porque afecta a largo alcance en las instituciones de salud, en este sentido Mingote, A. (1998) refiriéndose al burnout “es un problema social y de salud pública” (p.502), en ese mismo año Gonzales, P. & González, S. (1998) en su estudio en profesionales médicos en áreas especializadas críticas “un aumento progresivo de este síndrome en especialidades oncológicas o infecciosas” (p.79). Los médicos Mediano, L. & Fernández, G. (2001) mencionaron que “el burnout llega a afectar al 20% de los profesionales de salud y es probable que este porcentaje siga en aumento” (p.9) y Rivero, E. (2009) de la DISA IV Lima-Este menciona que la incidencia de burnout en las instituciones asistenciales es de 31,4%. Según el Anexo de la R.M. 180-2020-MINSA menciona que la condición de Burnout en los trabajadores “puede pasar desapercibida debido a las presiones laborales, la normalización laboral o afectaciones que le genere el trabajo poner en riesgo su estabilidad laboral”.

#### **1.4. Delimitación del Estudio**

Las delimitaciones del presente estudio se suscriben en el ámbito hospitalario y no a otros contextos, en el mismo lineamiento de pensamiento la muestra al pertenecer a un solo Hospital especializado en salud reproductiva de la mujer, niño y adolescente, los resultados serán válidos únicamente para poblaciones que comparten las mismas características. Por tanto, el estudio al estar enmarcado en una Institución de Salud Pública también se encuentra inmerso en los condicionamientos de organización de tipo político que hacen que los cambios sean lentos por la multiplicidad de interés y derechos adquiridos de los trabajadores asistenciales que conforman la muestra del estudio.

En esa misma línea por el tipo de diseño de una organización burocrática profesional presentan limitaciones económicas y en su disponibilidad de tiempo por parte del personal, puesto que al estar conformado por profesionales asistenciales laboran en diferentes instituciones privadas o consultorios privados que repercute en la información sincerada al no contar con el suficiente tiempo para contestar los instrumentos de investigación, en este caso la Escala de Clima Social de Trabajo (WES) y el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI) son las principales herramientas de investigación objetiva el cual requiere esfuerzos en la ejecución del estudio.

## **1.5. Objetivos de la Investigación**

### **1.5.1 Objetivo general**

Establecer la relación entre el Clima Social en el Trabajo y el Síndrome de Burnout en el Personal Asistencial del Hospital Nacional Docente Madre-Niño “San Bartolomé”

### **1.5.2 Objetivos específicos**

- Determinar la relación entre la Dimensión Relaciones Interpersonales del Clima Social en el Trabajo y el Síndrome de Burnout en el Personal Asistencial del Hospital Nacional Docente Madre-Niño “San Bartolomé”

- Determinar la relación entre la Dimensión Autorrealización del Clima Social en el Trabajo y el Síndrome de Burnout en el Personal Asistencial del Hospital Nacional Docente Madre-Niño “San Bartolomé”.

- Determinar la relación entre la Dimensión Estabilidad/Cambio del Clima Social en el Trabajo y el Síndrome de Burnout en el Personal Asistencial del Hospital Nacional Docente Madre-Niño “San Bartolomé”.

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO

#### 2.1 Marco histórico

- **Reseña histórica de Clima Social en el Trabajo**

El Clima Social en el Trabajo, es uno de los aspectos más frecuente dedicado en el Diagnóstico Organizacional, haciendo una remembranza se trata de un tema planteado en la década de los sesenta, introducido por primera vez en la Psicología Organizacional por el Psicólogo Gellerman, Saúl W. (1960) citado por Arias & Jiménez (2015) al referirse como “el carácter de una compañía” (p.88).

Paralelamente con el surgimiento del Desarrollo Organizacional y de la Teoría de Sistemas, el interés se enfocaba fundamentalmente en la persona y en conseguir un Clima Laboral más grato para el trabajador.

Este tipo de propuestas era tanto proveniente de la Escuela de Relaciones Humanas con su énfasis en los fenómenos de Psicología grupal y los movimientos políticos percibiendo la participación como una forma de superar la dicotomía Capital/Trabajo.

Otras propuestas provienen de la historia gubernamental que surgen finalizando los años 50 modelos de participación como el gobierno Yugoslavo que planteó la Autogestión; otros modelos de participación extremos lo plantearon los kibutz israelitas y las cooperativas de Mondragón, en el otro extremo tenemos modelos de congestión de Alemania Federal que planteó participación resolutive paritaria.

Por los años 60 aparecen teorías Psicológicas entre ellas el de Rensis Likert (1961, 1967) citados por Cabrera et Filmar (1999) quien tipificó que la percepción Clima Social en el Trabajo, se encuentran influidas por tres tipos de variables por parte de los miembros de una organización, denominadas 1) Variables Causales referidos a la estructura orgánica y su administración, las reglas y normas y la toma de decisiones; 2) Variables Intermedias y 3) Variables Finales que son dependientes de las dos anteriores que se refieren a los resultados obtenidos por la organización en ellas incluyen la productividad, las ganancias y las pérdidas logradas por la organización.

Para dicho autor, es importante que se trate de la percepción del Clima, más que del clima en sí. Sostiene que los comportamientos y actitudes de las personas son una consecuencia de sus percepciones de la situación y no de una situación objetiva. Esta posición sustentada por Likert es consistente con el teorema del Sociólogo William I. Thomas citados por Cabrera & Filmar A. (1999) "Lo que los hombres definen como real, se torna en sus consecuencias" (p.2) indicando que las experiencias de los trabajadores influyen en sus percepciones que tienen de la organización.

Siguiendo en el tiempo, la teoría Psicológica de Litwin y Stringer (1966-1968) citado por Carrión, O. (1998) dichos autores afirmaban que se puede crear diferentes tipos de Climas organizacionales. Estudiaron el Clima Social en el Trabajo en situación de laboratorio entre empresas simuladas encargadas de la misma producción y desarrollo de trabajo durante un periodo de dos semanas. A cada una de estas empresas le aplicaron tres estilos de dirección y liderazgo: 1) Autoritario, 2) Democrático y 3) Estilo proyectado para un Clima de logro. Concluyeron que es más agradable trabajar en un ambiente amistoso y democrático que en el autocrático, y que, en un Clima de logro, alcanzar mayor rentabilidad, mayor producción con nuevos productos desarrollados y aceptados respecto de las otras dos compañías.

Según Agostini, E. (2001) menciona "En resumen Litwin y Stringer observan que el liderazgo afecta significativamente el clima organizacional" (p.188). Por tanto, el concepto de Clima Social de Trabajo permite ampliar las perspectivas de análisis de una visión parcializada y reduccionista, a una más global capaz de correlacionar el ambiente como una variable sistémica y que abarque fenómenos muy complejos desde una visión también compleja.

El sociólogo estadounidense Talcott Parson (1966) citado por Cabrera et Filmar (1999), propone la teoría general de la sociedad, cuya filosofía es que las organizaciones resultaban ser un subsistema de la sociedad; para ello centraba su atención sobre las complejas vinculaciones institucionales de las organizaciones con la sociedad, proponía además un camino que permitiera integrar la personalidad, el sistema social organizacional y los niveles culturales; esta integración podría producirse a través de los roles, los status y las expectativas, tomando en consideración las orientaciones de la personalidad y las orientaciones normativas; sin embargo, esta teoría no pudo ser adecuadamente comprendida y acogida, por cuanto el desafío del momento tenía un sentido eminentemente práctico y resultaba muy difícil para los investigadores de la época realizar un esfuerzo de esa envergadura “Por esta razón, la propuesta Parsoniana no fue acogida, o lo fue muy marginalmente” (p.2).

El politólogo Walter Buckley (1973) citado por Cabrera et Filmar (1999) propuso a los sistemas sociales una estructura variable para estabilizar procesos de elaboración de energía e información, lo que puede ocurrir mediante estructuras muy diversas, por lo que la capacidad de modificación, como unidades adaptativas complejas, capaces de cambiar su estructura si las condiciones ambientales así lo requieren, asegurándose de esta forma la mantención de la supervivencia y eficiencia del sistema así como su capacidad de adaptación y desarrollo.

Mas adelante los trabajos de los Psicólogos norteamericanos Daniel Katz y Robert L. Kahn (1977) proponen el modelo de sistema insumo-producto enfocado fundamentalmente en problemas: a) de relaciones, b) de estructura y c) de interdependencia y no a los atributos constantes de los objetos. Sin embargo, la preocupación por la productividad continuó desarrollándose hasta el grado en la que el recurso humano pasó a ser considerado como un factor central, la proliferación de modelos organizacionales pendientes de conseguir un clima social de trabajo que intermedie los niveles de productividad más altos, significó también el incremento del interés por esquemas de motivación, de incentivos, de internalización en los trabajadores sobre valores de la organización es ahí donde aparece la propuesta del biólogo y filósofo austríaco Von Bertalanffy (1984) con la Teoría General de Sistemas la cual es un modelo de sistema abierto de la relación sistema-ambiente, con una concepción totalizadora de la biología denominada "organicista".

Esta teoría luego es enriquecida con aportes de la cibernética siendo su propuesta de ver a los sistemas organizacionales en su relación con su entorno ambiental encuentra acogida en una teoría de organizaciones que buscaba superar las comprensiones excesivamente mecanicistas de algunos enfoques y reduccionistas de los otros.

Por otro lado, la Escuela Clásica había encontrado críticas por parte de enfoque de corte Psicológico-social, que tenían su origen en la Escuela de Relaciones Humanas. Con posterioridad a este enfoque sobre los esquemas de participación, el tema se restringió a círculos especializados, en tanto el interés por la productividad pasó a ocupar lugares más centrales en la preocupación de investigadores y empresarios, respecto a la línea de pensamiento acerca de la productividad los Psicólogos Daniel Katz y Robert L Kahn (1977) llegaron a reconocer que si bien los esquemas participativos podrían ser altamente motivadores, había tareas rutinarias poco adecuadas para ellos, en las que había resultado mucho más productiva una división rutinaria del trabajo, no participativa que permitiera obtener altos rendimientos, aunque los trabajadores no encontraran en el trabajo mismo fuentes de satisfacción para sus necesidades superiores (p.396).

Sin embargo, la preocupación por la productividad continuó desarrollándose hasta el grado en la que el recurso humano pasó a ser considerado como un factor central; la proliferación de modelos teóricos organizacionales tendientes de conseguir un Clima Social de Trabajo, que intermedie los niveles de productividad más altos, significó también el incremento del interés por esquemas de motivación, de incentivos, de internalización en los trabajadores sobre valores de la organización.

- **Reseña histórica de Síndrome de Burnout**

El término inglés `burnout` etimológicamente se podría traducir al castellano `estar quemado`, `quemarse` o `quemazón`; según Mediano, L. (2001) la primera constancia de este Síndrome es literaria “en 1922 Thomas Mann en su obra `Los Buddenbrooks`, describe un caso de este Síndrome.

Posteriormente en 1960 Graham Greene llega a predecir el nombre del Síndrome en su obra denominado “A Burnt Out Case” (un caso quemado), “en ambas novelas aparecen con claridad los Síntomas típicos del Burnout” (p.8).

Por primera vez desde el enfoque de especialidad de la Psicología Clínica el Psicólogo Clínico Familiar estadounidense Herbert J. Freudenberger (1974) citado Delgado, A. (2003) utiliza la expresión “Agotamiento Nervioso” para designar un estado con enfoque psicopatológico como extenuación derivada de tener tratos con personas en situaciones emocionalmente agotadoras. Al trabajar con pacientes toxicómanos observó que al cabo de uno a tres años los voluntarios sufrían una progresiva pérdida de energía, desmotivación, falta de interés por el trabajo hasta llegar al agotamiento, junto con varios síntomas de ansiedad y depresión quienes se caracterizaban por no tener un horario fijo, tener un salario muy escaso y un contexto social muy exigente, habitualmente tenso, respecto al trato con sus pacientes su trato se volvía menos sensible, poco comprensiva y hasta agresivas, explica lo siguiente "la quemazón es fallar, desgastarse o sentirse exhausto debido a las demandas excesivas de energía, fuerza o recursos", "es lo que pasa cuando un miembro de la organización por las razones que sean y luego de muchos intentos se vuelve inoperante para lo que se necesitaba "(p.27).

Según Maicon, C. et al (2010) menciona que Freudenberger utiliza la misma palabra de uso común en la jerga atlética, deportiva y artística al referirse a los efectos del consumo crónico de las sustancias tóxicas “estar quemado”, “consumido” o “apagado” (p.169-180).

La Psicóloga estadounidense Christina Maslach, para el año 1982 definió desde la especialidad de la Psicología Social de manera contundente y hasta el día de hoy se reconoce la definición establecida por ella, como la más apropiada y certera de todas las definiciones establecidas hasta el momento; dicho concepto no tan sólo está aceptado como lo definió ella, sino que la mayor parte de los estudios y análisis de la literatura que evalúan estas investigaciones se fundamentan en los trabajos realizados por dicha investigadora.



Figuroa, J. (1999) menciona que Maslach define burnout como un "Síndrome de fatiga emocional, despersonalización y de un logro personal reducido, que puede ocurrir entre individuos que trabajan en contacto directo con clientes o pacientes", añade, "la quemazón es una respuesta a una tensión emocional de índole crónico, originada por el deseo de lidiar exitosamente con otros seres humanos; particularmente cuando tienen problemas", además con referente a esta condición agrega "Es que la tensión surge de la interacción social entre la persona que recibe la ayuda y el que ayuda".

Según sus investigaciones, al ocurrir este evento, "el que ofrece la ayuda pierde el interés y su tacto hacia la persona que recibe la ayuda, presentando entonces una actitud deshumanizada y sin mostrar preocupación alguna" (p.1-2).

Según Sarasa, R. (2002) mencionó que el término `burnout´ como se conoce comúnmente hace referencia a un tipo de estrés laboral que afecta a aquellas personas en cuyo trabajo establecen una relación de asistencia a los demás y ha estado sujeto a investigación por más de veinte años en países como Estados Unidos, Israel, Holanda, Alemania y Puerto Rico.

Casi todas las investigaciones realizadas en estos países presentan resultados muy parecidos o altamente relacionados entre sí, independientemente de la muestra de participantes que estén bajo estudio (b5).

Mediano L. & Fernández G. (2001) refiere que en América Latina la investigación sobre el tema Burnout se remonta a tan sólo quince años (p.14) y está según Mediano L. (2002) "si no está en la infancia, por lo menos en la adolescencia" (p.7).

Sin embargo, recientemente han surgido algunas contribuciones teóricas que se encuentran en las citas bibliográficas que se recogen al final del Manual del Inventario de Burnout de Maslach y Jackson (p.35).

- **Reseña histórica de Personal Asistencial de una Organización Hospitalaria**

Morales, L. & Raffo, L. (2010) menciona que el tema de Organización Hospitalaria Pública se remonta a los estudios del economista Max Weber quien propugnaba en los años 30 la teoría de una estructura organizacional ideal al que denominó 'Burocracia', el cual describía un sistema de trabajo basado en jerarquías definidas, reglas y reglamentos fundamentalmente de relaciones interpersonales reconociéndose la teoría del hombre trabajador como ser social. Luego llega la era conductual (1930 – 1970) caracterizándose por el conocimiento de las relaciones humanas aplicado en las estructuras organizacionales como la teoría jerárquica de las necesidades de Abraham Maslow (p.137-138).

Para asegurar la mantención de la supervivencia y eficiencia del sistema, Buckley W. (1973) referido por Cabrera, F. 1999 menciona que tales sistemas son unidades adaptativas complejas, capaces de cambiar su estructura si las condiciones ambientales así lo requieren puesto que permiten estabilizar procesos de elaboración de información lo que puede ocurrir mediante estructuras muy diversas, por lo que la capacidad de modificación estructural de un sistema determina su capacidad de adaptación y desarrollo (p.46).

Katz, D. & Kahn R. (1977) propusieron un modelo de sistema insumo-producto basados en la teoría de sistema abierto enfocándose a problemas de relaciones, estructura e interdependencia y no a los atributos constantes de los objetos. Reconocen que, si bien los esquemas participativos podrían ser altamente motivadores, había tareas rutinarias poco adecuadas para ellos, en las que había resultado más productiva una división rutinaria del trabajo no participativo que les permitiera obtener altos rendimientos, aunque los trabajadores no encontrarán en el trabajo mismo fuentes de satisfacción para sus necesidades superiores (p.396).

Mintzberg, H. (1979) integra las estructuras de las organizaciones y en 1981 delinea los argumentos básicos del diseño estructural del contexto de varios factores de situación en cinco fuentes principales denominadas: "Estructura Simple, Burocracia Mecánica, Burocracia Profesional, Forma Divisional y Adhocracia e invita a mirar más allá de las cinco configuraciones considerando algunas relaciones importantes" (p.1-3).

Von Bertalanffy, L. (1984) en su teoría de sistemas abiertos con una concepción totalizadora de la biología denominada "organicista", enfoca la relación sistema-ambiente proponiendo ver a los sistemas organizacionales en su relación con su entorno ambiental – encuentra acogida en una teoría de organizaciones que buscaban superar las comprensiones excesivamente mecanicistas de algunos enfoques y reduccionistas de los otros.

Pero la preocupación por la productividad continuó evolucionando, hasta que el recurso humano pasó a ser considerado como un factor central. Dessler (2004) menciona que el modelo clásico no lograba suficiente eficiencia en las organizaciones, por ello surgen conocimientos interdisciplinarios con los principios de la Psicología, los estudios de la Sociología, y campos relacionados a la organización con el fin de proponer formas más eficaces para diseñar y estructurar las organizaciones.

Respecto al Diseño Organizacional algunos autores como Dessler (2004) menciona que los gerentes de los hospitales o Directores de hospitales conjuntamente con las oficinas de Planeamiento estratégico diseñan la organización que responda a su plan estratégico creando “la mejor estructura organizacional que funcionara bien en todas las situaciones” (p.355-359) y que a su vez Robbins & Coulter (2005) adiciona que “el diseño permita a los empleados realizar su trabajo con eficiencia y eficacia” (p.234).

Respecto a la estructura organizacional, Dessler (1996) menciona “En la literatura encontramos cuatro tipos de enfoques para determinar el diseño de la estructura organizacional” (p.355-359); el primero es el Diseño organizacional con enfoque Clásica (1900-1930) teniendo a Frederick Taylor a quien Hampton (1989) menciona que daba importancia a la eficiencia de la tarea a la revolución mental de los trabajadores y la administración (p.49), el segundo enfoque es de Henry Fayol el cual Koontz, O’ D. (1984) menciona que daba importancia al manejo organizacional, liderazgo, coordinación y control (p.34-37) el cual consistía diseñar organizaciones más eficientes y eficaces en la que sus miembros de la organización actúen movidos por sentimientos de obligación con la organización, y guiados por una serie de reglas y reglamentos racionales, según Dessler, G. (1996) entre sus exponentes tenemos a Max Weber (p.46).

El tercero es el Diseño organizacional con enfoque Tecnológico de las tareas, Dessler G. (1996) considera los diferentes tipos de tecnología de producción de diferentes tipos de productos, en este enfoque se tiene como exponente a Joan Woodward quien esquematiza a las organizaciones en tres grupos de acuerdo a las tecnologías de sus tareas, 1er grupo Producciones unitarias de acuerdo a las especificaciones del cliente, 2do grupo Producción de partidas de productos grandes y en masa y 3er grupo Producción en procesos de producción con equipos sumamente complejos que trabaja en forma continua como producción de sustancias químicas (p.355-359).

Cuarto es el Diseño organizacional con enfoque ambiental, en las cuales Tom Burns y G.M. Stalker citado por Dessler, G. y luego mejorada por John Young (1996) señalan dos tipos de sistemas, primero el sistema mecanicista el diseño se caracteriza por una organización burocrática y segundo el sistema orgánico caracterizado por su trabajo en grupos y comunicación abierta con reestructuración de la organización de la disminución del tamaño de la organización produce una estructura organizacional más plana, más delgada y flexible que puedan responder con más agilidad al ritmo de cambios de los mercados mundiales (p.355-359).

En lo que respecta al Tipo de Estructura Organizacional Robbins y Coulter (2005) definen de la siguiente manera “Es la distribución formal de los empleos dentro de una organización que tengan la flexibilidad necesaria para lograr el éxito en un ambiente dinámico” (p. 234).

Dessler, G. (1996) menciona que en un principio se puede visualizar en la literatura tres estructuras básicas; 1) Organización Funcional, en el cual los departamentos se organizan en razón a las funciones (una actividad o varias relacionadas) como por ejemplo finanzas en una unidad orgánica, 2) Organización por Productos/Mercado o por División, la unidad orgánica lo conforman tanto aquellos que participan en la producción y comercialización de un producto o grupos de productos, o todos los que tratan con cierto tipo de cliente o mercado o de división referidos a todos los que se dedican a producir y vender productos o servicios específicos en cierta zona geográfica y 3) Organización Matricial o sistema de mando múltiple, combina dos tipos de estructura al mismo tiempo, en el cual se da que se combina al personal de un departamento para formar un equipo de proyecto o negocio (p.361-363).

Por otro lado, las Organizaciones Formales o Informales de una entidad, en las cuales resaltan los estudios de Herbert A. Simón referidos a las relaciones no reconocidas ni documentadas en forma oficial, que existen entre los miembros de una organización; de acuerdo a los estudios de Chester Barnard estas organizaciones informales surgen inevitablemente de las necesidades personales y grupales de los empleados como se da en las secretarías y asistentes ejecutivos” (p.361-367).

Respecto al Hospital Nacional Docente Madre-Niño “San Bartolomé” es un establecimiento de Atención en la Salud Reproductiva de la Mujer e integral del Niño y Adolescente, ejecutando las Políticas y los Lineamientos Nacionales del Sector Salud; fundado el 06 de Enero de 1646 por Agustino Fray Bartolomé de Vadillo durante el gobierno del marqués De Mancera Don Pedro de Toledo y Leyva; en sus inicios fue una humilde casa en el barrio de Barranca cerca al río Rímac que sirvió de albergue a los negros libertos enfermos, ya que a los esclavos se les atendía en las casas de sus amos. En 1651 se erigió el Hospital en el barrio de Santa Catalina cerca de los hospicios Santa Ana y San Andrés en la Calle San Bartolomé, novena cuadra del Jr. Antonio Miró Quezada sufrió los estragos del terremoto de 1687, fue parcialmente reconstruido gracias al mayordomo del Hospital el Sargento Mayor Manuel Fernández Dávila y también a las donaciones que hizo el Capitán Francisco Tijero de la Huerta y Segovia, de esa época data su capilla. Pero después del establecimiento de la República, el gobierno lo convirtió en Hospital Militar.

Por Decreto Supremo en Abril de 1849 se le confía su Dirección a la Sociedad de Beneficencia Pública, hasta que en el año 1855 es convertido nuevamente en Hospital Militar, quedando bajo la dependencia del Ministerio de Guerra, en 1866 pasó bajo la administración de la Beneficencia Pública de Lima, para el año 1880 volvió al gobierno durante el régimen de Nicolás de Piérola; en 1910 al reorganizarse el Servicio de la Sanidad Militar del Perú, nuevamente dependió del Ministerio de Guerra a través del Servicio de Sanidad Militar con el nombre de Hospital “San Bartolomé” hasta 1956. El antiguo nosocomio colonial fue remodelado y ampliado en 1961 y convertido en Hospital Central de Salud Materno Infantil “San Bartolomé”, bajo la dependencia directa del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. En el año en 1970 pasa a ser Area Hospitalaria N°0222 hasta 1983 en que quedó como Hospital especializado Materno Infantil “San Bartolomé”.

El 19 de Diciembre de 1985 por Decreto Supremo se constituye el Instituto Nacional Materno Infantil formados por los Hospitales “San Bartolomé” y la Maternidad de Lima, en el mes de Julio de 1988 el Hospital “San Bartolomé” es trasladado al local que hoy ocupa en la Av. Alfonso Ugarte 825 (Ex -Neoplásica) y mediante R.M. N°122-93-SA/DM fechada 15 de Marzo de 1993 oficializa como “Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé” con actividades Asistenciales y Docencia en Servicio, teniendo como referencia el ámbito Nacional.

Actualmente es un Establecimiento de Categoría III-E en la Atención especializada en la Salud reproductiva de la Mujer e integral del Niño y Adolescente, como Centro de referencia Asistencial y de Capacitación a nivel Nacional.

## **2.2 Investigaciones relacionadas con el tema**

- **Investigaciones Internacionales de Clima Social en el Trabajo y el Síndrome de Burnout**

Landa, É. (2017) en su estudio correlacional transversal de Clima Social en el Trabajo en relación con el Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras del área urgencias médicas de un hospital público en la Ciudad de México, realizado al 72% del personal total, donde se aplicó la Escala de Clima Social de trabajo y la Escala Mexicana de Desgaste Ocupacional, los Inventarios de Depresión y Ansiedad de Beck, la Escala de Ideación Suicida de Beck y la Escala de Desesperanza, concluyó que las dos terceras partes de los evaluados presentaron altos niveles de Síndrome de Burnout y que el Clima Social de Trabajo estuvo negativamente correlacionada con la presencia del Burnout y con los factores emocionales de ansiedad, depresión y desesperanza.

De Andrade, A., et al Wachelke, J. (2015) en su estudio correlacional del Síndrome de Burnout (VD) con el Clima Social de Trabajo (VI) en una muestra de 200 profesionales asistenciales en Brasil integrada por Técnicos en enfermería (n = 139; El 69,5%), enfermeros (n = 14, 7,0%), médicos (n = 12, 6,0%) así como psicólogos, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales (n = 35, 17,5%), la edad media fue de 34,4 años, utilizaron el instrumento de recolección de datos el Inventario de Burnout de Malasch (MBI) concluyendo que el síndrome de Burnout no es sólo una consecuencia del trabajo en los hospitales, sino de su impacto como mediador de las relaciones del

Clima Social en el Trabajo hacen referencia al control del burnout entendiéndose como reducción de accidentes de trabajo y la posibilidad de mejorar la calidad en la prestación de servicios hospitalarios; obtuvieron los siguientes resultados:

Específicamente la dimensión de agotamiento emocional está relacionado significativamente a los aspectos de condición de trabajo (organizacional, físico y social / interpersonal), destacándose “la variable organizativa la cual se mostró predictora también en los análisis de regresión, demostrando la importancia de los diferentes aspectos de la planificación y de las prescripciones del trabajo en el trastorno de burnout”. La dimensión Despersonalización correlacionó con las condiciones de trabajo en los aspectos organizativos y socio profesionales.

Hernández, M. (2014) en su estudio transversal de relación de Síndrome de Burnout y satisfacción laboral realizada en dos muestras, la primera muestra seleccionada por conveniencia de 107 profesionales Médicos, enfermeros y auxiliares en España (n=68) del centro de salud de la Chana, centro de urgencias de Motril, los Hospital Ruíz de Alda, hospital Virgen de las Nieves, hospital San Cecilio y hospital Reina Sofía de Córdoba Capital. La segunda muestra de Argentina (n=39) del centro de salud Sanatorio del Norte, Hospital Escuela General San Martín, Hospital J.R Vidal y del Hospital Pediátrico Juan Pablo II, donde se aplicó el Maslach Burnout Inventory (MBI) siguiendo el modelo multidimensional y el Inventario de Satisfacción Laboral (ISL \*66) para conocer la prevalencia del síndrome de burnout en profesionales asistenciales en España respecto a Argentina; obteniendo como resultado los siguiente:

La primera hipótesis, afirmando mayor prevalencia de Burnout en el personal asistencial en España en contraste con el de Argentina, el análisis específico dio una puntuación significativa en la población asistencial española en las dimensiones de Cansancio Emocional y Despersonalización, en contraste con la muestra de Argentina en la dimensión de Realización Personal donde observaron puntuación significativa más alta.

Respecto a su segunda hipótesis no encontraron correlación significativa entre Burnout y satisfacción laboral en el personal asistencial de ambos países a excepción en la dimensión de Realización Personal con la de Salud y Condiciones laborales, la cual resultó significativa en la población sanitaria española dando una posible explicación que la diferencia en el nivel de Burnout reside en la realidad socio-económica de cada país en sentido específico el grado de bienestar inferior, las condiciones laborales/personales más duras y difíciles, son apreciadas como menos estresantes por los profesionales asistenciales de Argentina el cual podrían tener menos expectativas y ser más conformistas, atribuyendo el agotamiento laboral al contexto macroeconómico, más que a las condiciones laborales en contrastes con un mayor bienestar y conciencia de los derechos de los profesionales asistenciales en España. Los autores recomiendan que futuras investigaciones se consideren las características de nivel social y antropológico para su constatación.

García-Saisó, A. (2014) en su estudio de Adaptación y Validación Psicométrica de la Escala de Clima Social de trabajo (WES) de Moos en México con el objetivo de contar un instrumento que permita medir en el entorno mexicano de manera confiable y válida en una muestra conformada por 490 trabajadores mexicanos con edades que oscilan entre 18 y 66 años, 261 mujeres y 229 hombres con diferentes grados de escolaridad, su escala final estuvo constituida por 18 reactivos, organizados en tres factores y un indicador: Clima laboral, Aspectos físicos, Normatividad organizacional y el indicador Cambio. Llegó a la conclusión que los factores reportaron una estructura distinta a la planteada originalmente por los autores obteniendo tres factores y un indicador.

El primer factor denominado Clima Laboral agrupaba los reactivos que se refieren a las características positivas de las relaciones subordinado-jefe, estos reactivos originalmente formaban parte de otros factores, sin embargo, se ven relacionados con el apoyo, lo que los jefes valoran en los empleados, variables referentes al comportamiento organizacional de la relación positiva entre jefe y subordinado, el papel primordial de apoyo, el cual consiste en la esperanza, resistencia, optimismo y eficiencia, como mediador de los resultados de los trabajadores, demostrando así que, en climas positivos se registraban mejores resultados organizacionales.



El segundo factor de la escala lo denominaron Aspectos Físicos conformado por tres reactivos que formaban parte del factor confort, el cual hace referencia a las características arquitectónicas del entorno laboral, como ventilación, mobiliario, colores, decoración. Estas características que forman el entorno que rodea a los trabajadores durante al menos ocho horas al día, les permiten, apoyan, o bien, obstaculizan en alguna medida la ejecución de las labores que realizan.

El tercer factor, denominado Normatividad Organizacional, agrupa algunos reactivos que pertenecían a la dimensión Control, los cuales hacen referencia a la supervisión, vigilancia, seguimiento de normas y disciplina que perciben los trabajadores en el ambiente laboral la manera en que se relacionen está regulada por el tipo de supervisión, seguimiento de normas y disciplina que perciben los trabajadores en el ambiente laboral.

En la estructura factorial resultante se reporta un indicador que contiene dos reactivos que provienen de la dimensión estabilidad/cambio, se refiere al trabajo novedoso o cambiante que prevalece en el ambiente laboral, así como si fuera necesario establecer cambios indicando que este indicador deberá ser desarrollado elaborando más reactivos relacionados para ser probados con población mexicana.

Cañadas, G. et al (2014) en su estudio sobre la validez factorial del Maslach Burnout Inventory y los niveles de burnout en profesionales asistenciales en un estudio transversal, cuantitativo y exploratorio y un diseño ex post facto en una muestra de 435 profesionales médicos, enfermeros y auxiliares en enfermería de diferentes hospitales y centros geriátricos de la provincia de Granada-España, utilizó como variable independiente la edad, género, estado civil, categoría profesional y tipo de dedicación, como variable dependiente las Dimensiones de Cansancio Emocional (CE), Despersonalización (D) y Realización Personal (RP), con resultados de diferencias estadísticamente significativas en la dimensión Cansancio Emocional (CE) en diferentes grupos de la variable edad. No existiendo diferencias significativas en las variables género y estado civil en ninguna de las Dimensiones del Síndrome de Burnout.

Respecto a la categoría profesional encontraron diferencias estadísticamente significativas específicamente en el profesional de enfermería quienes presentaron un nivel más alto de Cansancio Emocional (CE) que los demás profesionales del estudio y parecen estar más afectados a desarrollar burnout; concluyendo respecto a la variable independiente que la “categoría profesional, edad y tipo de dedicación son factores de riesgo de padecimiento de burnout”.

- **Investigaciones Nacionales de Clima Social en el Trabajo y el Síndrome de Burnout**

Matta, L. & Rojas, R. (2020) en su estudio de relación entre el síndrome de burnout y Clima Organizacional en el personal de Salud del Centro de Salud Justicia, Paz y Vida, Huancayo, evaluados con Cuestionario de Clima Laboral propuesto por el Ministerio de Salud y el Inventario de Síndrome de burnout de Maslach (MBI) en una muestra de 52 trabajadores asistenciales, concluyó con la existencia de relación significativa y de tipo inversa es decir que el desarrollo de un adecuado Clima Laboral tiende a reducir significativamente los niveles de síndrome de burnout, o a mayores niveles de burnout se reducen los niveles (problemas) de Clima Laboral.

Hidalgo, I. (2019) en su estudio de relación entre el síndrome de burnout y el comportamiento organizacional del personal médico de un centro de salud en San Juan de Lurigancho – Lima en una muestra de 25 médicos, evaluados con Maslach Burnout Inventory y el cuestionario sobre el Comportamiento organizacional, concluyó que a mayor Síndrome de Burnout se presenta menor productividad y mayor insatisfacción en el ámbito laboral, una relación inversa con ausentismo y rotación en el personal médico.

García, D. (2018) en su estudio de Evidencia de validez del Maslach Burnout Inventory en una muestra de 331 conductores pertenecientes a 6 empresas de taxis de la ciudad de Trujillo quienes superan una jornada de 10 horas al día, obtuvo como resultado la validez en su estructura interna del inventario, la carga factorial se ubicó en un rango de 0.43 a 0.78; el índice de ajuste comparativo como el normalizado con valores de 0.88 y 0.82; el índice relativo de ajuste con valor de 0.79. Por otro lado, la confiabilidad de consistencia interna el coeficiente Omega con valores cualitativos aceptables, siendo de 0.73 para la dimensión de agotamiento emocional, 0.80 para la dimensión de cinismo, y de 0.70 para dimensión eficacia profesional.

Ore, N. & Serpa, L. (2018) en su estudio de tipo no experimental con diseño descriptivo correlacional en una muestra de 30 enfermeros de consultorios externos del hospital regional Zacarias Correa Valdivia – Huancavelica, evaluados con un cuestionario el cual constaba de 44 ítems determinado su validez a través de juicio de expertos, concluyó la existencia de relación entre el Síndrome de Burnout y Satisfacción Laboral (las condiciones físicas y/o confort; con los beneficios laborables y/o remunerativos; con las políticas administrativas; con las relaciones sociales y desarrollo personal) en el enfermero de servicio de consultorio externos del hospital.

Chacón, G. (2018) en su estudio de análisis de las propiedades psicométricas de validez y confiabilidad de la Escala de Clima Social en el Trabajo (WES) en trabajadores de una empresa pública en Comas, en una muestra de 1194 trabajadores, con edades entre 20 y 55 años, obtuvo los resultados siguientes: coeficiente de alfa de Cronbach 0.858 y un Omega de McDonald 0.843, indicó que el instrumento presenta evidencias de confiabilidad por el método de consistencia interna, concluyendo que la estructura de Escala Clima Social Laboral presenta evidencias de validez de estructura interna del Constructo a través del método del análisis factorial confirmatorio.

Albornoz, S. (2018) en su estudio de relación entre la motivación laboral y el síndrome de burnout en los profesionales de salud del Centro Materno Infantil Manuel Barrueto – San Juan de Miraflores – Lima, en una muestra de 50 profesionales asistenciales de tipo no probabilístico, evaluados con el cuestionario de Motivación Laboral de Steers R. y Braynstein D. El cual consta de tres dimensiones: necesidad de logro, de afiliación y de poder así también Maslach Burnout Inventory (MBI); concluyó que no existe correlación entre motivación laboral y síndrome de burnout sin embargo presentaron el 50% un nivel alto de síndrome.

Gagó, et al (2017) mencionado por Matta, L. & Rojas, R. (2020) en su estudio entre Clima Laboral y síndrome de burnout en enfermeras de un hospital general de Huancayo, evaluadas con MBI y el CLIOR Scale en una muestra de 97 enfermeras, concluyó la existencia de una asociación significativa entre la Realización Personal y el Clima Laboral, en cuanto al Cansancio Emocional y Despersonalización con el Clima Laboral no encontró correlación.

Silva, G. (2017) en su estudio de tipo correlacional entre Factores laborales estresores y síndrome de Burnout en enfermeras de cuidados intensivos neonatales del Hospital Cayetano Heredia – San Martín de Porres – Lima, en una muestra de 47 enfermeras, fueron evaluados con cuestionario de Respuesta emocional al estrés laboral adaptado por Coronado Luna (2006) y Maslach Burnout Inventory, concluyó una correlación directa alta entre Factores laborales de presión-exigencia, organizativos, relaciones humanas, ambientales con Burnout.

Rodríguez, S. (2017) en su estudio de tipo descriptivo y diseño observacional para determinar el Síndrome de burnout en el profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz., Puente Piedra – Lima en una muestra de 60 enfermeras, evaluadas con Maslach Burnout Inventory; concluyó que la mayoría padece de síndrome de burnout en un nivel medio con tendencia a nivel alto, siendo la dimensión de realización personal la más afectada, en la dimensión cansancio emocional más de la mitad de los evaluados se sienten cansados por la cantidad de horas de trabajo continuo y por último en la dimensión despersonalización se observa que más de la mitad de las enfermeras han perdido la sensibilidad y empatía con los pacientes.

Barreda, L. (2017) en su estudio de tipo correlacional de Clima Laboral y el Síndrome de Burnout, de diseño no experimental en una muestra conformada por 136 enfermeros (126 mujeres y 10 varones), evaluados con la escala laboral CL-SPC y Maslach Burnout Inventory; concluyó que a mejor Clima Laboral menor Síndrome de Burnout o a mayores dificultades en el Clima Laboral mayor presentación del síndrome de burnout en el personal de enfermería de un Hospital de Lima Norte. Así mismo entre las dimensiones agotamiento emocional y despersonalización del Síndrome de Burnout y las Dimensiones del Clima laboral son negativas y significativas es igual a  $-0,571$  indicando que a mayor despersonalización menor agotamiento emocional y lo opuesto.

Vallejos, W. (2017) en su estudio de Síndrome de Burnout y satisfacción laboral de los Centros de Emergencia Mujer Lima Cercado, concluyó que el 12,31% de los encuestados presentaron síndrome de burnout en un nivel bajo, el 67,69% muestra un nivel medio y un 20% un nivel alto el cual se relaciona con la pérdida en la motivación con respecto al trabajo que desarrollaban con entusiasmo y esmero que influye en el desempeño laboral de los trabajadores que laboran bajo presión y emociones contenidas de frustración como son los casos de violencia.

Sánchez, J. (2016) en su estudio descriptivo de corte instrumental para adaptación del Inventario de Burnout de Maslach en una muestra conformada por 220 conductores de dos empresas de transporte en el distrito de San Juan de Lurigancho - Lima, con resultados de validez de contenido, menciona que en su índice binomial obtuvo un puntaje menor a 0.05; respecto a su validez de constructo el análisis factorial por medio del test de esfericidad de Bartlett  $p=,000$  y el coeficiente de KMO 0.76, concluye que los tres factores coinciden con el modelo original y de confiabilidad en el coeficiente alfa de Cronbach (0.73) y el coeficiente de Guttman (0.61).

Castillo, A. (2016) en su estudio correlacional de corte transversal entre resiliencia y el burnout en los profesionales de salud de un Hospital nacional de Lima, en una muestra no probabilística de 147 profesionales asistenciales de ambos sexos con edades que fluctúan entre los 25 a 65 años, utilizó el Inventario de Burnout (MBI) y concluyó que no existe relación entre resiliencia y el síndrome de burnout, sin embargo, predomina un nivel moderado de burnout en los profesionales de salud.

Silva, O. (2015) referido por Alvarez, M. (2017) en su estudio de tipo observacional, descriptivo, analítico, de corte trasversal y prospectivo de prevalencia y factores asociados al síndrome de Burnout en médicos del área crítica del Hospital San José del Callao, utilizó como instrumento de recolección de datos el Maslach Burnnout Inventory (MBI), llegando a la conclusión que el personal médico del área crítica presentaba niveles bajos de síndrome de burnout.

Elgegren, U. (2015) en su estudio de Fortalecimiento del Clima Social en el trabajo de establecimientos de salud en personal administrativo y asistencial con más de un año de tiempo de servicio, teniendo una muestra de 502 (entre 22 y 69 años de edad) los cuales fueron evaluados con el Cuestionario de Clima Organizacional propuesto en el Documento Técnico “Metodología para el Estudio del Clima Organización IV.02” teniendo como resultado que las dimensiones de Identidad y estructura se encuentran dentro de la categoría “Saludable” indicando que los trabajadores del hospital se sienten identificados con la institución, respetan y valoran su estructura orgánica y su organización funcional. El puntaje más bajo se encuentra en la dimensión remuneración puesto que los haberes son bajos.

Solis, Z. (2015) en su estudio de cuantitativo, prospectivo, correlacional de corte transversal de relación entre clima organizacional y Síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería del Servicio de Emergencia de un Hospital Categoría III-2 de Lima, en una muestra de 43 enfermeras con edad media de 35 años (muestreo no probabilístico por conveniencia) fueron evaluadas con la escala de Rensis Likert y Maslach Burnout Inventory ambos validados por un juicio de expertos a través de la metodología de focus group, concluyó que en el servicio de emergencia, el nivel de Clima Organizacional fue medianamente favorable con ausencia de Síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería, es decir no existe relación significativa entre ambas variables; sin embargo, menciona que los resultados indican que las dimensiones de satisfacción en el trabajo, sí tienen impacto en las dimensiones del Síndrome de Burnout aunque no determinó una relación significativa entre ambas variables solo que el mismo hecho de que exista un clima organizacional medianamente favorable y la ausencia de Síndrome de Burnout en mayor porcentaje, le llevan a suponer que un Clima Organizacional óptimo es el responsable de estos niveles de Burnout. Asimismo, el mantener expectativas positivas frente a su labor, denotando que hay un buen nivel de rendimiento y productividad en el trabajo, permite al personal asistencial poseer el pensamiento de eficacia laboral, que conlleva a la obtención de logros importantes en su vida personal y laboral.

Rojas, J. & Pintado, J. (2014) en su estudio descriptivo y de corte transversal de Calidad de Vida Profesional y síndrome de burnout del personal de salud del servicio de cuidado crítico neonatal del hospital “San Bartolomé” para optar el grado académico de: magíster en gestión de los servicios de la salud en una muestra de 45 personales de la salud, el 15.5% fueron médicos, 46.7% enfermeras y el 37.8% técnicas de enfermería, de todos ellos el 91.1% son de sexo femenino y el 71.1% se ubica dentro los 40 y 60 años de edad; con los instrumentos de Calidad de Vida Profesional (CVP 35) y el Maslach Burnout Inventory (MBI) llegando a las conclusiones siguientes que el 60% refiere tener “bastante” Apoyo Directivo, el 73.3% refiere tener “bastante” Demanda de Trabajo y el 51.1% tienen “bastante” Motivación Intrínseca”; y en relación a las dimensiones del Síndrome de Burnout, encontró que el 80% del personal presenta un nivel bajo de Agotamiento Emocional, el 64.4% presenta un nivel bajo de Despersonalización y el 100% presentó un nivel bajo de Realización Personal.

Rivero (2008) citado por Pablo Tacza (2018) en su investigación "Prevalencia de estrés laboral en trabajadores asistenciales de la Dirección de Salud IV LE" (Dirección ejecutiva de salud ambiental) evaluó una muestra de 567 trabajadores asistenciales teniendo como resultados la incidencia de casos de síndrome de burnout de 31,4% (n=178) siendo el género femenino el más afectado en 79,3%, referente al estado civil los casados presentaron mayor incidente al estrés en 47,0%, los Técnicos en enfermería corresponde a los más vulnerables en 37,2% luego Enfermeras 19,5% y con respecto a la condición laboral los contratados presentaron estrés laboral en 68,3%.

A su vez en relación con la variable Clima Social Laboral la muestra refirió un ambiente inadecuado para el desarrollo de sus actividades en un 75,0% y en el rubro de relaciones interpersonales intra-laboral calificó de regular a malo (59,8%).

## **2.3 Estructura teórica y científica que sustenta el estudio**

- **Modelos Explicativos de Clima Social en el Trabajo**

El concepto de Clima Social en el Trabajo es complejo por ello es difícil encontrar una sola definición y operacionalizarlo. Entre las teorías más estudiadas se encuentra la de Rensis Likert, la percepción de causa y efecto según Paramo, P. (2004), de acuerdo al Gráfico N° 2 Likert señala a tres tipos de variables que van a determinar las características propias de cualquier organización: la primera son las variables causales o denominada también Independientes está compuesta por la estructura orgánica y su administración quienes emiten reglas, decisiones y competencia, su característica es que son susceptibles de sufrir modificación o transformación proveniente de los miembros de la organización; la segunda son las variables Intermediarias referida a los procesos organizacionales que reflejan el estado interno de una organización, está compuesta por los objetivos de rendimiento, Eficacia de la comunicación, las motivaciones y actitudes, la tercera son las variables finales que está referida a los efectos de las variables causales y las intermedias que constituyen la eficacia organizacional de una empresa, está compuesta por la productividad, las ganancias y pérdidas (p.26).

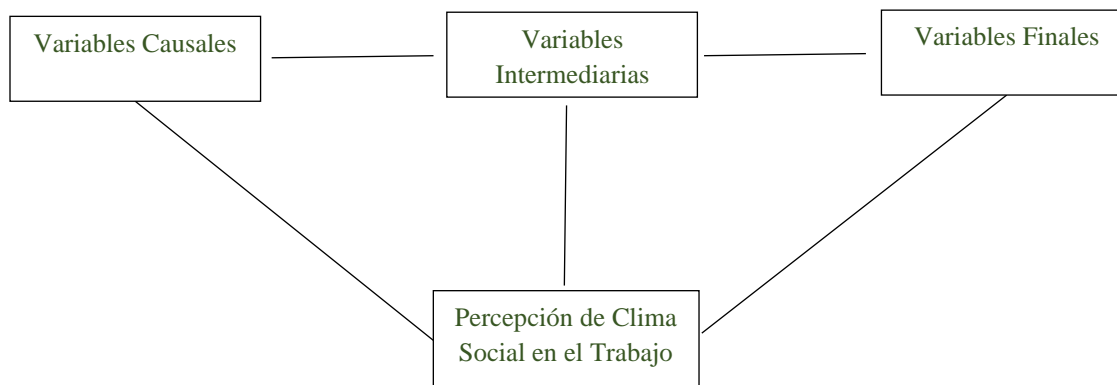


Figura 1: Influencia de la percepción en el clima organizacional según Rensis Likert Paramo P. (2004)

Fuente: Esquema tomado de tesis "Enfoques teóricos relacionados con el clima organizacional" (p.24).

Según Rodríguez, O. (1998) referido por Agostini, E. (2001) menciona que, de la interacción de las tres variables antes mencionadas por Likert, surgen cuatro modelos de sistemas organizacionales, cada uno con un Clima particular y distinto, los cuales son:

**Sistema Autoritario:** Caracterizado por un clima social en el trabajo de desconfianza. temor de sanciones e inseguridad generalizados percibido por los trabajadores respecto a la Dirección. La planificación, la toma de decisiones de la gestión y los procesos de control se encuentran centralizados y formalizados en la cúspide de la organización y desde allí se difunden siguiendo una línea altamente burocratizada de conducto regular cuya comunicación solo existe en forma de instrucciones específicas.

**Sistema Autoritario Paternal:** Se caracteriza por un clima social de confianza en la medida que se respeten las reglas del juego establecidas en la cumbre hacia la base y la dependencia desde la base a la cúspide jerárquica, hay una mayor delegación de algunas decisiones que se toman en los niveles jerárquicos inferiores concediendo también ciertas flexibilidades a sus subordinados.

**Sistema Consultivo:** Se caracteriza por un clima de confianza, niveles altos de responsabilidad, la motivación se da mediante recompensas como el prestigio, estima y castigos ocasionales, existe mayor grado descentralización y delegación de las decisiones, el proceso de control es delegado a escalones inferiores, sin embargo, aún mantiene un esquema jerárquico; pero las decisiones específicas son adoptadas por niveles jerárquicos medios e inferiores.



Sistema Participativo: Se caracteriza por un clima de alto grado de confianza entre la Dirección y los trabajadores, alto nivel de compromiso por parte de los trabajadores con la organización y su planificación, el proceso de toma de decisiones no se encuentra centralizado en la cúspide, sino distribuido en diferentes niveles de la organización, la comunicación es vertical y horizontal (p.186).

Otra Teoría que explica el Clima Social de Trabajo es de las Relaciones Humanas de la administración por Elton Mayo (1980) referido por Dessler, G. (1996) desde la filosofía de la escuela humanista, quien menciona que la eficacia de la administración está en la capacidad de comprender el comportamiento grupal del hombre social y como tal está compuesta del conjunto de personas que se relacionan espontáneamente entre sí que facilita el desarrollo de un adecuado clima social de trabajo al ser reforzados mediante la motivación, la asesoría, la dirección, y la comunicación a expresarse libre y saludablemente a diferencia de no ser escuchados, ni considerados por parte de sus superiores (p.46) llegando a la conclusión que el nivel de producción está determinado por las normas sociales y las expectativas que lo rodean, la relación del aumento de la productividad y el sentido de pertenencia (p.45), en el experimento del efecto Hawthorne se concluye que el comportamiento del trabajador se apoya por completo en el grupo es decir que se encuentra condicionado por normas y estándares sociales (p.45), según Hampton, D. (1989), dicha organización social está compuesta por grupos sociales informales, cuya estructura no siempre coincide con la organización formal, “los grupos informales definen sus reglas de comportamiento, sus recompensas y sanciones sociales positivas como es la aceptación social o negativas como las burlas, rechazo por parte del grupo, sus objetivos, su escala de valores sociales, sus creencias y expectativas, cada participante los asimila e integra en sus actitudes y su comportamiento” (p.52).

Teoría del Comportamiento organizacional cuyo fundamento filosófico se enmarca en el concepto de organizaciones democráticas delegando responsabilidades en equipos de trabajo semiautónomos, está integrado por dos teorías; la primera es la Teoría de los factores, según Irving, F. (1959 ) referido por Chiavenato I. (1994) que luego fue complementada con la segunda teoría que es la teoría de Vroom V. la cual presenta dos factores, el primero denominado factores higiénicos y el segundo los factores motivacionales, sin embargo los primeros son los que relacionan con el tema de estudio por lo que son preventivo y profiláctico el cual están referidos a

las condiciones físicas y ambientales de trabajo que implica las políticas institucionales, el clima social de trabajo, liderazgo y jefatura que al tener poca capacidad para influir en la conducta laboral de las personas, solo se destinan a evitar fuentes de insatisfacción en el ambiente o amenazas potenciales que pueden romper su equilibrio (p.54-55).



Figura 2: Bosquejo analítico de la percepción del trabajador del Clima Social en el Trabajo (Rodríguez, 1987)

Fuente: Esquema tomado del libro "Los principios para administrar a las organizaciones como sistemas" (Pág. 49)

Para medir el Clima Social en el Trabajo en el hospital se toma como base la Percepción en conjunto que tienen del hospital, cada uno de los trabajadores de las áreas asistenciales, acerca de sus relaciones intervinientes que lo diferencian de cualesquier hospital que media entre los factores Implicación, Cohesión, Apoyo, Autonomía, Organización, Presión, Claridad, Control, Innovación y Comodidad con los factores emocionales, resultando en un comportamiento que tiene consecuencias sobre la organización hospitalaria e inciden directamente en la productividad traducida en rentabilidad social y calidad de vida de los trabajadores asistenciales.

Según Valdez, H. (1999) de acuerdo a la representación de la figura 2 menciona que la interrelación entre los trabajadores de un tema organizacional “es influida por la percepción ya que no solo involucra el procesamiento de la información en el trabajador perceptor; sino la valoración que dicho trabajador le asigna a la información, mensaje físico o actos que emite y realiza el trabajador emisor” (p.48) el análisis de la percepción del trabajador consiste en dos fases.

Primera fase Pre Psicológica; “El estímulo distante (ED) es la acción X realizada por la persona (O) y que es objeto de la percepción en un determinado momento. Para que el Estímulo distante (ED) alcance los órganos sensoriales del perceptor (P) es necesario que se convierta en un estímulo próximo (EP) mediante la intervención de condiciones mediadora (M), tales como condiciones físicas del ambiente, expresiones faciales, expresiones verbales, información. El (EP) es el que impacta en el perceptor” (p.48).

Segunda fase Procesos Psicológicos. - (PrP) La persona toma conciencia del estímulo distante (ED) y lo sitúa dentro del contexto de sus valores, actitudes, necesidades, intereses, tendencias cognitivas, estereotipos, posibles disfunciones mentales y atribución diferencial de causalidad.

A partir del mencionado proceso se produce la percepción (Pt) por ello resulta fácil inferir la trascendental importancia que tiene el fenómeno de la percepción social para el estudio de la interrelación humana. “La respuesta de P a la acción realizada por O será una función de su percepción de dicha acción de O” (p.48). Esta dinámica de la percepción nos debe hacer meditar en torno a la importancia de tener un potencial humano con un bienestar psicológico, el cual pueda evitar conflictos dentro del sistema organizacional.

El Administrador en negocios Valdez, H. menciona sobre la dinámica de la percepción que “Para tal fin, es necesario contar con el apoyo de profesionales Psicólogos, para que ayuden al recurso humano en la identificación y solución de problemas de naturaleza psicológica o para que asesoren en la comprensión del proceso de interrelación entre las personas y como consecuencia se afecta al sistema organizacional” (p.48).

Por ello Swieringa J. & Wierdsma A. (1995) menciona que la diferencia en la percepción y en la experiencia que los miembros tienen de su propia organización, es lo que determina “que” y “como” aprende cada uno de ellos (p.18).

La siguiente es la Teoría del entorno ambiental, esta teoría sirve como guía en el presente estudio; Moos, R. (1974) referido por Pezua, M. (2012) enfoca su tema de Clima Social en el Trabajo postulados en la psicología ambiental cuya competencia de estudio comprende a los efectos del ambiente y su influencia sobre la conducta humana (p.32), indicando que el entorno se relaciona con ciertas conductas de la persona y por ende el Clima Social en el Trabajo interfiere en el desarrollo de funciones laborales y recíprocamente en su ambiente laboral definiéndola de la siguiente manera “el ambiente es un determinante decisivo en el bienestar del individuo” (p.33).

Esta teoría contempla el rol de la relación del entorno en el desarrollo de los trabajadores en tres variables: Organizacionales, Sociales, y Físicas; las define operacionalmente describiendo “las características psicosociales e institucionales de un determinado grupo asentado sobre un ambiente” (p.33) para ello desarrolla tres dimensiones refiriéndose a los atributos fundamentales que permiten evaluar al Clima Social en el Trabajo: Relaciones, Autorrealización y Estabilidad/Cambio, cada una de ellas con subescalas que evalúan el grado que los empleados conocen lo que se espera de su tarea diaria y cómo se les explican las normas y planes de trabajo; el grado en que la Dirección utiliza las normas y la presión para controlar a los empleados; la importancia que se da a la variedad al cambio y a las nuevas propuestas y por último el grado en que el entorno físico contribuye a crear un ambiente de trabajo agradable.

a) Dimensión Relaciones Interpersonales, se refiere al trato y cooperación que se da entre los trabajadores y se mide a través de los factores Implicación, Cohesión y Apoyo que evalúan el grado en que los empleados están interesados y comprometidos en su trabajo, así como el grado en que la dirección apoya a los empleados y los anima a apoyarse unos a otros. A continuación, analizaremos cada factor de esta dimensión:

Implicación (IM), Este factor mide el Grado en que los empleados se preocupan por su actividad y hasta qué punto se sienten integrados en su trabajo, asimismo evalúa las interacciones jefe-subordinado.

Cohesión (CO), El factor mide el Grado en que los empleados se ayudan entre sí con un sentido de equipo en el momento oportuno y se muestran amables con los compañeros para la consecución de objetivos comunes, así como la relación de amistad y apoyo que existe entre ellos.

Apoyo (AP), El factor mide el Grado en que los jefes ayudan oportunamente y animan al personal para crear un buen clima social en relación con los objetivos institucionales, asimismo evalúa el grado en que los empleados se ayudan entre sí y se muestran amables con sus compañeros.

b) Dimensión Autorrealización, se refiere al grado en que se estimula a los empleados a ser autosuficientes y a tomar sus propias decisiones, así como la importancia que se da a la buena planificación, eficiencia y terminación de las tareas, asimismo evalúa el grado en que la presión en el trabajo domina el ambiente laboral para ello esta dimensión utiliza tres factores Autonomía, Organización y Presión, A continuación, analizaremos cada uno de estos factores:

Autonomía (AU), El factor mide el Grado en que se anima a los empleados a ser autosuficientes y a tomar iniciativas propias. al igual que el factor implicación de la dimensión relaciones interpersonales, está relacionada a las características positivas de las relaciones jefe-subordinado, a su vez mide hasta qué punto la organización anima a sus trabajadores a ser autónomos y tomar decisiones.

Organización (OR), El factor mide el Grado en que subraya una buena planificación, eficiencia y terminación de la tarea que faciliten el desarrollo de las actividades institucionales y evalúa hasta qué punto el clima estimula la planificación, eficacia del trabajo y la orientación hacia la tarea.

Presión (PR), El factor mide el Grado como la presión del trabajo ya sea la rutina diaria, las reglas y políticas que se dan en ese entorno influyen en el ambiente laboral.

c) Estabilidad/Cambio, es la dimensión apreciada por las subescalas Claridad, Control, Innovación y Comodidad, que evalúan el grado de conocimiento que los empleados tienen respecto a lo que se espera de su labor diaria, la explicación de las normas y planes de trabajo, la importancia que se le atribuye a las nuevas propuestas, al cambio y la variedad; también como los directivos utilizan la presión y las normas para realizar el control de los empleados; y el grado en que el ambiente físico influye en generar un clima de trabajo; lo conforman los siguientes:

Claridad (CL), El factor mide el Grado en que se conocen las expectativas de las tareas diarias, explica las políticas, reglas y planes para el trabajo, también evalúa las relaciones jefe-subordinado al igual que los factores de implicación y autonomía de las dimensiones antes mencionadas.

Control (CN), El factor mide el Grado en que los jefes utilizan las reglas para tener controlados a los empleados de acuerdo a las normas establecidas por la organización.

Innovación (IN), El factor mide el Grado sobre el cambio, variedad y los nuevos enfoques. también evalúa las relaciones jefe-subordinado al igual que el factor claridad de esta misma dimensión.

Comodidad (CF), El factor mide el Grado de como el entorno físico puede apoyar u obstaculizar en alguna medida la ejecución de las labores que realizan los trabajadores, pero también puede ayudar a crear un ambiente laboral agradable.

De acuerdo a la teoría del entorno ambiental mencionada párrafos atrás, no tendría sentido hablar de un Clima Social en el Trabajo si no se percibe desde la experiencia vivencial de los trabajadores, puesto que aquel entorno social de la organización influye en la percepción y es la que determinará el tipo de comportamiento que adopten los trabajadores dentro de una organización, en aquel entorno se encuentran la Tecnología y la estructura organizacional; la posición jerárquica que ocupa el trabajador dentro de la organización y su salario; el tipo de personalidad, actitudes y el nivel de satisfacción, así como la percepción que tienen los trabajadores asistenciales entre colegas y los superiores de la Organización.

- **Modelos Explicativos del Síndrome de Burnout**

- a) **Según su constructo teórico.**

De acuerdo con Arias, W. & Jiménez, N. (2015) refiere “que algunos autores dividen el estudio del síndrome de Burnout en dos grupos que constituye la base para su desarrollo, el primer grupo lo conforman los modelos comprensivos y el segundo grupo los modelos de procesos” (p.61-62), a continuación, describiremos estos modelos de dicho autor en dos grupos:

- 1) Primer grupo - Modelos comprensivos: Teorías del comportamiento organizacional

Conformado por tres Teorías del Comportamiento Organizacional: Teoría Sociocognitiva del Yo, Teoría del intercambio Social y la Teoría Organizacional propiamente dicha.

*Teoría Sociocognitiva del “Yo”*, Este modelo teórico explica la etiología del Síndrome sobre la base de la teoría de Albert Bandura el cual analiza los mecanismos psicológicos que intervienen en la determinación de la acción y el papel que desempeña el pensamiento autorreferente en el funcionamiento humano. Explica que las cogniciones de las personas influyen en lo que éstos perciben y hacen, a su vez, estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones y por la acumulación de las consecuencias observadas en los demás; asimismo, menciona que la creencia es decir el grado de seguridad por parte de una persona en sus propias capacidades, determinará el empeño que pondrá para conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad en

conseguirlos, también determinará ciertas reacciones emocionales, como la depresión o estrés, que acompañan a la acción; entre los modelos recogidos en este grupo se encuentran los siguientes cuatro modelos:

Modelo de Harrison W.D. (1983) quien señala que los sujetos que desarrollan expectativas muy elevadas sobre la consecución de los objetivos laborales intentan ayudar a los demás en situaciones en las que se requiere algo más que la simple motivación para alcanzar el éxito a lo que se denomina competencia social.

Modelo de Cherniss, C. (1993) señala que las características de la organización como el nivel elevado de desafío, autonomía, control, retroalimentación de los resultados, apoyo social del supervisor y de los compañeros de trabajo, permiten prevenir con éxito el Síndrome puesto que el burnout que experimenta el sujeto puede derivarse del desempeño de la autoestima, motivación, satisfacción y la implicación laboral.

Modelo de Pines (1993) define el síndrome como una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal causado por largos periodos de tiempo a situaciones que le afectan emocionalmente con énfasis en los profesionales cuya labor de carácter humanitario y de ayuda, intentan darle un sentido de existencia a su trabajo al sentirse útiles.

Modelo de Thompson, M. et al (1993) señalan que la autoconciencia como un rasgo de la personalidad desempeña un papel fundamental en la etiología del síndrome, conceptualizado como la capacidad del sujeto de autorregular sus niveles de estrés percibido durante el desarrollo de una tarea dirigida a la consecución de un objetivo. La variable que determina el desarrollo del síndrome es la autoconfianza profesional y su influencia sobre la realización personal en el trabajo.

*Teoría del Intercambio Social*, este modelo teórico propone que la etiología del síndrome se encuentra en las percepciones de falta de reciprocidad de inversión y resultado (equidad y ganancia) resultado del proceso de comparación social cuando se establecen relaciones interpersonales de intercambio como de actitud y aprecio, captan que aportan más de lo que reciben a cambio sin resolver de manera adecuada aquella situación; se tiene dos modelos:



Modelo de comparación social de Buunk & Schaufeli (1993), este modelo explica que el burnout surge de los procesos de intercambio social con los pacientes y la comparación con sus compañeros de trabajo, manifiesta que existe tres variables relacionadas con el burnout: La incertidumbre (se relaciona con pensamientos y emociones inciertas que no permiten actuar de manera funcional), la percepción de equidad (el grado de proporcionalidad entre el esfuerzo que damos a nuestro trabajo y la recompensa que recibimos a cambio) y la falta de control (la probabilidad que podría tener el trabajador asistencial para controlar los resultados del esfuerzo que manifiesta en su trabajo)

Modelo de corte motivacional de Hobfoll & Freedy, (1993) explica que cuando los profesionales asistenciales perciben que los recursos que les motivan, como la posición de objetos, el entusiasmo o su nivel de energía se encuentran amenazados o frustrados, su nivel de estrés laboral aumenta manifestando el síndrome de Burnout, por tanto, para disminuir los sentimientos de “quemarse” será necesario que los profesionales eviten la pérdida de recursos o aumenten los ya poseídos, de este modo cambiarán sus percepciones y cogniciones de manera funcional y por ende disminuirían los niveles de burnout.

*Teoría organizacional*, los modelos que lo integran elaboran la explicación de la etiología del Burnout en el contexto de la Institución como factores estresores, según estos modelos las variables como la estructura orgánica, el Clima Social de Trabajo, la percepción del apoyo y la función de roles influyen en la aparición del burnout, esta teoría cuenta con tres modelos:

Modelo de Golembiewski, et all (1988), uno de los primeros modelos que explica el desarrollo del Síndrome como un proceso de una serie de 8 fases, siendo actitudes de Despersonalización el síntoma inicial, como un mecanismo disfuncional de afrontamiento del estrés por sobrecarga laboral, por demasiada o muy poca estimulación y las otras dos dimensiones sería experimentar baja Realización Personal en el trabajo y a más largo plazo Cansancio Emocional caracterizado por tensión psicológica y problemas psicosomáticos. El modelo toma como referencia las puntuaciones en las tres dimensiones obtenidas en el MBI en función de la media, dependiendo de que la puntuación alcanzada en cada dimensión sea superior o inferior a la media, se asignan a los sujetos en dos grados: alto o bajo eso quiere decir que la fase a la que es asignado cada sujeto

depende de la combinación de la puntuación en las tres dimensiones. Se plantea 8 fases del Burnout: primera fase, cuando en las tres dimensiones puntúa por debajo de la media; segunda fase si puntúa superior a la media en la dimensión de Despersonalización, pero inferior a Realización Personal y Cansancio Emocional; y la octava fase se da, cuando puntúa un nivel alto en la dimensión despersonalización y en la dimensión de Cansancio emocional; no obstante, para desarrollar el Burnout, los trabajadores no tienen que atravesar todas las fases definidas en el modelo. A su vez atendiendo el concepto numérico de las fases que pasa un trabajador, se dice que el tipo de proceso es agudo, cuando un trabajador pasa por las fases 1, 5 y 8 y el proceso es crónico si atraviesa las fases 1, 2, 4.

Modelo de Cox, et al (1993), plantean desde el enfoque de salud de la organización e decir su estructura orgánica, políticas, procedimientos son percibidos por los trabajadores como una variable moduladora que conlleva a la realización personal sobre los efectos con los sentimientos de agotamiento emocional y en las actitudes de despersonalización, es importante destacar que no se ha tenido evidencia empírica sobre la hipotética relación.

Modelo de Winnubst (1993), plantea que el síndrome de burnout afecta a todo tipo de profesionales y no solo a los trabajadores que brindan servicios asistenciales, centrándose en la percepción de la estructura organizacional, la cultura organizacional, el clima y apoyo social en el trabajo, siendo estas consideradas como variables que influyen directamente sobre el síndrome de Burnout, con cuatro supuestos: 1) Todas las estructuras organizacionales tienen un sistema de apoyo social que se ajusta óptimamente a este tipo de estructura, 2) Los sistemas de apoyo social surgen en interdependencia con el clima laboral por lo que pueden ser mantenidos y mejorados optimizando el clima, 3) Tanto la estructura organizacional como la cultura y el apoyo social se rigen por criterios éticos derivados de los valores sociales y culturales de la organización; y, 4) Estos criterios éticos hacen posible predecir en qué medida las organizaciones inducirán en sus miembros tensión y el síndrome de burnout por el trabajo.

## 2) Segundo grupo - Modelos de proceso: Teorías del comportamiento organizacional

Conformado por cuatro modelos de proceso: modelo tridimensional de Maslach y Jackson, modelo de Edelwich y Brodsky, modelo de Price y Murphy y modelo de Pedro R. Gil Monte.

Modelo Tridimensional de Maslach y Jackson (1981) este modelo considera tres dimensiones del burnout: agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal; explican que dicho síndrome, es decir el estrés laboral crónico hace que la persona se encuentre emocionalmente agotado, que tenga un desanimo en el desarrollo de actividades y manifieste sentimientos negativos hacia sus compañeros de trabajo, todo esto trae consigo como resultado la devaluación de procesos del propio rol profesional.

Modelo de Edelwich & Brodsky (1980), plantean que las profesiones de ayuda describen el síndrome como una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente, como resultado de las condiciones del trabajo. Para ello plantean cuatro fases por las que pasa todo individuo que padece burnout:

- 1) Fase de Entusiasmo. - Caracterizado por elevadas aspiraciones, energía desbordante y carencia de la noción de peligro;
- 2) Fase de Estancamiento. - Que surge tras no cumplirse las expectativas originales, empezando a aparecer la frustración;
- 3) Fase de Frustración, en la que comienzan a surgir problemas emocionales, físicos y conductuales, con lo que esta fase sería el núcleo central del síndrome; y
- 4) Fase de Apatía, que sufre el individuo y que constituye el mecanismo de defensa ante la frustración

Modelo de Price y Murphy (1980), plantean que el burnout es un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral a semejanza de un duelo que a nivel personal conlleva la pérdida de la ilusión, a nivel interpersonal conlleva la pérdida de los beneficios, y a nivel social la pérdida de un trabajador competente para el sistema. El burnout se desarrolla en seis fases sintomáticas asemejados a un proceso de duelo: 1) Desorientación, 2) Labilidad emocional, 3) Culpa debido al fracaso profesional, 4) Soledad y tristeza, 5) Solicitud de ayuda, y; 6) Equilibrio.

Modelo de Gil Monte, P. (1995), distingue dos fases del síndrome: la baja ilusión por el trabajo y los sentimientos de culpa. Conceptualizando el síndrome como una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias como falta de salud, baja satisfacción laboral, intenciones de abandonar la organización, a los estresores crónicos laborales denominado acoso psicosocial percibido que surgen luego de un proceso de reevaluación cognitiva (no es el acoso psicológico ocasionado por un conflicto interpersonal asimétrico donde existe un acosado y un acosador), cuando las estrategias de afrontamiento de los profesionales de salud no son eficaces para reducir el estrés laboral percibido

#### **b) Según el enfoque de la teoría organizacional**

Forbes, R. (2011) menciona que el burnout es consecuencia de las condiciones y las tensiones como la demanda excesiva de trabajo y la falta de revalorización del puesto que genera el estrés laboral reflejándose en las conductas de pérdida de autonomía, control, ansiedad, baja autoestima, irritabilidad, cansancio, desgaste, confusión y fatiga “Ante estas situaciones, el trabajador se distancia del trabajo o rol que le genera estrés llegando a la despersonalización, es decir cinismo, pérdida de empatía con el paciente y sus compañeros, la frustración aflora y el ciclo se vuelve vicioso al buscar refugio en el trabajo”; el autor hace referencia a Winnubst (1993) quien considera que “el exceso de estandarización de métodos de trabajo y normas muy rígidas genera un ambiente propenso al burnout aunque haya burocracia, se estandaricen las habilidades y se fomente la creatividad y autonomía” (p.3); asimismo señala que por la forma como han sido diseñados la estructura orgánica y sus sistemas de procedimientos propician la rutina o monotonía que llevan a la aparición del burnout; el proceso evolutivo del Síndrome comienza con el desarrollo de sentimientos de agotamiento emocional en el trabajador que llevan a que este genere una actitud despersonalizada hacia los pacientes y que finalmente lo llevan a perder el compromiso personal y a disminuir la realización personal en el trabajo, “esto puede llevar a sentimientos de remordimiento y culpa por los desajustes que el síndrome ocasiona, fomentando a veces el refugio en el mismo trabajo como se decía, conduciendo el burnout a niveles más peligrosos” (p.3).

c) Según su origen y evaluación; al respecto Miño, A. (2012) refiere que el estudio del Síndrome de Burnout existe tres hipótesis:

*Primera Hipótesis:* Modelo de intervención desde la perspectiva de la Psicología Clínica se tiene a Freudenberger (1974) quien toma en cuenta entre un acercamiento intrapsíquico de los aspectos de personalidad y al estado personal de los profesionales sobre dedicados, con excesivo compromiso laboral, perfeccionistas y con altas expectativas con padecer burnout porque no logran alcanzar las expectativas depositadas en su trabajo. Esquemático como un patrón homogéneo de personas que no conseguían los resultados esperados pese al esfuerzo realizado, manifestando cinco grupos de síntomas a nivel: Físico, Conductual, Afectivo, Cognitivo y Motivacional.

Esta concepción teórica, tiene un enfoque de “estado”, que llevan a un “etiquetamiento”, el que alguien mencione que ‘está quemado’ sugiere un fenómeno estático, un resultado final. Según Apiquian A. (2007) el modelo introduce el concepto teórico de Burnout describiéndolo 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” (p.1).

*Segunda Hipótesis:* presenta un modelo de intervención desde la perspectiva existencial, teniendo como base los postulados de la teoría humanista. Su principal exponente es Pines (1980) quien proporciona a este síndrome mediante un constructo unidimensional dando la importancia al Agotamiento emocional, donde según Apiquian A. (2007) quien señala que Pines (1980) mantiene una conceptualización amplia del burnout como una “experiencia general manifestando agotamiento físico, emocional y actitudinal” (p.1), enfocándose de que las excesivas demandas psicológicas no se dan únicamente en los profesionales de tipo asistencial que brindan servicio directo al público, sino que también pueden darse en otros ámbitos laborales por ejemplo en puestos directivos, en el trabajo comercial o en la política.

*Tercera Hipótesis:* concibe el origen del síndrome de burnout en el marco conceptual de Maslach (1982), esta perspectiva es que sirve como guía en la presente investigación que se fundamenta desde los postulados de la Psicología Social cuyo objeto de estudio es la manera como los pensamientos, sentimientos y las formas de afrontamiento de las personas son influidos por la

presencia real, imaginada o implícita de las relaciones sociales y con otras personas; dicha investigadora elaboró un constructo multidimensional: Cansancio o Agotamiento Emocional (CE), Cinismo o Despersonalización (DP) y Realización Personal (RP) el cual se pasa a describir:

### **Cansancio Emocional**

Cansancio o Agotamiento Emocional (CE), Maslach, C. & Jackson, S. (1997) mencionan que el elemento con mayor saturación contiene una expresión clara de dicho sentimiento: “<<1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo>>” (p.5), el elemento central del síndrome está referido a la experiencia de los sentimientos de una persona exhausta emocionalmente por las demandas propio trabajo el profesional.

Pérez, M. (2000) referido por Gonzales, A. (2016) menciona que el desgaste que presenta el trabajador al momento de cumplir con sus funciones conlleva a manifestar pensamientos “que no va a poder ofrecer nada profesionalmente” (p.17), el Ministerio de Salud (2020) menciona que es un sentimiento de agotamiento físico como falta de energía y/o emocional; Stamm. B.H. (2010) menciona que el agotamiento “se asocia con sentimiento negativos como de desesperanza, infelicidad, desconexión e insensibilidad y dificultades para lidiar con el trabajo o para hacer su trabajo de manera efectiva, estos sentimientos suelen tener un inicio gradual pueden reflejar sensación de estar abrumado, empantanado, que sus esfuerzos no hacen ninguna diferencia” (p.13), y; según Vicuña, L. (2003) “La persona siente que ya no puede dar más de sí mismo a los demás” (p.27), de acuerdo a los diversos estudios supracitados el agotamiento puede estar asociado a una carga muy alta de trabajo o un entorno de trabajo sin apoyo el cual repercute durante la jornada laboral, a nueva jornada o a un estrés diario Entre sus indicadores tenemos los siguientes:

Indicadores de cansancio se presenta en los ítems: 1.- Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo, 2.- Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado, 3.- Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado y 6.- Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.

Indicadores de Sobre esfuerzo se presenta en los ítems: 8. Siento que mi trabajo me está desgastando, 13. Me siento frustrado por mi trabajo, 14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo, 16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa y 20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.

### **Despersonalización**

Cinismo o Despersonalización (DP), referido al grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento “Es la respuesta negativa por la interrelación de sobrecarga laboral y factores individuales” (p.5) según Vicuña, L. (2003) “Los elementos de esta escala describen una “respuesta impersonal de pesimista, negativo y fría deshumanización hacia los receptores de los servicios prestados o cuidados del profesional” (p.27) y el Ministerio de Salud (2020) refiere que son sentimientos negativos o cínicos con respecto al trabajo con pérdida de la identidad personal.

Según Pérez, M. (2000) mencionado por Gonzales, A. (2016) el trabajador afectado, ya no realiza de la misma forma sus funciones y la manera de tratar a los pacientes empeora drásticamente, aumenta su irritabilidad y distanciamiento hacia los pacientes e incluso hacia sus compañeros de trabajo repercutiendo en un Desánimo laboral (p.18). Entre sus indicadores tenemos los siguiente:

Indicadores de Actitudes negativas se presenta en los ítems: 5 “Siento que estoy tratando a los pacientes, como si fuesen objetos impersonales” y 10 “Siento que me he hecho más duro con la gente”.

Indicadores de Falta de preocupación se presenta en los ítems: 11 “Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente”, 15 “Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente” y 22 “Me parece que los pacientes me culpan de algunos problemas”.

## **Realización Personal**

Realización Personal (RP), referido a los sentimientos de autoeficacia y realización personal, la escala contiene elementos que describen sentimientos de competencia y éxito en el trabajo propio con personas “La variable puede ser considerada como lo opuesto al Cansancio emocional y a la Despersonalización” (p.5), el Ministerio de Salud (2020) menciona que es la eficacia ocupacional reducida o ausencia de la sensación de logro, según Pérez, M. (2000) referido por Gonzales, A. (2016) menciona que el sentimiento de inadecuación y disminución de la realización personal del trabajo hace que el empleado sienta que no tiene nada que aportar en su trabajo y todo ello se traduce en su forma de trabajar, la cual repercute en las ganas de seguir superándose, todos sus esfuerzos desaparecen y se adueña la baja autoestima (p.18).

Delgado, A. (2003) referido por Vicuña, L. (2003) menciona que el burnout es un sentimiento complejo de “inadecuación personal y profesional al puesto de trabajo que pueden tener un efecto con autoevaluación negativa e insatisfacción o un efecto contrario de omnipotencia, incremento de capacidades, esfuerzos y dedicación al trabajo y a los demás” (p.27).

Según el autor, repercute en la Eficacia laboral, en la resolución de problemas laborales y en su contribución eficaz en la organización. Entre sus indicadores tenemos los siguientes:

Indicadores de Manejo de situaciones, se presenta en los ítems: 4 “Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender”, 7 “Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender” y 9 “Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo”.

Indicadores de Logros, se presenta en los ítems: 12 “Me siento muy enérgico en mi trabajo”, 17 “Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo” y 18 “Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender”.



Indicadores de Satisfacción, se presenta en los ítems: 19 “Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo” y 21 “Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada”.

Según Maicon, C. et al (2010) estipula que esta corriente tridimensional desarrolla el concepto de proceso, el cual consolida de la siguiente manera: “Podría ser entendido como una respuesta al estrés laboral cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento habitualmente usadas por el sujeto, comportándose como variable mediadora entre la relación estrés percibido y consecuencias de ciertos estresores o demandas de diversa índole”, es un proceso dinámico es decir continuo que se interrelaciona para producir el síndrome producto de la interacción de varios factores como Factores Individuales referido a manifestaciones de personalidad, Factores de Interacción manifestado en comunicación directa y abierta, responsabilidad compartida y Factores del Sistema vinculados a políticas, apoyo social del sistema y tecnología (p.169-180).

De acuerdo a los estudios mencionados arriba, el burnout es asociado a la carga muy alta de trabajo donde el ambiente social y las relaciones interpersonales son factores que también se asocian con el desgaste progresivo de falta de energía, carecimiento de motivación, elevado grado de apatía, fatiga crónica, dolor de cabeza y trastornos gastrointestinales como efecto negativo en su cuerpo y en la estructura psicológica que traen como consecuencia reducción de desempeño que presenta el trabajador al momento de cumplir con sus funciones, sin embargo cuando existe una buena comunicación interpersonal y se percibe apoyo social, se puede reducir los efectos negativos del síndrome, pero en el caso que no hubiera apoyo de los compañeros, de las jefaturas y de los directivos de la organización hospitalaria, puede propiciarse la aparición de dicho síndrome; según el Ministerio de Salud (2020) menciona que este Padecimiento se produce como resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito, sufre ante factores estresantes emocionales e interpersonales relacionadas con el trabajo.

- **Modelos Explicativos de Personal Asistencial de una Organización Hospitalaria**

Las instituciones hospitalarias son organizaciones, entre las definiciones de organización tenemos el de Schein (1972) "La coordinación racional de las actividades de un cierto número de

personas que intentan conseguir un objetivo, metas y punto de vista común y explícito mediante la división de funciones y del trabajo a través de una jerarquización de la autoridad y de responsabilidad" (p.19), otra definición más amplia según Pulido, C. & y Delgado, M. (2002) "Es el conjunto de personas que lo conforman y que generan una sinergia en aras de un objetivo común" (p.67).

Sin embargo para el presente estudio el termino organización se define según Swieringa, J. & Wierdsma, A. (1995) en dos conceptos: Institucional "Organización como asociación específica de personas que trabajan juntas de manera deliberada para cumplir determinada finalidad" e Instrumental: "Organización como regulador del comportamiento organizacional referido a la manera en la que las tareas se distribuyen dentro de la institución, compuesta de cuatro componentes: Estrategias, Estructuras, Cultura Organizacional, Clima de Trabajo y Sistemas" (p.18).

Por otro lado, la organización hospitalaria para el presente estudio se basa en la teoría de Mintzberg, H. (1989) en el diseño de organizaciones eficientes de la organización Burocrática Profesional (p.159).

Según Valdez H. (1999) este tipo de estructura se caracteriza por su "subsistema operativo está compuesta en su mayoría por profesionales" (p.159, 270), los hospitales teóricamente mantienen una estructura esencialmente burocrática profesional por la internalización de sus normas es decir el profesional trabaja relativamente independiente de sus colegas de acuerdo a sus escuelas quienes son los que predeterminan lo que debe hacer, pero estrechamente con los usuarios del servicio, al tratar a los pacientes directamente tienen amplia jurisdicción dentro de los límites del consultorio (p.160), debido a que sus destrezas y conocimientos especiales acorde a la complejidad requieren libertad en sus aplicaciones, sus especialistas y subespecialistas requieren de mucha preparación y adoctrinamiento calificado.

En este tipo de organizaciones hospitalarias tan complejos se observan dos tipos de burocracias que emergen:

- 1) Es un tipo de agrupación burocrática relativamente centralizado tanto vertical como horizontal, impuestas por su propia tecno estructura cuyo trabajo operativo es especializado pero no de destreza, la mayor parte recae sobre los directores que tienen tanto el poder formal e informal al tomar todas las decisiones importantes y coordinando su ejecución con la supervisión directa, los cuales tienen poca necesidad de compartir su poder con miembros del staff, Jefes de línea media, y con los analistas que formalizan el comportamiento de todos los demás, y;
- 2) La organización profesional es burocrática, en virtud como tal, es forzada a ceder una gran parte de su control a los procesos de decisión y a las normas impuestas por las escuelas profesionales que capacitan a sus operadores y luego las asociaciones profesionales controlan e imponen ciertas normas para regir su comportamiento, por ello que en la “Literatura a veces son llamadas organizaciones colegiadas” (p.165).

Según Mintzberg H. (1989) el núcleo operativo de los hospitales se caracteriza por que la mayor cantidad de su personal está conformado por profesionales con sus variantes ya sean especialistas y subespecialistas” (p.160) “aquel trabajo que es altamente especializado en la dimensión horizontal, sin embargo, en lo vertical es ampliado en el sentido que su coordinación, es semejante a la burocrática mecánica” (p.83, 91-92, 160).

Se puede observar también en el núcleo operativo, que su organización, es una estructura altamente democrática, puesto que “los profesionales traen las normas a la organización” (p.169) cuando ellos se incorporan a un hospital, así tengan poco tiempo ahí, “no solo controlan su propio trabajo, sino que también buscan control colectivo de decisiones administrativas que los afecta, como por ejemplo, contratar colegas, promoverlos y de distribuir recursos” (p.165).

Otra característica según Gervase R. & Bushe (1993) es respecto al trabajo que realizan, estos tienen relativa independencia respecto a sus colegas y su estandarización es de habilidades y destrezas “El pertenecer a un grupo formado por colegas especialistas, es más probable que se difundan entre ellos las innovaciones de su especialidad ya que dependen hasta cierto grado de la estandarización de las aptitudes” (p.3,8) la razón es que según Mintzberg H. (1989) “la capacitación y el adiestramiento son un asunto complicado en la burocracia profesional” (p.160)

por ello, los profesionales de salud requieren capacitarse y lo hacen ellos mismos si la institución no los capacita, asistiendo a sus asociaciones o colegios profesionales donde cobran más fuerza en razón a su labor individualizada con pacientes directamente y pueden funcionar sin la presencia del director del hospital. A su vez, los profesionales como núcleo operativo ejecutan por sí mismo algo del trabajo administrativo, interviniendo en comités para asegurarse que tienen algún control sobre las decisiones que afecta en la organización de su trabajo, dándose una figura de una estructura administrativa bastante democrática.

Por ello las organizaciones profesionales grandes tienden a tener estructuras de staff de apoyo más desarrolladas y más aún que el control financiero y la legislación castiga el mal desempeño del profesional irresponsable, no todas las oficinas de apoyo se dan así, por ejemplo, la oficina de asesoría legal se organiza como una constelación profesional. Las partes fundamentales de la estructura jerárquica de una Organización Burocrática Profesional de acuerdo al D.S. N° 043-2006-PCM su Art. 10 Inc “C” sobre los criterios para elaboración de ROF menciona imperativamente que entre los criterios de departamentalización al momento de diseñar la estructura orgánica en una entidad pública el principio de especialidad, igualmente se debe integrar las funciones afines, eliminando posibles conflictos de competencia y cualquier duplicidad de funciones entre sus órganos y unidades orgánicas o con otras entidades de la Administración Pública.

Desde el enfoque organizacional dicha norma define el principio de especialidad 1) En razón de la tarea a cumplir: las tareas o funciones no deben ser ejercidas por más de un órgano al interior de la entidad, y; 2) en relación con el ámbito territorial en el cual se ejerce una función: una misma función puede ser ejercida por más de un órgano, pero en ámbitos territoriales diferentes y claramente delimitados.

En su art. 22 menciona los criterios alternativos o concurrentes que justifican la creación de unidades orgánicas donde al menos uno de estos factores es necesario 1) si un órgano de la entidad cuenta con más de 15 personas, 2) si la carga administrativa que conlleva la función que generó la creación de uno de los órganos de la entidad justifica la creación de una unidad orgánica, y 3) si se establece, por la naturaleza de las funciones a desarrollar, la necesidad de independizar ciertos servicios o tareas. Como alternativa menciona que será necesario evaluar las circunstancias del

caso específico con la justificación en el Informe Técnico Sustentatorio y en especial en una modificación del Reglamento de Organización y Funciones (ROF).

La Directiva para la formulación de documentos técnicos normativos de gestión institucional y la Directiva N°007-MINSA/OGPP-V.02 (28 de Junio 2006) menciona que la organización más sencilla puede recurrir a la adaptación mutua para la coordinación de su trabajo básico de producción de un servicio, tomando en cuenta la actividad o conjunto de tareas necesarias para realizar un proceso, según el Manual de Organización y Funciones (MOF) para la conformación de unidades funcionales es necesaria contar con un número de personas específicamente necesario, a fin de facilitar la organización, supervisión y control de trabajo, así como agilizar la cadena de mando, sin crear instancias formales burocráticas que reduzcan la comunicación y coordinación e incrementen los costos.

Los estudios del Psicólogo social australiano Fred Emery y su esposa Merrelyn a quien el ingeniero industrial Ricardo Hirata refirió que hay dos principios de diseño de organizaciones, en donde el tipo 1 es piramidal y cada parte, área, persona es diferente y se pinta con organigramas tradicionales. El tipo 2 está basado en equipos autónomos o autoadministrados, son esquemas comunitarios y se pintan con “bolas” y cada bola es un equipo autónomo o área autónoma, en donde todos los miembros de la misma están habilitados y entrenados para realizar todas las tareas, las estructuras no tienen más de 3 niveles y se basan en un principio sistémico de organización, por tal motivo no existe en la realidad una estructura 100% participativa, ya que las mismas leyes son y asumen estructuras tipo 1, en este tipo de estructuras, el organigrama es similar a los tradicionales, solamente que un cuadro o bola de arriba es un equipo coordinador, pero también con tareas y metas específicas, especialmente cuando se estructuran equipos es paralela a la estructura funcional, y si se desea graficar la organización solamente de los equipos hay un tipo de grafica circular como de pastel en donde en el centro están los objetivos comunes del sistema; luego en un anillo siguiente hacia afuera los equipos involucrados en los proyectos, y finalmente en el anillo exterior los nombres de los actores, sus metas y demás, la información que a continuación pasamos a detallar se ha tomado del curso de especialización, organización, métodos y sistemas orientados al diseño de organizaciones eficientes, es importante acotar que en el año 2015 el Ministerio de Salud implementando la organización con enfoque de procesos, formula

procesos misionales tanto del mismo Ministerio de Salud, como de los Hospitales del MINSA donde se menciona que tiene siete partes fundamentales de una organización hospitalaria.

Chapoñan W. (2015) el diseño organización por proceso a través de la Oficina de Planeamiento y presupuesto del Ministerio de Salud, define en sentido específico “como el conjunto de actividades que interactúan entre sí para transformar elementos de entrada en resultados con valor agregado, donde prima la satisfacción del cliente” y el termino procedimiento “Descripción de forma específica y detallada de paso a paso para llevar a cabo una tarea, o un proceso específico” según Mintzberg H. (1989) aquellos procesos de trabajo son estandarizados (p.9).

De manera normativa para una organización hospitalaria peruana, se basa en la Ley N° 23728 Art.2 (15DIC1985) donde menciona que en este tipo de organizaciones se realizan actividades asistenciales por los profesionales Médicos, Psicólogos, Cirujanos Dentistas, Enfermeras, Asistentes Sociales, Terapistas Ocupacionales, Terapistas Físicos, diversos asistentes de los profesionales de la salud y personal técnicos y auxiliares en los establecimientos de Salud del Sector Publico, determinados en el código sanitario Art. 1616 y 163.

Respecto al Profesional Asistencial, la Ley General de Salud N° 26842 menciona que el ejercicio profesional que desempeña actividades propias de medicina, odontología, psicología o cualquier otra relacionada con la atención de la salud sea esta en unidades de atención final y unidades críticas en el hospital, se requiere tener título profesional en los casos que la ley así lo establece y cumplir con los requisitos de colegiación, especialización, licenciamiento y demás dispone la Ley, de esta manera los usuarios se sienten satisfechos al saber que el profesional que lo atenderá se basara en su experiencia y destreza de su especialidad, aplicando procedimiento asistencial perfeccionado y no experimental; por otro lado los profesionales a su vez se sienten muy motivados a desempeñar tal procedimiento puesto que todos ellos producen un servicio estándar.

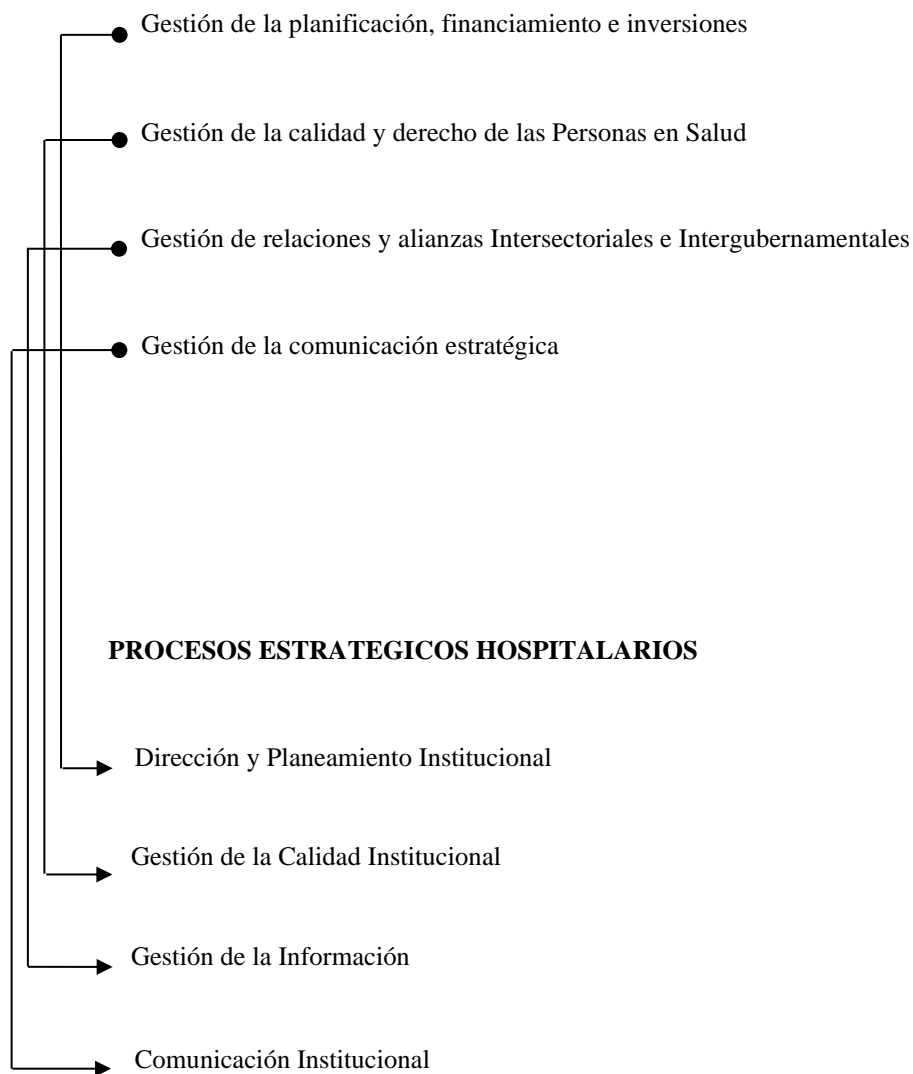
**MAPA DE PROCESOS ESTRATEGICOS DEL MINISTERIO DE SALUD PERU 2015**

Figura 3: Mapa de proceso del Ministerio de Salud – Perú (2015) y mapa de proceso estándar en los hospitales (2015)

Fuente: Exposición de Chapoñan, W. (2015) Formulación del Manual de Operaciones de los órganos desconcentrados del IGSS.

### PROCESOS MISIONALES DEL MINISTERIO DE SALUD PERUANO (MINSA)

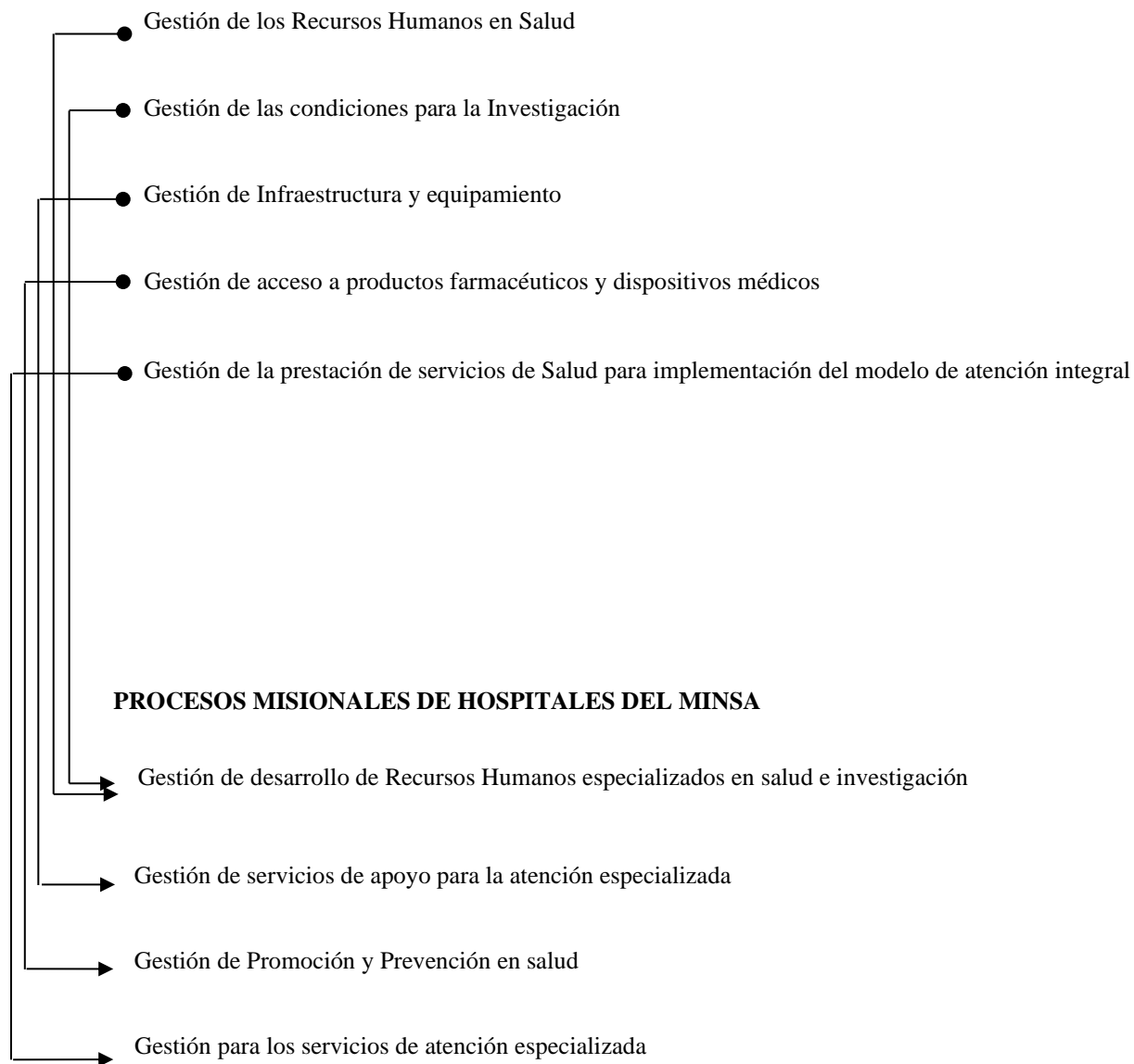


Figura 4: Mapa de proceso misionales del Ministerio de Salud – Perú (2015) y mapa de proceso misionales estándar en los hospitales (2015)

Fuente: Exposición de Chapoñan, W. (2015) Formulación del Manual de Operaciones de los órganos desconcentrados del IGSS.



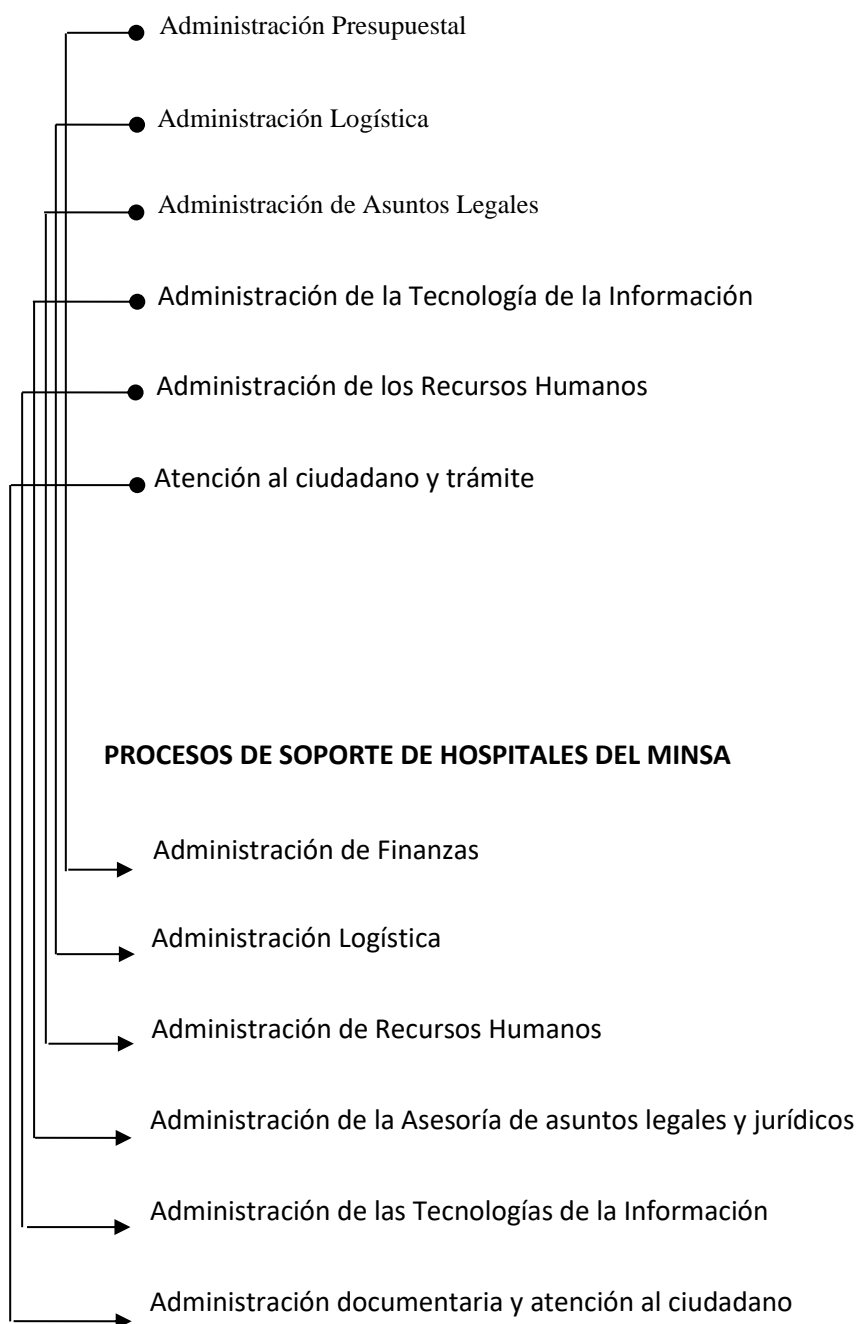
**PROCESOS DE SOPORTE DEL MINISTERIO DE SALUD PERUANO**

Figura 5: Mapa de proceso de soporte del Ministerio de Salud – Perú y mapa de proceso de soporte de hospitales (2015)

Fuente: Exposición de Chapoñan, W. (2015) Formulación del Manual de Operaciones de los órganos desconcentrados del IGSS.

Schein, E. (1988) define el diseño de una organización por procesos, en un sentido amplio de la siguiente manera: “Se refiere a COMO se hacen las cosas y no a QUE cosas se hacen, Ejm. Si cruzo una calle, es lo QUE estoy haciendo, pero el proceso es la MANERA en lo que lo hago ya sea caminando, corriendo, esquivando los autos, pidiendo a alguien que me ayude porque me siento mareado etc. Todo proceso siempre tiene un objetivo o un cliente para quien estamos trabajando” (p.40). Asimismo, las organizaciones hospitalarias, por su naturaleza de entidad pública de servicios asistenciales, como tal está compuestas a la vez por subsistemas, según Valdez H. (2000) “de manera general los sistemas organizacionales están integrados por seis elementos que tienen una interrelación dinámica” (p.2), los cuales son:

1.- Entrada. - “Es la fuerza de arranque o de partida, constituida por la información, el potencial humano, los medios materiales, físicos y los financieros que ingresan al sistema. Son todos los flujos que necesita el sistema para operar con eficiencia y eficacia y responder a las demandas del medio con entropía negativa, estabilidad y adaptabilidad”.

2.- Procesador.- Es la unidad orgánica del sistema a la que concurren los inputs es decir la estructura organizacional, las personas, los medios materiales e insumos, maquinas, equipos biomédicos de alta tecnología, para ser transformados o modificados por los profesionales asistenciales, que realiza con ello determinadas operaciones de trabajos asistenciales.

La capacitación también es un proceso porque hay una relación directa de solo dos actores sin intermediarios cara a cara con el cliente durante el proceso de producción del servicio” y procesa todos los elementos que ingresan al sistema para convertirlos en productos o salidas. En la teoría se clasifica en dos sistemas, primero el Sistema socio-técnico y segundo el Sistema funcional, cada una con sus características:

*Sistema socio-técnico.* - conformado por los siguientes subsistemas: Subsistema de valores y objetivos, subsistema técnico, subsistema psicosocial, subsistema estructural y subsistema administrativo.

*Sistema funcional.* - Integrado por los siguientes subsistemas: Subsistema decisional, Subsistema corporativo constituido por planeación, organización, información y control; se producen adhesiones y rechazos formando grupos formales e informales el Subsistema de recursos, conformado por el recurso humano, financiero, logístico y tecnológico; Subsistema Operativo representado por la producción de servicios asistenciales. subsistemas en el ámbito organizacional hospitalario,

3.- Regulador; está constituido por las personas que toman las decisiones y el conjunto de normas que regulan la actuación del procesador frente a las entradas a través de la realimentación recibe repuesta del medio, lo cual le permite confirmar o rectificar el comportamiento del sistema, por ejemplo al Ministerio de Salud peruano como ente rector se encuentra en proceso de reorganización con un enfoque de procesos en un marco normativo D.L. N° 1161 LOPE, D.S. N° 004-2013-PCM, “Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021”, Ley 27658 “Ley de modernización de la Gestión del Estado” y el Decreto Legislativo 1167 el cual busca mejorar la calidad de los servicios de salud a nivel nacional.

4.- Salida; son todos los servicios realizados que ha obtenido el procesador al transformar las entradas, por el sistema organizacional hospitalario, se desarrollan siete productos:

Producto Objeto. - Valdez H. (1996) es el producto físico, aunque los clientes no pueden llevárselo, pero sirve para obtener el servicio especializado orientado a satisfacer una necesidad inmediata (Médico, Psicológico o Social) o prioritarios (Emergencias y Urgencias) para la vida “que si no se satisface en algún momento, el demandante del servicio no puede cumplir un compromiso o tendrá una dificultad en distintos grados, requiere del aporte del conocimiento humano” (p.132).

Producto Beneficio.- Está asociado estrechamente con la oportunidad, rapidez, la forma diligente en que se le resuelve cualquier problema en el trámite de la adquisición y en la venta de la misma, es necesario que el usuario del servicio sienta la satisfacción al adquirir un servicio desde el momento que compra hasta finalizarla, esto incluye que se le atienda en su hora programada y si por ejemplo si hubiera mucha demora o se fuera el sistema, deriven al paciente hacia otra persona

o área para que lo atiendan, logrando así que la persona no se incomode . Todo lo antes mencionado no son problemas a causa del paciente, sino de la organización misma que no pensó en los usuarios cuando desarrollaron sus sistemas de trabajo como resultado hacen perder tiempo valioso que le cuesta al paciente y lamentablemente la jefatura no pueden hacer nada al respecto. Por ello en una relación Hospital-paciente no solo son atraídos por sus servicios de calidad sino también por la satisfacción que sienten al ser atendidos en el hospital.

Producto Complementario. - Valdez, H. (1996) “Es el conjunto de beneficios adicionales que obtiene una persona que recibe el producto objeto que no es de consumo final”, lo conforman los servicios de Mantenimiento, Lavandería, Costura, Transporte (ambulancias), Imprenta y resultados de análisis de Patología, Anatomía Patológica, Diagnóstico por imágenes, Central de esterilización entre otros que permiten atender a Los pacientes de manera oportuna, se requiere que el equipamiento funcione para brindar calidad y oportunidad sin equivocaciones (p.134).

Producto Conductual. - Es el servicio brindado a los pacientes desde el momento que ingresa al hospital, si desde ahí surge un mal funcionamiento, entonces, va a haber dificultad para brindarle al paciente una solución inmediata de acuerdo con su necesidad. Existen casos donde ha sucedido esta situación por ejemplo el paciente llega a sacar una cita y no se le dan, o no es atendido por el personal médico y le dicen que regrese otro día, o que están en refrigerio.

Este tipo de situaciones son lamentables y que afecta la imagen de la institución. Sin embargo, hay persona lo trabajadores que quisieran ser diligente o alar su voz en contra de lo que está pasando, pero se abstienen por signos de miedo a que no le renueven el contrato CAS o por terceros o temor a que los cambien de servicio. Por ello es necesario un buen proceso de selección de personal, de capacitación y de socialización para incorporar personas con bienestar psicológico y vocación de servicio. Un hospital se caracteriza por que se relaciona con el trato directo con el cliente y busca un trato cortés, atención rápida, que una persona centre su atención para resolver la dificultad que le aqueja que no le hagan sentir que van a pedir un favor cuando en realidad costean por el servicio en forma directa o mediante sus impuestos.

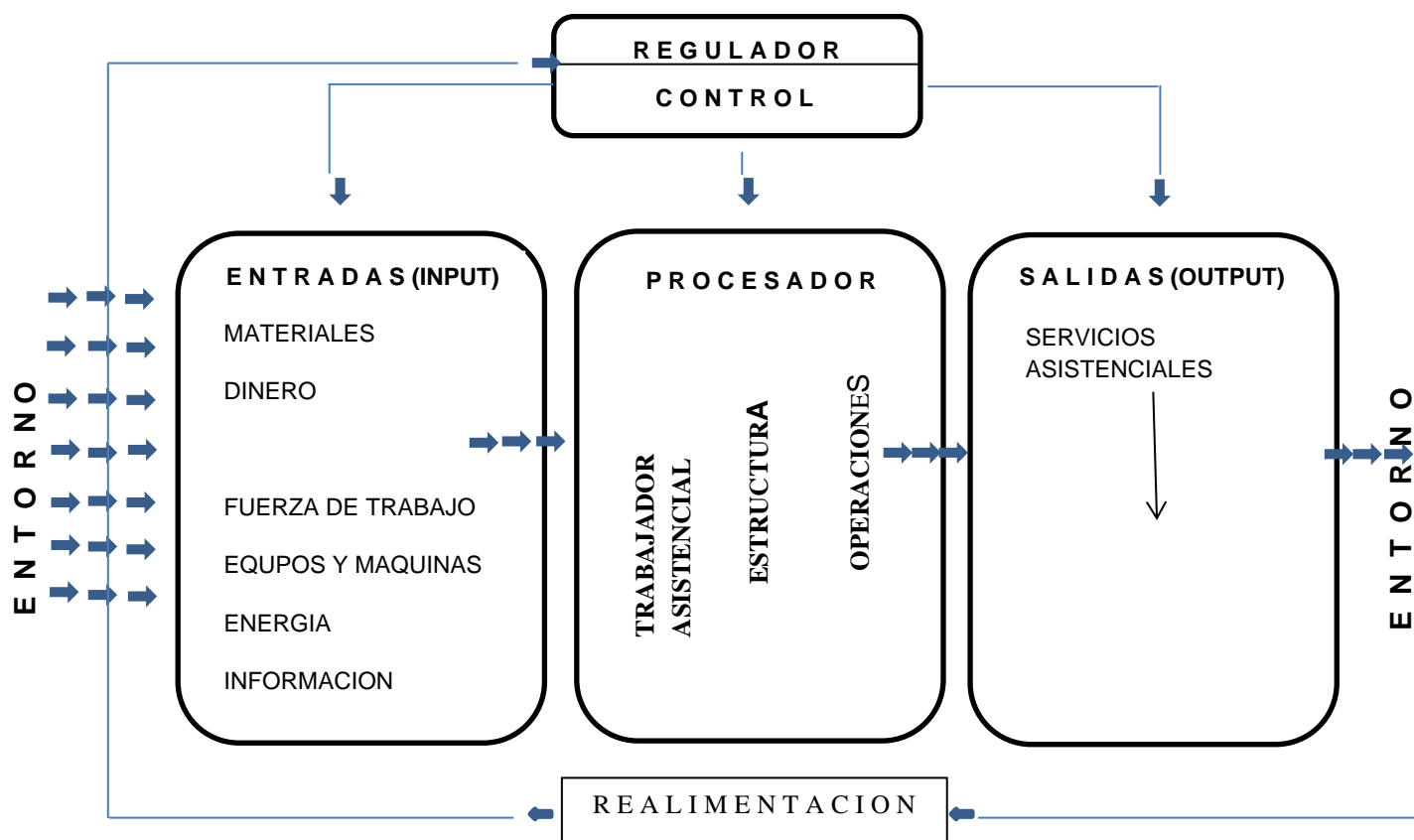


Figura 6: Esquema de teoría general de sistemas

Fuente: Tomado de la Fig. 2.2 "Elementos de la organización como sistemas"  
 Curso integral de organización y métodos y sistemas en International  
 Management Systems (IMS- Consultores) S.A. (2000)

**Producto Social.** - Es lo que el sistema organizacional aporta al entorno en general, está compuesto del prestigio nacional, solidaridad, bienestar de salud física, bienestar psicológico, liderazgo en desarrollo de personal y otros modos de apoyo social, los trabajadores deben prepararse para el desarrollo de su sociedad a través del servicio profesional que prestan a su organización.

Producto Imagen. - Es la imagen que proyectan en la comunidad nacional, el esfuerzo que brindan para q sus servicios sean realmente buenos y ayuden a las personas que lo adquieren ya que estas aportan con sus impuestos para que el estado brinde a esas organizaciones seguridad jurídica, física, financiera y económica para que puedan seguir funcionando.

Producto Parcial. - Es el servicio que expide el sistema organización cuando el subsistema prepara los servicios que envía a los distintos subsistemas que conforman el sistema organizacional relacionando input-output.

5. Realimentación. - “Es la información de retorno que ejerce el medio ambiente en el sistema organizacional, como respuesta a la acción que ejerce la `salida` es decir el servicio en ese entorno para evaluar con un criterio establecido, el resultado es informado al regulador para que haga el ajuste necesario”.

6.- Entorno. - suprasistema ambiental vinculado con las actividades del sistema organizacional hospitalario, del cual recibe el input y al cual están dirigidos los outpus. El entorno primario:

Factor de consumo, se encuentra relacionado a los usuarios que hacen uso de los servicios asistenciales que ofrece el hospital y satisfacen sus necesidades, aquí se encuentran las personas naturales agrupados de acuerdo con la morbimortalidad por grupo etáreo y sexo, ubicación geográfica, estilos de vida y personas jurídicas como los centros educativos, poder judicial, Ministerio Publico entre otros.

Factor logístico, Cualquier tipo de entrada que requiere el sistema hospitalario incluyendo a todos los que proporcionan al hospital los insumos, como materiales y equipos biomédicos; tecnologías ya sea marca o almacenamiento; información como precios, calidad del insumo, condiciones de pago, servicio de mantenimiento de equipos y maquinas, entre otros.

Factor de potencial humano, la organización requiere fundamentalmente de personas para su funcionamiento, mantenimiento y desarrollo, especialización, experiencia general y/o específica, características psicológicas entre otros.

Factores de competencia, referido a la capacidad organizacional, prestigio, grado de cumplimiento de metas y objetivos operativos, calidad del servicio, desarrollo de nuevos productos y su potencial humano.

Y en el entorno secundario que son generados tanto en el ámbito nacional e internacional. afecta a la organización hospitalaria; donde se encuentra los siguientes 5 factores:

Factores económicos-financieros: Es la situación económica del país, ámbito de endeudamiento del país, devaluación, inflación, recesión, cantidad y uso de las donaciones.

Factores psicosociales: El cual influencia de los estratos educacionales, violencia contra la mujer, migración, grado de delincuencia y otras degeneraciones del comportamiento).

Factores políticos; Factores tecnológicos y Factores contingentes.

## **2.4 Definición de términos básicos**

### a) Hospital:

Según el Reglamento General de Hospitales del Sector Salud D.S. N° 005-90-SA Art.4es (1990) el termino Hospital se define como “Establecimiento de salud destinado a la atención integral de consultantes en servicios ambulatorios y de hospitalización, proyectando sus acciones a la comunidad”.

### b) Categoría de Establecimientos de Salud III-1:

Se ha tomado la definición de la Norma Técnica N° 021-MINSA/DGSP V.01 2005 “Establecimiento de Salud de tercer nivel de atención, es responsable de satisfacer las necesidades de salud de la población de su ámbito referencial, brindando atención integral ambulatoria y hospitalaria altamente especializada, con énfasis en la recuperación y rehabilitación de problemas de salud a través de unidades productoras de servicios de salud médico quirúrgicos de alta complejidad” (p. 77).

c) Clima Social de Trabajo:

Las percepciones compartidas por los miembros de una organización hospitalaria respecto al trabajo, el ambiente físico en que este se da, las relaciones interpersonales que tienen lugar en torno a él y las diversas regulaciones organizacionales formales e informales que afectan a la persona y estas modifican su trabajo. En el presente estudio será medida el nivel de Clima Social en el Trabajo con la aplicación de la Escala de Clima Social de Trabajo de Moos (WES) de 2000 que se encuentran organizado por diez factores o subescalas estructurado en tres dimensiones con 9 ítems cada uno con un total de 90 reactivos.

Dimensión Relaciones: Implicación (1, 11, 21, 31, 41, 51, 61, 71 y 81), Cohesión (2, 12, 22, 32, 42, 52, 62, 72 y 82) y Apoyo (3, 13, 23, 33, 43, 53, 63, 73 y 83).

Dimensión Autorrealización: Autonomía (4, 14, 24, 34, 44, 54, 64, 74 y 84), Organización (5, 15, 25, 35, 45, 55, 65, 75 y 85) y Presión (6, 16, 26, 36, 46, 56, 66, 76 y 86).

Dimensión Estabilidad/Cambio: Claridad (7, 17, 27, 37, 47, 57, 67, 77 y 87), Control (8, 18, 28, 38, 48, 58, 68, 78 y 88), Innovación (9, 19, 29, 39, 49, 59, 69, 79 y 89) y Comodidad (10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80 y 90).

d) Hospital Especializado de Referencia Nacional:

Según Malagon, L.; Galan, M. & Ponton, L. (2008) está dirigido a ofrecer la más alta tecnología de servicios para satisfacer las necesidades de un sistema orgánico y/o de patología específica como cancerología y el trauma. Por ser de muy alta tecnología sirven de sedes para Educación Universitaria en Salud, tanto para el pregrado como en el post grado, en su campo específico de acción (p.110).

e) Personal Asistencial:

Se ha tomado la definición del Art.22 de la Ley General De Salud N° 26842, Normas Legales del Diario el Peruano “Ejercicio que desempeña actividades profesionales propias de medicina, odontología, farmacia o cualquier otra relacionada con la atención de la salud, se requiere tener título profesional en los casos que la ley así lo establece y cumplir con los requisitos de colegiación, especialización, licenciamiento y demás que dispone la Ley” (p.151246).



f) Síndrome de Burnout en el personal asistencial:

Según Mediano, L. & Fernández, G. (2001) “Patología laboral y emocional” p.13), padecido por personas que trabajan en íntimo contacto con otros seres humanos, relación que exige pérdida gradual de preocupación y de todo sentimiento emocional hacia las personas con las que trabajan y que conlleva a un aislamiento o deshumanización; en el presente estudio será medida la intensidad de la presencia del síndrome de burnout con la aplicación de Maslach Burnout Inventory, según las dimensiones de Agotamiento Emocional: 1-2-3-6-8-13-14-16-20, Despersonalización Laboral: 5-10-11-15-22 y Realización Personal: 4-7-9-12-17-18-19-21.

g) Trabajo Asistencial:

Según los Art.2; 1616 y 163 de la Ley N<sup>o</sup> 23728 “Se considera a las actividades finales, intermedias y de apoyo que realizan los profesionales de la salud en los establecimientos del Sector Publico, determinados en el código sanitario.

## **2.5 Fundamentos teóricos que sustentan las hipótesis**

- **Teoría del Clima Social en el Trabajo**

Moos, R. (1974) referido por Pezua, M. (2012) intenta explicar aspectos importantes del Clima Social de Trabajo en una organización, enfoca el tema en los postulados de la Psicología ambiental cuya competencia de estudio comprende a los efectos del ambiente y su influencia sobre la conducta humana (p.32), bajo el postulado que el entorno ambiental se relaciona con ciertas conductas de la persona y por ende el ambiente laboral dentro del cual se desarrolla las funciones laborales interfiere en el desarrollo de las mismas, mencionando que “el ambiente es un determinante decisivo en el bienestar del individuo” (p.33), esta postura teórica es que sirve base en el presente estudio de investigación.

Plantea el rol de la relación del entorno en el desarrollo de los trabajadores en tres variables: 1) Organizacionales, 2) Sociales, y; 3) Físicas, indicando que las características psicosociales e

institucionales se asienta sobre un ambiente (p.33), explica la medición del clima Social en el Trabajo a través de 3 dimensiones: Relaciones Interpersonales, Autorrealización y Estabilidad/Cambio que permite evaluar y cuantificar a través de sus atributos fundamentales de cada dimensión con subescalas que evalúan el grado que los empleados conocen lo que se espera de su tarea diaria, cómo se les explican las normas y planes de trabajo; el grado en que la Dirección utiliza las normas y la presión para controlar a los empleados; la importancia que se da a la variedad al cambio, a las nuevas propuestas y el grado en que el entorno físico contribuye a crear un ambiente de trabajo agradable.

Barreda, L. (2017) concluyó que a mejor Clima Laboral menor Síndrome de Burnout o a mayores dificultades en el clima laboral mayor presentación del síndrome de burnout en el personal de enfermería de un Hospital de Lima Norte. Así mismo entre las dimensiones agotamiento emocional y despersonalización del Síndrome de Burnout y las dimensiones del clima laboral son negativas y significativas, igual a  $-0,571$  indica que a mayor despersonalización menor agotamiento emocional y lo opuesto.

Ellegren, U. (2015) concluyó respecto a los resultados con el Cuestionario de Clima Organizacional propuesto en el Documento Técnico “Metodología para el Estudio del Clima Organización IV.02” que las dimensiones de Identidad y estructura se encuentran dentro de la categoría “Saludable” indicando que los trabajadores del hospital se sienten identificados con la institución, respetan y valoran su estructura orgánica y su organización funcional. El puntaje más bajo se encuentra en la dimensión remuneración puesto que los haberes son bajos.

Rivero (2008) concluyó respecto a los resultados de los trabajadores asistenciales de la Dirección de Salud IV LE de la Dirección ejecutiva de salud ambiental, que la incidencia de casos de síndrome de burnout es de 31,4% siendo las Enfermeras y Técnicos en enfermería las más vulnerables, en relación a la variable Clima Social Laboral la muestra refirió un ambiente inadecuado para el desarrollo de sus actividades en un 75,0% y en el rubro de relaciones interpersonales intra-laboral calificó de regular a mala (59,8%).

Dimensión	Factores o Subescalas	Items
<p><b>Relaciones Interpersonales:</b> Es la dimensión integrada por las subescalas Implicación, Cohesión y Apoyo, que evalúan el grado en que los empleados están interesados y comprometidos en su trabajo y el grado en que la dirección apoya a los empleados y los anima a apoyarse unos a otros.</p>	<p><b>Implicación (IM):</b> Hasta qué grado los trabajadores asistenciales se sienten integrados en su trabajo preocupándose por sus actividades y entregándose a ella.</p>	1, 11, 21, 31, 41, 51, 61, 71 y 81
	<p><b>Cohesión (CO):</b> Hasta qué grado los trabajadores asistenciales se ayudan entre si mostrándose amables y relaciones de amistad y apoyo entre ellos.</p>	2, 12, 22, 32, 42, 52, 62, 72 y 82
	<p><b>Apoyo (AP):</b> hasta qué punto los jefes ayudan y animan al personal y estímulo que da la dirección a sus empleados para crear un bien clima social.</p>	3, 13, 23, 33, 43, 53, 63, 73 y 83
<p><b>Autorrealización:</b> se aprecia por las subescalas Autonomía, Organización y Presión. Evalúan el grado de la Orientación hacia unos objetivos, el estímulo a los empleados autosuficientes a tomar sus propias decisiones. La importancia de la planificación, eficiencia y sentido de urgencia dominan el ambiente laboral.</p>	<p><b>Autonomía (AU):</b> Hasta qué grado la organización Hospitalaria anima a sus trabajadores a tomar iniciativas propias y toma de decisiones.</p>	4, 14, 24, 34, 44, 54, 64, 74 y 84
	<p><b>Organización (OR):</b> Hasta qué grado se subraya la buena planificación y eficiencia en la terminación de la tarea.</p>	5, 15, 25, 35, 45, 55, 65, 75 y 85
	<p><b>Presión (PR).</b> Grado en que la urgencia o la presión dominan el ambiente laboral. Hasta qué grado las demandas del trabajo son altas y el tiempo de presión en el trabajo domina el ambiente de trabajo.</p>	6, 16, 26, 36, 46, 56, 66, 76 y 86
	<p><b>Claridad (CL):</b> Grado en que se conocen las expectativas de las tareas diarias, y se explican las reglas y planes para el trabajo.</p>	7, 17, 27, 37, 47, 57, 67, 77 y 87
	<p><b>Control (CN):</b> Grado en que los jefes utilizan las reglas y las presiones para tener controlados a los empleados.</p>	8, 18, 28, 38, 48, 58, 68, 78 y 88
	<p><b>Estabilidad / Cambio:</b> Es la dimensión apreciada por las subescalas Claridad, Control, Innovación y Comodidad.</p>	<p><b>Innovación (IN):</b> Grado en que se subraya la variedad, el cambio y los nuevos enfoques</p>
<p><b>Comodidad (CF):</b> Grado en que el ambiente físico contribuye a crear un ambiente laboral agradable.</p>		10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80 y 90

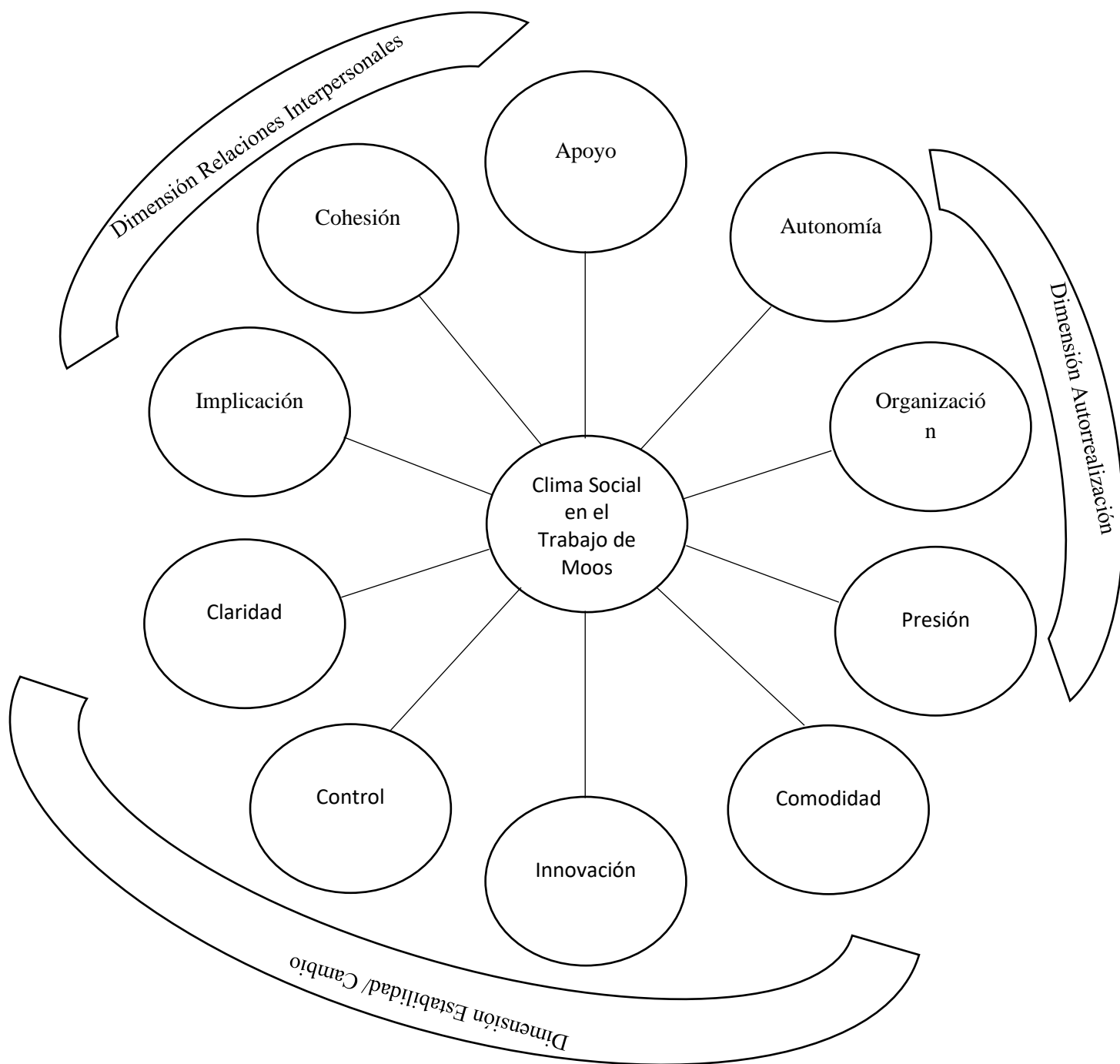


Figura 7: Dimensiones y factores del Clima Social en el Trabajo según Moos  
Fuente: Elaboración propia

- **Teoría del Síndrome de Burnout**

Maslach y Jackson (1982) explica el síndrome burnout enfocándolo desde los postulados de la Psicología social cuya competencia de estudio comprende la manera como los pensamientos, sentimientos y las formas de afrontamiento de las personas son influidos por la presencia real, imaginada o implícita de las relaciones sociales y con otras personas. Dichos autores elaboraron un constructo multidimensional explicando la medición del Síndrome a través del modelo tridimensional a) Agotamiento Emocional, b) Despersonalización y c) Realización personal. Indicando que el estrés laboral crónico conlleva la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, surge una baja en el desarrollo de actividades, afloran sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja, y finalmente la aparición de procesos de devaluación del propio rol profesional.

Este marco conceptual de Maslach es que sirve base en el presente estudio de investigación, planteando los siguientes:

a) Dimensión Cansancio o Agotamiento Emocional (CE), Maslach, C. & Jackson, S. (1997) mencionan que “El elemento con mayor saturación contiene una expresión clara de dicho sentimiento: <<1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo>>” (p.5) el elemento central del síndrome está referido a la experiencia de los sentimientos de una persona exhausta emocionalmente por las demandas propio del trabajo profesional. Pérez, M. (2000) referido por Gonzales, A. (2016) menciona que el desgaste que presenta el trabajador al momento de cumplir con sus funciones puede manifestarse de manera física y psicológica que lo llevaría a pensar que no va a poder ofrecer nada profesionalmente (p.17), según Vicuña, L. (2003) “La persona siente que ya no puede dar más de sí mismo a los demás” (p.27).

b) Cinismo o Despersonalización (DP), este factor está referido al grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento, según Maslach, C. & Jackson, S. (1997) “aparición de unos sentimientos y actitudes negativas y cínicas acerca del sujeto con el que trabaja” (p.5) según Vicuña, L. (2003) “Los elementos de esta escala describen una “respuesta impersonal de pesimista, negativo y fría deshumanización hacia los receptores de los servicios prestados o

cuidados del profesional” (p.27) según Pérez, M. (2000) mencionado por Gonzales, A. (2016). El trabajador cuando se ve afectado ya no realiza de la misma forma sus funciones, la manera de tratar a los usuarios empeora drásticamente, aumenta su irritabilidad y se muestra distante con los usuarios del servicio e incluso con los mismos compañeros de trabajo (p.18).

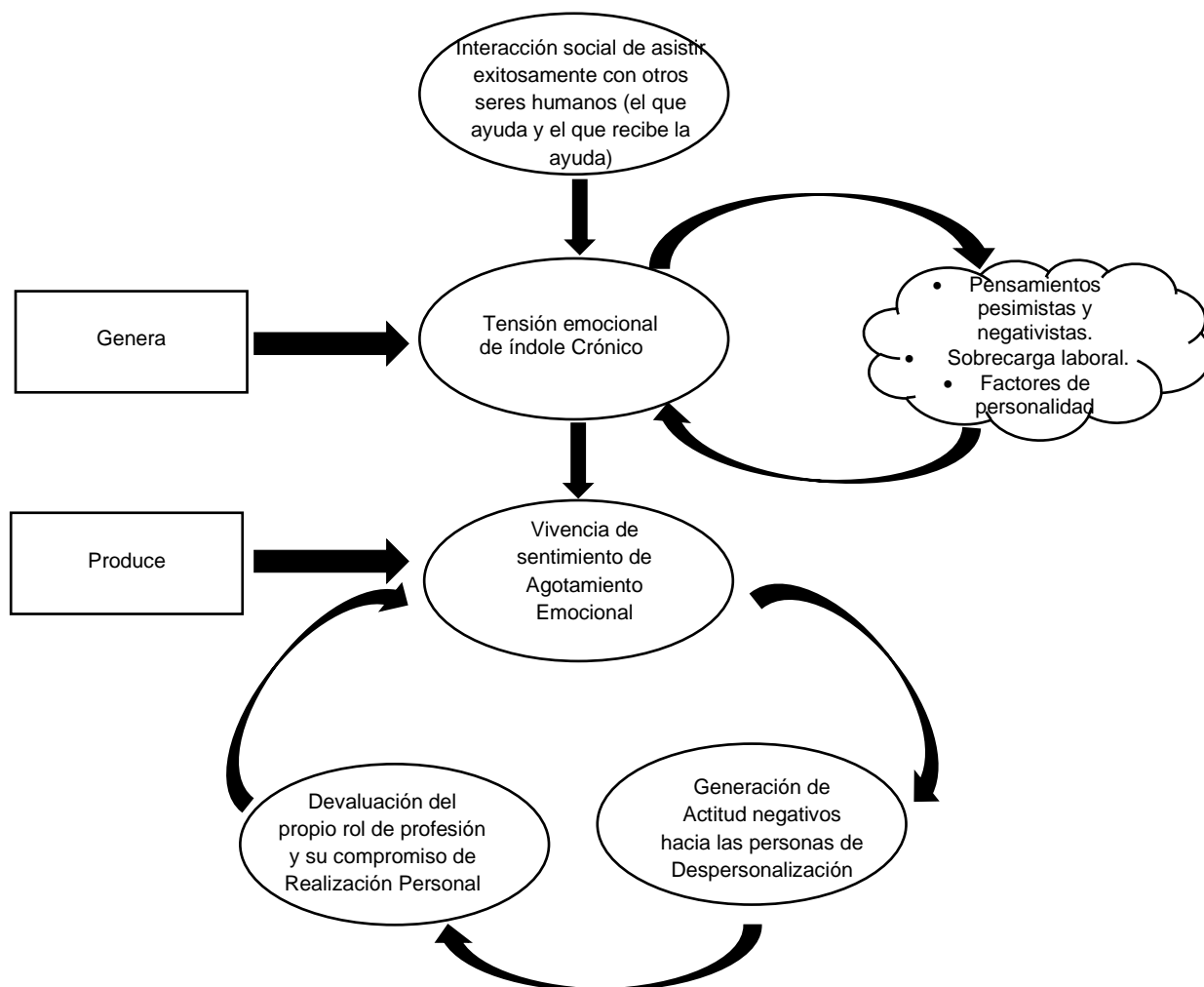


Figura 8: Proceso y Dimensiones del Síndrome de Burnout según Maslach  
Fuente: El Diseño del gráfico tomado de Instituto Cognitivo Conductual IPSICOP

c) Realización personal (RP), referido a los sentimientos de autoeficacia y realización personal. Esta escala contiene elementos que describen según Maslach, C. & Jackson, S. (1997) “sentimientos de competencia y éxito en el trabajo propio con personas, la variable puede ser considerada como lo opuesto al Cansancio emocional y a la Despersonalización” (p.8), según Pérez, M. (2000) referido por Gonzales, A. (2016) quien menciona que la baja Realización Personal es un sentimiento de inadecuación y disminución en la realización personal del trabajador, el cual siente que no tiene nada que aportar en su trabajo, disminuye las ganas de seguir superándose y se adueña la baja autoestima (p18).

Asimismo, Delgado, A. (2003) referido por Vicuña, L. (2003) menciona que es un sentimiento complejo de “inadecuación personal y profesional al puesto de trabajo que pueden tener un efecto con autoevaluación negativa e insatisfacción o un efecto contrario de omnipotencia, incremento de capacidades, esfuerzos y dedicación al trabajo y a los demás” (p.27).

- **Teoría de organización burocrática profesional**

Mintzberg, H. (1989) explica a la organización hospitalaria desde los postulados de gestión y estrategia de negocios con participación activa de persona, organización y sociedad sana; el diseño denominado organización Burocrática Profesional cuya característica es su mecanismo coordinador que da origen a una configuración estructural, permitiendo la estandarización de destrezas y especialización al mismo tiempo acorde a la complejidad, por ello los usuarios de la atención de salud confían en las destrezas y el conocimiento de sus profesionales operativos que al tratar a los pacientes directamente tienen amplia jurisdicción dentro de los límites del consultorio por la internalización de sus normas (p.159-160).

Como establecimiento hospitalario el núcleo operativo se centra en la atención especializada en el bienestar de salud realizando actividades de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y control de las enfermedades en el marco de las políticas y lineamientos nacionales del Sector Salud, para satisfacer las necesidades de la población se organizan en departamentos, servicios y equipos funcionales que a la vez sirve de sede para Docencia en Salud, tanto para el pregrado como en el post grado, en su campo específico de acción. Este marco

conceptual sirve de base en el presente estudio de investigación respecto al personal asistencial.

Según Mintzberg H. (1989) este tipo de organización es fuertemente descentralizada, porque el poder de decisión está concentrado en mayor parte en el núcleo operativo, los profesionales requieren considerable autonomía en su trabajo. A esto se denomina “poder del experto ya que los operadores mismo son los expertos y esto le confiere considerable poder” a lo que se denomina en teoría “cuanta más profesional es una organización, más descentralizada es su estructura en ambas dimensiones, ya sea vertical que se refiere al sentido de su coordinación y horizontal en el sentido de su especialización” (p.161).

Otra característica que hace a una organización hospitalaria interesante y compleja es que en la parte operativa se dan dos equivalencias de criterios de agrupamiento: Una es el agrupamiento de especialistas funcionales y otra es el agrupamiento divisional por los distintos tipos de usuario que solicitan el servicio de salud, es el mercado lo que alienta al uso del criterio; por ejemplo con el Departamento de Gineco-obstetricia del hospital se vuelve funcional por que los especialistas se agrupan como unidad orgánica de acuerdo con el conocimiento, destrezas y proceso de trabajo que usan; o también puede basarse por el tipo único de usuario que son mujeres.

Según Valdez, H. (1999) aunque la centralización se encuentra en el núcleo operativo, sin embargo es posible encontrar una estructura híbrida denominado en la literatura “buro/adhocracia” (p.171) puesto que ocasionalmente se encuentran características de la Adhocracia por ejemplo en la autonomía del profesional se reduce obligándolo al profesional a trabajar en tratamientos multidisciplinarios, por otro lado en los hospitales la única parte que se comporta como estructura matricial elaborada con constelaciones burocráticas mecanizadas en razón que sus normas necesitan ser establecidas dentro de la organización, son las unidades de staff de apoyo en especial quienes dependen directamente de la dirección administrativa puesto que “realizan un trabajo más específico” (p.270) para servir al núcleo operativo, por ejemplo el poder del Director es asegurar las instalaciones quirúrgicas que cuenten con su mantenimiento, conservación y servicio; el núcleo operativo se vuelve dependiente del esfuerzo de los administrativos ya que ellos ven el financiamiento, resolviendo conflictos y demandas con extraños que permitirán luego ejercer la profesión y especialidad en los pacientes.



Según Gervase R. & Bushe (1993) respecto al trabajo que realizan el núcleo operativo es de relativa independencia respecto a sus colegas “El pertenecer a un grupo formado por colegas especialistas, es más probable que se difundan entre ellos las innovaciones de su especialidad ya que dependen hasta cierto grado de la estandarización de las aptitudes” (p.3,8).

Los profesionales de salud son la parte más fuerte en este tipo de estructuras que por su naturaleza requieren capacitarse ellos mismos si es que la institución no los capacita. Lo hacen asistiendo a sus asociaciones o colegios profesionales donde cobran más fuerza en razón a su labor individualizada con pacientes directos y pueden funcionar sin la presencia del director del hospital.

Al ser una organización Burocrática Profesional el manejo de gestión es distinto a los demás tipos de organizaciones burocráticas, en base a que su núcleo de operaciones está formado exclusivamente por profesionales “La cantidad de poder...reside en la base de la estructura” (p.161).

Las partes fundamentales de la estructura jerárquica de una Organización Burocrática Profesional de acuerdo con el D.S. N° 043-2006-PCM específicamente en el Art. 22 menciona que al momento de diseñar la estructura orgánica se debe tener en cuenta el principio de especialidad; asimismo, la Directiva N°007-MINSA/OGPP-V.02 publicada el 28/06/2006 menciona que la organización más sencilla puede recurrir a la adaptación mutua para la coordinación de su trabajo básico de producción de un servicio tomando en cuenta la actividad o conjunto de tareas necesarias para realizar un proceso, la información que a continuación pasamos a detallar se ha tomado del curso de especialización organización métodos y sistemas complementado con la reestructuración del Ministerio de Salud con la organización por procesos. Por lo menos hay siete partes fundamentales a tomar en cuenta al diseñar su estructura orgánica de una organización hospitalaria:

1.- El Núcleo de Operaciones, según Mintzberg H. (1989) comprende a todos aquellos miembros que realizan el trabajo básico directamente relacionado con la producción de servicios, donde con mayor profundidad se aplica la normalización determinado por el tipo de trabajo que se está realizando, por ello los profesionales de la salud en este tipo de estructura no seleccionan a sus clientes (p.168), para Valdez, H. (2000) también involucra las actividades necesarias para que

el usuario reciba el servicio, todas las unidades orgánicas y funcionales constituyen la razón de ser de la organización hospitalaria donde se procesa y fabrica el servicio final así como su comercialización. tienen autonomía normalizada por su profesión, pero cabe mencionar que mantienen una relación de dependencia administrativa normalizado por el ente rector (p.161).

Según Gervase R. Bushe (1993) “El subsistema médico quienes proporcionan los servicios médicos en los distintos departamentos asistenciales sirven como el núcleo de recursos humanos del cual derivan los equipos clínicos, se nombra a un líder formal del equipo quien se responsabiliza de coordinar el tratamiento del paciente” (p.41).

Los médicos especializados ya sea en Gineco-obstetricia, Pediatría, Cirugía Pediátrica, Anestesiología, Emergencista, Uciología, Psiquiatría, Neurología, Cardiología, Dermatología, Diagnóstico por Imágenes, Anatomía Patológica, Patología Clínica entre otros de acuerdo a la complejidad (p.197) y según Mediano L. (2002) también los subespecializados como el médico pediatra con sub especialidad en neonatología tienen pacientes privados fuera del hospital y alterna los días que dedica para atenderlos (p.83).

Una de las unidades críticas importantes (UCI); la Norma Técnica N° 021–MINSA/DGSP V.01 de acuerdo a la Guía para la Categorización de Establecimientos del Sector Salud en sus (: (p.83-84, 49-50) define a la Unidad de Cuidados Intensivos como “Área funcional organizada para brindar atención médica y de enfermería permanente a pacientes críticos con riesgo potencial de muerte y con posibilidades de recuperación parcial y total y/o la necesidad de efectuar procedimientos especializados de Diagnóstico y/o Tratamiento para preservar la vida”, desde un enfoque de enfermería es la asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes susceptibles de recuperación el cual requieren agotar todas las posibilidades terapéuticas y de cuidado para la sustitución temporal de las funciones vitales alteradas sin abandonar el diagnóstico de base, que llevó al paciente a tener un estado crítico; por tanto, determinar la percepción del profesional asistencial en la unidad de cuidados intensivos que es de tensión, los pacientes se encuentran en una situación especial de angustia y sufrimiento, asociado a la incertidumbre, la ansiedad y el

temor a la muerte, lo cual genera sentimientos y reacciones en la persona que requiere el cuidado por una enfermedad grave, traduciéndose a la vez en una gran tensión emocional y física en quien es el encargado de proporcionar cuidado.

Por el tipo de trabajo esta unidad es más vulnerable a manifestar síndrome de burnout, las características de trabajo que se desarrollan en estas unidades requieren notable experiencia clínica y madurez profesional, la cual permita hacer frente a la constante toma de decisiones complicadas con consecuencias éticas y morales.

Unidad orgánica de Psicología; Según Urra J. (2008) “Las personas acuden a los hospitales en busca de atención psicológica y psicoterapias eficaces encontrando solución a lo que buscan” (p.117), como área encargada de la intervención en su línea base, línea de tratamiento y línea de seguimiento de un problema psicológico en todas las etapas del desarrollo humano y en todas las actividades inherentes a cada una de ellas, utiliza todos los procedimientos especializados exclusivos de su competencia, evaluando la Morbilidad psicológica periódicamente, para ello, coordina y brinda orientación en el manejo psicológico del paciente en todas las unidades orgánicas. Asimismo, desarrolla actividades para la promoción y prevención del bienestar psicológico, además de las funciones en el área asistencial, también cumple funciones en el área organizacional y en los procesos de selección de personal, además coordina el desarrollo de conductas saludables tanto para los pacientes como para el personal del Hospital, promoviendo así el logro de una cultura organizacional que sustente el desarrollo, la visión y misión del hospital

Unidad orgánica de Enfermería; es la encargada de ejecutar las acciones y procedimientos de enfermería que aseguren la atención integral e individualizada del paciente de acuerdo a su grado de dependencia, diagnóstico y tratamiento médico, según Gervase R. Bushe (1993) se encuentran organizadas en varios servicios en turnos rotativos, se siente la jerarquía por sectores quienes velan por la programación del trabajo, tienen funciones distintas de acuerdo a sus especialidades por ejemplo algunas se encuentran en hospitalización, Central de esterilización, Centro quirúrgico y UCI entre otros (p.197-198).

Unidad Orgánica de Odontoestomatología; encargada de brindar atención integral especializada y de cirugía a pacientes; promueve, previene riesgos y daños, protege y recupera la salud y rehabilita las capacidades de los pacientes con patología odontoestomatológica.

Unidad orgánica de Rehabilitación y Medicina Física; Según Gervase R. Bushe (1993) trabajan con pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente o que han sufrido un padecimiento debilitante como un infarto, la mayor parte de su trabajo lo realiza en forma personal con los pacientes y disfrutan al ver el progreso que observan en ellos; en general, este tipo de terapia es a largo plazo y muchos de sus pacientes son externos, las dificultades muchas veces se deben a las prácticas y políticas de facturación del hospital (p.199).

Unidad orgánica de Trabajo Social; Según Gervase R. Bushe (1993) Proporciona servicios internos y externos a los pacientes en las que incluye programas para el tratamiento al grupo de apoyo, la sobrecarga de funciones administrativas tiene relación con el Director Ejecutivo respecto al presupuesto de su unidad orgánica, sin embargo, los servicios proporcionados por esta unidad está mejor representado por el Director Médico (p.199-200).

Unidad Orgánica de Nutrición; encargada de promover, proteger y recuperar la salud nutricional del paciente en el ámbito familiar y de estudiar los factores sociales que favorecen y/o interfieren en la salud nutricional del paciente, brinda orientación técnica para la adecuada preparación, conservación y distribución de los alimentos y dietas especiales asegurando el suministro de las raciones alimenticias como soporte al proceso de tratamiento y recuperación de los pacientes hospitalizados según las indicaciones del médico tratante prescrito en la Historia Clínica respectiva y de acuerdo a las normas de bioseguridad.

Unidad Orgánica de Farmacia; encargada de suministrar en forma oportuna, eficiente y adecuada los medicamentos y productos de uso clínico y/o quirúrgico destinados a la recuperación y conservación de la salud de los pacientes según prescripción médica para la atención de los mismo en consultorios externos, hospitalización y emergencia durante las 24 horas del día, asegurando el stock de reserva según la naturaleza y el comportamiento de la demanda acorde con las normas de bioseguridad correspondientes.

2.- El Ápice Estratégico; según Schnarch, A. (2009) implica la unidad orgánica y funcional de dirigir todo el sistema organizacional y controlar el cumplimiento de la misión hospitalaria; “El éxito no va a depender solo de la elección de una estructura organizacional, sino también del papel que desempeñe la alta dirección en el desarrollo...de un tipo de estructura a fin de mejorar la eficiencia y eficacia del proceso” (p.79), según Valdez, H. (2000) ello implica tres conjuntos de obligaciones: Supervisión directa, Gestión de las condiciones en los límites de la organización es decir su relación con el entorno y del Desarrollo de la estrategia de la organización (p.1), Gervase R. Bushe (1993) menciona que la administración de un hospital está conformada por un Director General, un Director Adjunto que hace de Director Médico y un Administrador Ejecutivo; cada uno con su propia combinación de personas, tareas, valores gerenciales y estilos” (p.194).

El Director; Según Mintzberg H. (1989) este cargo radica el poder formal (p.98), y según Gervase R. Bushe (1993) dedica la mayor parte del tiempo a la administración hospitalaria, dirige la mesa directiva así como las reuniones de gestión, a veces su estado de ánimo se ve afectado por aumentar las utilidades y hacer cambios de personal, conciliar conflictos que surgen entre unidades orgánicas, así como a las mayores exigencias de la dirigencia sindical (p.194).

Director Médico; Según Gervase R. Bushe (1993) se encarga de los aspectos asistenciales de la administración hospitalaria, la mayor parte del tiempo lo dedica a reuniones con los diversos jefes de las diferentes unidades orgánicas asistenciales o en reuniones de gestión médica, intentando que dichas reuniones sean productivas, se diferencia del administrador ejecutivo ya que su labor es diseñar políticas de admisión de pacientes y de su tratamiento, comprende que el hospital es un negocio bien administrado pero además desea que los trabajadores traten a los pacientes o usuarios del servicio asistencial, como seres humanos (p.196).

Administrador Ejecutivo; Según Gervase R. Bushe (1993) es responsable de las operaciones cotidianas del Hospital, supervisa las funciones del personal de administración de recursos humanos, Economía y Contabilidad (facturación), Logística, Estadística y registros de datos (admisión de pacientes), de Mantenimiento y Servicios Generales (unidad que cuenta con personal las 24 horas; transporte de ambulancias ante una emergencia, vapor, costura, lavandería, ascensores, del oxígeno, de los circuitos eléctricos) y políticas de seguros de los pacientes (p.195).

3.- Órganos de Control Institucional; es el órgano de control gubernamental en el hospital, mantiene dependencia técnica y funcional de la Contraloría General de la República y depende administrativamente del Hospital. Son los órganos de control que tienen como función realizar auditorías en general posterior a los actos y operación del hospital, tales como auditoría de los estados financieros, presupuestarios y operativos. Se ubican casi siempre en el más alto nivel de dirección de la organización, al lado izquierdo.

4.- La Línea Media; según Valdez, H. (2000) es la cadena de directivos provistos de autoridad formal, dicha cadena pasa de los directivos superiores situados justo abajo del ápice estratégico hasta los superiores de primera línea conformado por los Jefes de oficinas y/o Departamentos y Servicios de las diferentes unidades orgánicas que ejercen una autoridad directa sobre el personal a su cargo (p.1), dicho autor menciona que en estas jefaturas el que desempeña ese cargo debe actuar como un coordinador ya que es la característica principal del modelo burocrático profesional, porque al aumentar la cantidad de jefes hace lento el sistema y dificulta el control interno por los propios profesionales.

5.- La Tecnoestructura; se sitúan al lado derecho del organigrama saliendo la recta de la línea de autoridad del ápice estratégico según Valdez, H. (2000) “Encontramos a los analistas que sirven a la organización afectando el trabajo ajeno, entre ellos se encuentran los que estudian la adaptación, el cambio de la organización en función de la evolución del entorno, los que estudian el control, la estabilización y la normalización de las pautas de actividades en la organización que permiten afianzar la normalización en la organización” (p.1). Se caracterizan por que realizan actividades especializadas en el levantamiento de información, análisis, metodologías y propuestas que normalizan el trabajo de la organización, pero no trabajan con recursos, ni son responsables del procesamiento, fabricación o comercialización del servicio. Se encuentran las oficinas de Planeamiento estratégico, Gestión de la Calidad, Asesoría Jurídica, Epidemiología y salud ambiental, teóricamente existen de naturaleza administrativa para apoyo al nivel operativo que también se organiza como una constelación profesional.

6.- El Staff de Apoyo; se sitúan al lado izquierdo del organigrama saliendo la recta de la línea de autoridad del ápice estratégico, según Valdez, H. (2000) “Está conformado por aquellas personas reunidas en unidades especializadas, cuya función consiste en proporcionar apoyo a la organización fuera del flujo de trabajo de operaciones” (p.1) y según Gervase R. Bushe (1993) “El grupo administrativo y de mantenimiento proporcionan los servicios de apoyo” (p.41), en los Hospitales encontramos las oficinas de Personal, Economía, Logística, Servicios Generales y mantenimiento, Comunicaciones, Estadística e informática, Apoyo a la Docencia e Investigación y de Seguros. Por la frecuencia de su actividad, apoyan a toda las áreas de la organización y proveen recursos a la organización hospitalaria tales como recurso humano, logística y finanzas.

7.- La ideología; según Valdez, H. (2000) toda organización activa posee una sexta parte al que la teoría lo denomina cultura organizacional, la cual abarca las tradiciones y creencias que la distinguen de otras organizaciones hospitalarias e infunden una cierta vida a su estructura” (p.1).

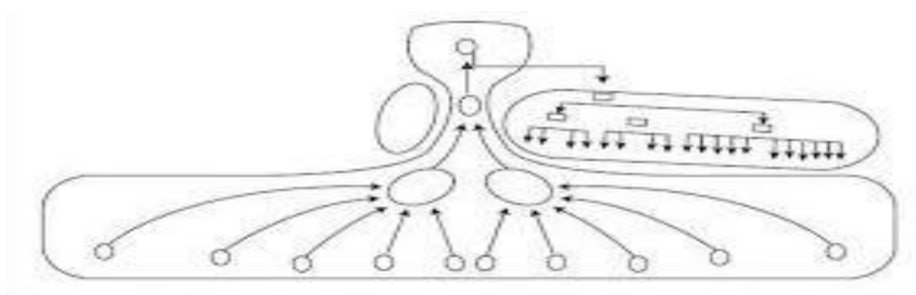


Figura 9: Estructura burocrática profesional según Minzberg H. (1983) con jerarquías paralelas  
Fuente: Diseño de organizaciones eficientes (p.166)

En cuanto a sus estructuras orgánica de un hospital nos basamos los estudios del Psicólogo social australiano Fred Emery y su esposa Merrelyn referidos por el ingeniero industrial Ricardo Hirata en un correo que hay dos principios de diseño de organizaciones, en donde el tipo 1 es piramidal y cada área es diferente y se pinta con organigramas tradicionales, el hospital de estudio tiene la siguiente estructura orgánica:

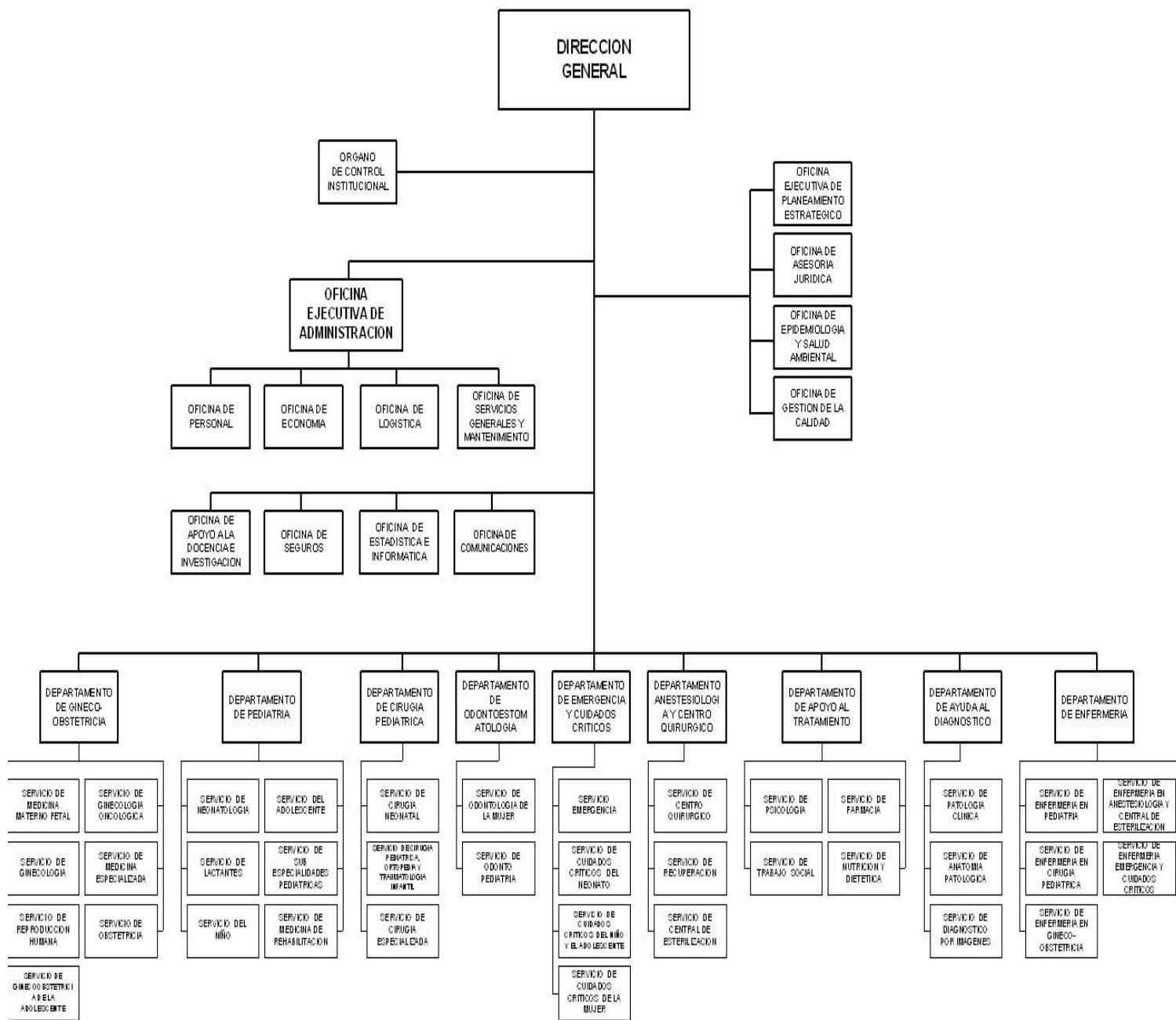


Figura 10: Estructura orgánica del Hospital Nacional Docente Madre-Niño “San Bartolomé”  
 Fuente: Reglamento de Organización y Funciones del Hospital aprobado con R.M.



El tipo 2 está basado en equipos autónomos o autoadministrados, esquemas comunitarios y se pintan con “bolas” y cada bola es un equipo o área autónoma, en donde todos los miembros de la misma están habilitados y entrenados para realizar todas las tareas el mismo equipo, no tienen más de 3 niveles, un cuadro o bola de arriba es un equipo coordinador, pero también con tareas y metas específicas, especialmente cuando se estructuran equipos funcionales, además, hay un tipo de grafica circular así como de pastel.

Por otro lado, el Ministerio de Salud también está intentando organizar con el modelo de enfoque de procesos, en primer lugar según Valdez, H. (1996) se tendría que conceptualizar la Teoría general de sistemas como un “conjunto de elementos interdependientes e integrados entre sí, formando un todo unitario, cuyos actos o funciones se organizan para alcanzar un fin común a todos” esto significa que “todo sistema forma parte de otro sistema mayor denominado suprasistema que comprende otros menores que constituyen subsistemas, formados por elementos interdependientes e integrados, cualquier cambio o alteración en uno de ellos afecta a los otros y como tal al sistema mismo, cada parte del sistema se integra en función a un organismo central que dirige y coordina sus acciones” (p.138-244), el Ministerio de Salud, desde el año 2015 se encuentra en una reestructuración de gestión por procesos, denominado al conjunto de conocimientos y herramientas que orientan a la organización a lograr sus objetivos a través de la mejora continua de sus procesos, sin embargo por su naturaleza de entidad pública de servicios asistenciales están compuestos a su vez por subsistemas.

Diseñar una estructura organizacional con enfoque de procesos no es una decisión que deba tomarse a la ligera puesto que son procesos asistenciales flexibles que genere innovación, que estimulen la productividad, la cooperación, la adaptación y el aprendizaje organizacional, según Gervase R. & Bushe A. (1993) “El éxito o el fracaso de la estructura organizacional no es tanto la estructura en si sino los procesos que alberga, no será el número uno, pero si el mejor” (p.181).

Para el caso peruano la Ley N<sup>o</sup> 23728 Art.2 (15DIC1985) menciona que en este tipo de organizaciones, los que realizan actividades asistenciales son los profesionales: Médicos, Psicólogos, Cirujanos Dentistas, Enfermeras, Asistentes Sociales, Terapistas Ocupacionales, Terapistas Físicos y diversos asistentes de los profesionales de la salud y personal técnico en los establecimientos de Salud del Sector Público, determinados en el código sanitario Art. 1616 y 163.

Respecto al Profesional Asistencial, la Ley General de Salud N° 26842 menciona que para el ejercicio profesional que desempeña actividades de medicina, odontología, psicología o cualquier otra relacionada con la atención de la salud sea esta en unidades de atención final y unidades críticas en el hospital, se requiere tener título profesional en los casos que la ley así lo establece y cumplir con los requisitos de colegiación, especialización, licenciamiento y demás que dispone la Ley, de esta manera los usuarios se sienten satisfechos al saber que el profesional que lo atenderá se basará en su experiencia y destreza de su especialidad, aplicando procedimiento asistencial perfeccionado y no experimental; por otro lado los profesionales a su vez se sienten muy motivados a desempeñar tal procedimiento puesto que todos ellos producen un servicio estándar.

## **2.6 Hipótesis**

### **2.6.1 Hipótesis general**

*H<sub>i</sub>* Existe relación significativa entre el Clima Social en el Trabajo y el Síndrome de Burnout en el personal Asistencial de las Unidades orgánicas asistenciales del Hospital Nacional Docente Madre-Niño “San Bartolomé”.

### **2.6.2 Hipótesis específicas**

**H<sub>1</sub>**: Existe relación significativa entre la Dimensión Relaciones Interpersonales del Clima Social en el Trabajo y el Síndrome de Burnout en el personal Asistencial del Hospital Nacional Docente Madre-Niño “San Bartolomé”.

**H<sub>2</sub>**: Existe relación significativa entre la Dimensión Autorrealización del Clima Social en el Trabajo y el Síndrome de Burnout en el personal Asistencial del Hospital Nacional Docente Madre-Niño “San Bartolomé”.

**H<sub>3</sub>**: Existe relación significativa entre Dimensión Estabilidad/Cambio del Clima Social en el Trabajo y el Síndrome de Burnout en el personal Asistencial del Hospital Nacional Docente Madre-Niño “San Bartolomé”.

## 2.7 Variables

- **Variable Independiente X: Clima Social en el Trabajo de Moos (WES)**

Haciendo remembranza el Basamento teórico científico que sustenta el estudio de Clima Social en el Trabajo, se remonta en el modelo de la Escuela Social y desde el punto de vista de la Psicología Aplicada se enmarca en los fundamentos de la Psicología Social en base a las percepciones y evaluaciones que hace el trabajador de la organización donde trabaja; luego surgen teorías que contribuyen enriqueciendo el tema, entre ellos tenemos la teoría de Rensis Likert; teoría de las Relaciones Humanas de Elton Mayo; teoría del comportamiento organizacional en especial en los factores de Frederick Irving Herzberg y el Modelo Víctor Vroom.

El tema de Clima Social en el trabajo es mutable modificándose a lo largo del tiempo de las organizaciones, en la literatura hay diversas definiciones teniendo en común la percepción integral de los trabajadores hacia la organización y su importancia es que permite ....;Patlán, (2008) referido por Olaz, A. (2013) considera que el Clima Social de Trabajo en algunas investigaciones es considerado como “variable dependiente y en otros estudios como variable independiente”, también ha sido “asociado con variables referentes al comportamiento organizacional y con variables relativas a la administración, prácticas administrativas, administración de recursos humanos y desempeño organizacional”, dicho concepto “responde a una componente multivariante con varias dimensiones” y que debe concebirse “más que como un estado, cercado en el tiempo, como un proceso dinámico que varía en coordenadas espacio/temporales, sin que, por esto, pueda asegurarse una proyección certera del mismo, aún en el corto plazo” (p.1375).

Palma, S. (2004) presenta en CL-SPC una definición operacional del Clima Social de Trabajo como “la percepción del trabajador con respecto a su ambiente laboral y en función a aspectos vinculados como posibilidades de realización personal, involucramiento con la tarea asignada, supervisión que recibe, acceso a la información relacionada con su trabajo en coordinación con sus demás compañeros y condiciones laborales que facilitan su tarea” (p.1).

Moos (1974) citado por Pezua, M. (2012) refiere que inicialmente Moos enfoca el tema de Clima Social en el Trabajo basándose en la Psicología Ambiental, indicando que el entorno ambiental se relaciona con ciertas conductas de la persona y por lo tanto interfiere en el desarrollo de sus funciones laborales y recíprocamente también en su ambiente laboral definiéndola “el ambiente es un determinante decisivo en el bienestar del individuo”, contemplando el rol ambiental en el desarrollo de las personas con ciertas variables como: organizacionales, sociales y físicas con el objeto de “describir las características psicosociales e institucionales de un determinado grupo asentado sobre un ambiente” (p.33).

Moos (2008) referido por Olaz, A. (2013) actualiza el concepto y lo organiza de la siguiente manera: Elabora un marco conceptual que sirve para el presente estudio en tres dimensiones, refiriéndose a los atributos fundamentales para evaluar al clima social en el trabajo: Relaciones, Autorrealización y Estabilidad/Cambio; integradas por 10 factores o subescalas, con 90 reactivos (p.1374).

Dimensión Relaciones Interpersonales, dimensión integrada por las subescalas Implicación, Cohesión y Apoyo, que evalúan el grado en que los empleados están interesados y comprometidos en su trabajo y el grado en que la dirección apoya a los empleados y los anima a apoyarse unos a otros. Los factores a usar:

Factor Implicación (IM). Grado en que los empleados se preocupan por su actividad y se entregan a ella.

Factor Cohesión (CO). Grado en que los empleados se ayudan entre sí y se muestran amables con sus compañeros.

Factor Apoyo (AP). Grado en que los jefes ayudan y animan al personal para crear un buen Clima Social.

La Dimensión Autorrealización u orientación hacia unos objetivos, integrada por los factores Autonomía, Organización y Presión, que evalúan el grado en que se estimula a los empleados a ser autosuficientes y a tomar sus propias decisiones, así como la importancia de la buena planificación, eficiencia y terminación de las tareas y el grado en que la presión en el trabajo o la urgencia dominan el ambiente laboral. A continuación, se describe su factores:

Autonomía (AU). Grado en que se anima a los empleados a ser autosuficientes y a tomar iniciativas propias.

Organización (OR). Grado en que se subraya una buena planificación, eficiencia y terminación de la tarea.

Presión (PR). Grado en que la urgencia o la presión en el trabajo dominan el ambiente laboral.

Dimensión Estabilidad/Cambio lo integran las subescalas Claridad, Control, Innovación y Comodidad. Los factores a usar:

Claridad (CL). Grado en que se conocen las expectativas de las tareas diarias, y se explican las reglas y planes para el trabajo.

Control (CN). Grado en que los jefes utilizan las reglas y la presión para controlar a los empleados.

Innovación (IN). Grado en que se subraya la variedad, el cambio y a los nuevos enfoques.

Comodidad (CF). Grado en que el ambiente físico contribuye a un trabajo agradable.

Estas subescalas evalúan el grado que los empleados conocen lo que se espera de su tarea diaria y cómo se les explican las normas y planes de trabajo; el grado en que la Dirección utiliza las normas y la presión para controlar a los empleados; la importancia que se da a la variedad al cambio y a las nuevas propuestas y, por último, el grado en que el entorno físico contribuye a crear un ambiente de trabajo agradable.

Profesionales no Psicólogos como Desler, Chiavenato, asimismo el Ministerio de Salud y el Hospital Nacional Docente Madre-Niño “San Bartolomé” definen el Clima Social en el Trabajo bajo un mismo contexto, por ejemplo el Reglamento con RD N° 123-2020-DG-HONADOMANI-SB fechado 11 septiembre de 2020 en su Art 179° define el Clima organizacional como “Las percepciones compartidas por los miembros de una organización respecto al trabajo, al ambiente físico en que esta se da, a las relaciones interpersonales que tienen lugar en torno a él y las diversas regulaciones formales e informales que afectan a su trabajo. Asimismo, menciona que el comportamiento humano es un tema complejo y dinámico, por lo cual requiere investigación, actualización y verificación, para la elaboración de un estudio de clima organizacional”.

Para el presente estudio se ha tomado como referencia a las definiciones expuestas en los párrafos anteriores y se ha definido a la variable clima social en el trabajo como: “Las percepciones compartidas por los trabajadores asistenciales respecto a la organización hospitalaria, agrupándola en tres dimensiones: Relaciones interpersonales que se refiere al trato y colaboración que se da entre los trabajadores y se mide a través de los factores implicación, cohesión y apoyo; Autorrealización se refiere al grado en que se estimula a los trabajadores a ser autosuficientes y que tomen decisiones por si solos, se mide a través de los factores autonomía, organización y presión; Estabilidad/Cambio se refiere al grado de conocimiento respecto a sus funciones diarias y se mide a través de los factores claridad, control, innovación y comodidad. En definitiva, estas tres dimensiones repercuten en el comportamiento y por ende en la productividad y rentabilidad social”.

- **Variable Dependiente Y: Síndrome de Burnout de Maslach (MBI)**

El Síndrome de Burnout se plasma en dos escuelas Psicológicas:

Modelo Social. - Del cual consideraremos la Psicología Social.

Modelo de la Psicología aplicada. – Del cual analizaremos la Psicología organizacional.

La hipótesis basada en la postura multidimensional de Maslach (1982) quien es la principal representante del tema y define este síndrome a través de un constructo tridimensional conformado por:

Cansancio o Agotamiento Emocional (CE). - Se refiere al estrés individual que es el componente básico del síndrome, caracterizado por un sentimiento de estar sobre exigido, donde el profesional asistencial presenta déficit de recursos emocionales y físicos que le dificulta para poder afrontar los retos que su labor le sugiere. Asimismo, manifiesta un elevado nivel de agotamiento que no es coherente con la cantidad de trabajo realizado.

Cinismo o Despersonalización (DP). - Se refiere a una respuesta negativa, insensible, o demasiada apática en diferentes aspectos del trabajo, se desencadena en respuesta al exceso de agotamiento emocional.

Realización Personal (RP). – Referido al sentimiento de inadecuación y disminución del propio yo, donde el trabajador siente que no tiene nada que aportar en su trabajo, sus deseos de superación personal se ven afectados y baja su autoestima.

Si bien no existe ninguna definición precisa de este tipo de agotamiento, para el presente estudio nos avocamos a la definición de Maslach C. (1982) citado por Arias, W. & Jiménez, N. (2015) “Síndrome de estrés crónico que se manifiesta en aquellas profesiones de servicios caracterizadas por una atención intensa y prolongada a personas que están en una situación de necesidad o dependencia, manifestando tres síntomas principales: Agotamiento Emocional, Despersonalización y baja Realización Personal” (p.61).

El burnout puede manifestarse en personas que trabajan con personas, los pensamientos distorsionados que predisponen al burnout en los trabajadores asistenciales están asociados a sus competencias laborales, según la segunda especialidad de terapia cognitiva conductual son “Mi trabajo es mi vida”, “Debo ser absolutamente competente, tener todo el conocimiento y ser capaz de ayudar a cualquiera”, “Para cumplir con mi trabajo y mantener mi valía, yo debo ser querido y aprobado por todos los que trabajan conmigo”, “Hay personas que no van a entender, que son difíciles de tratar, que no entienden el valor real de mi trabajo y deberían ser más receptivos”.

- **Variable de control: Personal Asistencial de una Organización Hospitalaria Pública.**

Como se explicó anteriormente, en la teoría de organización burocrática profesional, el personal asistencial se rige en las Leyes N° 23728 - N° 26842 y en el código sanitario Art. 1616 y 163.

Según Dessler G. (2004) el tema de Organización hospitalaria publica se basa en la Teoría de las Relaciones Humanas de administración por el Psicólogo industrial Elton Mayo, quien dio lugar al concepto de “Hombre social” indicando que el comportamiento de este se rige por necesidades sociales y que esto es contrario al concepto de “Hombre Racional” quien es movido por necesidades económicas, el cual es más sensible a las presiones del grupo de trabajo que al control administrativo, esta teoría concuerda con las ideas de Ford y Weber quienes consideran que la organización está compuesta por personas (p.46).

En el presente estudio se denomina organización hospitalaria pública al “Establecimiento cuyo núcleo operativo se centra en la atención especializada en salud física y bienestar psicológico, realizando actividades especializadas de recuperación, rehabilitación y control en el marco de las políticas y lineamientos nacionales del Sector Salud, quienes para satisfacer las necesidades de la población se organizan en departamentos, servicios o equipos funcionales que a la vez sirve de sede para Docencia en Salud en su campo específico de acción”; al ser los hospitales parte del Estado, sufren la interferencia de la organización política del mismo, así como de la estructura burocrática profesional, esto trae como resultado conflictos que separan a las personas de las diferentes unidades orgánicas o equipos funcionales.

Las partes fundamentales de la estructura jerárquica de una Organización Hospitalaria en el presente estudio, se encuentra enmarcado en el D.S. N° 043-2006-PCM Art. 22 donde establece los principios para acciones de la departamentalización al momento de diseñar la estructura orgánica “se debe observar el principio de especialidad” y de la Directiva para la formulación de documentos técnicos normativos de gestión institucional Directiva N°007-MINSA/OGPP-V.02 (publicado el 28 De Junio 2006) “En teoría, la organización más sencilla puede recurrir a la adaptación mutua para la coordinación de su trabajo básico de producción de un servicio o producto”.



Se puede considerar 7 partes fundamentales dentro de toda organización burocrática profesional de tipo hospitalario:

**1.-Núcleo de Operaciones:** Según Mintzberg H. (1989) va a comprender a todos aquellos miembros que realizan el trabajo básico directamente relacionado con la producción de servicios de salud, donde con mayor profundidad se aplica la normalización para el tipo de trabajo que se está realizando, puesto que los profesionales de la salud en este tipo de estructura no seleccionan a sus clientes (p.168).

Concordamos con Valdez, H. (2000) en que todas las actividades de las unidades orgánicas y unidades funcionales asistenciales constituyen la razón de ser de la organización hospitalaria, es en estas áreas donde se procesa y fabrica el servicio final así como su comercialización, como se mencionó en párrafos anteriores los profesionales que laboran en estas unidades orgánicas tienen autonomía normalizada que les otorga el colegio profesional al cual pertenecen, pero en la parte administrativa los profesionales asistenciales se rigen bajo las normas del Ministerio de Salud. (p.161).

El Nivel de Apoyo, que incluye a todas las unidades orgánicas administrativas desde el ápice también le delega descentralización horizontal, sin embargo, el directivo es quien gana más que el profesional asistencial, se puede decir que el médico cirujano tiene menor remuneración que los directores de la institución hospitalaria, Gervase R. Bushe (1993) “Los profesionales asistenciales son el núcleo de todo el hospital, de ellos derivan los equipos clínicos que proporcionan el cuidado de la salud en base a las necesidades individuales de los pacientes, para ello se nombra un líder formal del equipo quien se responsabiliza de coordinar el tratamiento del paciente” (p.41).

Unidades orgánicas médicas, Según Gervase R. Bushe (1993) está compuesta de profesionales médicos especializados encargados de brindar atención medica integral especializada por ejemplo médico especializado en unidades orgánicas como Ginecología obstetricia, Pediatría, Cirugía Pediátrica, Anestesiología, Emergencista, Uciología, Psiquiatría, Neurología, Cardiología, Dermatología, Diagnóstico por Imágenes, Anatomía Patológica, Patología Clínica (p.197).

Mediano L. (2002) indica también que este tipo de organización está compuesto por médicos con subespecializaciones por ejemplo médico especialista en Pediatría con sub especialidad en neonatología; estos médicos además de laborar para el Estado, tienen sus consultorios privados y alternan los días laborables para atender cumplir toda su programación (p.83). Realizan guardias hospitalarias varios días de la semana dedicando su tiempo a los pacientes y brindándoles una atención médica adecuada, también promueven la salud, previenen riesgos y daños, recuperan y rehabilitan la salud física (Reglamento de Organización y Funciones aprobado con R.M. 884-2003-SA/DM).

El gran problema surge cuando los médicos se sienten presionados por la administración hospitalaria para reducir el tiempo dedicado al tratamiento del paciente (5, 10, 15 minutos para cada uno) o cuando se presentan nuevos lineamientos de admisión de los pacientes como lo es el seguro integral (requisitos en la atención de pacientes asegurados de SIS entre otros), al mismo tiempo por las reuniones interminables del comité de gestión médica que ocupa más tiempo de lo previsto y cuando les impiden cuidar adecuadamente de sus pacientes. Sin embargo, como parte operativa conocen más al resolver problemas prácticos del día a día respecto al tratamiento y por lo tanto, se encuentran en una posición superior para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes y la política del hospital.

Una de las unidades críticas importantes dentro de la organización hospitalaria es la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).- De acuerdo a la Guía para la Categorización de Establecimientos del Sector Salud en la Norma Técnica N° 021-MINSA/DGSP V.01 define a la Unidad de Cuidados Intensivos como “Área funcional organizada para brindar atención médica y de enfermería permanente a pacientes críticos con riesgo potencial de muerte y con posibilidades de recuperación parcial y total y/o la necesidad de efectuar procedimientos especializados de Diagnóstico y/o Tratamiento para preservar la vida”. (p. 49-50 y 83-84)

En la tesis titulada “Relación entre las manifestaciones del Síndrome de Burnout y la calidad del cuidado del enfermero(a) en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Base de la Red Asistencial Almenara” (2014) se define desde el enfoque de enfermería especializada en UCI a esta unidad como:

“Organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender a los pacientes que son susceptibles de recuperación; estos profesionales requieren agotar todas las posibilidades terapéuticas y de cuidados para la sustitución temporal de las funciones vitales alteradas sin abandonar el diagnóstico de base que llevó al paciente a tener un estado crítico de salud...” De acuerdo a Parra (2008) el objetivo del personal de enfermería en las UCI es "Participar idóneamente en todos los procesos terapéuticos encaminados al restablecimiento de las funciones vitales alteradas en los pacientes críticos y recuperar los valores límites necesarios para conservar la vida de los mismos, limitando al máximo las secuelas que pueden poner en riesgo su calidad de vida”.

La UCI es un área de trabajo con mayor vulnerabilidad de incidencia al síndrome de burnout, por las características de trabajo que se desarrollan en estas unidades, por tal motivo es necesario contar con experiencia clínica y madurez profesional que les permita tomar decisiones con implicancias éticas y morales. Por tanto, conocer la percepción del comportamiento del profesional asistencial es importante debido a que los pacientes manifiestan sentimientos y reacciones como ansiedad, angustia, sufrimiento, incertidumbre y temor a la muerte, esto conlleva que el encargado de proporcionar los cuidados manifieste gran tensión emocional y física.

Unidad orgánica de Psicología, encargada de la atención psicológica de los pacientes, su intervención abarca línea base, línea de tratamiento y línea de seguimiento (prevención de recaídas), se trabaja en todas las etapas del desarrollo humano y en todas las actividades inherentes a cada una de ellas. Utiliza procedimientos exclusivos de su competencia, con profesionales especializados en lograr el bienestar psicológico de los pacientes, evalúa periódicamente la morbilidad psicológica y desarrolla actividades de promoción y prevención en su área; asimismo asiste en los procesos de selección de personal y atención psicológica a los trabajadores.

De acuerdo con la Ley N° 28369 Ley de Trabajo del Psicólogo y su Reglamento D.S. N° 007-2007-SA realizan todo el proceso de intervención psicológica, que incluye manejar sus propios instrumentos de evaluación estandarizados hasta realizar el tratamiento, recuperación y rehabilitación psicológica, esto concuerda con Urra J. (2008) “Las personas acuden a los hospitales en busca de atención psicológica y psicoterapias eficaces y las encuentran” (p.117).

Unidades orgánicas de Enfermería; de acuerdo con el Reglamento de Organización y Funciones aprobado con R.M. 884-2003-SA/DM aún vigente, es la unidad encargada de ejecutar las acciones y procedimientos de enfermería que aseguren la atención integral e individualizada del paciente de acuerdo con su grado de dependencia, diagnóstico y tratamiento médico. Gervase R. (1993) indica que se encuentran organizadas en varios servicios en turnos rotativos laborando en diferentes áreas del hospital (p.197-198), existe jerarquía dentro de las mismas.

Unidad Orgánica de Odontostomatología; de acuerdo con el Reglamento de Organización y Funciones (R.M. 884-2003-SA/DM) aún vigente, es la unidad encargada de brindar atención integral especializada y cirugía a los pacientes; promueve, previene riesgos y daños, protege y recupera la salud y rehabilita las capacidades de los pacientes con patología odontostomatológica.

Unidades orgánicas de Rehabilitación y Medicina Física; Gervase R. (1993) aquella unidad orgánica trabaja con pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente o que han sufrido un padecimiento debilitante como un infarto. La mayor parte de su trabajo lo realiza en forma personal con pacientes y disfruta al ver el progreso que observa en ellos. En general, este tipo de terapia es a largo plazo y muchos de sus pacientes son externos, las dificultades muchas veces se deben a las prácticas y políticas de facturación del hospital y no es tomado en cuenta en las reuniones administrativas (p.199).

Unidad orgánica de Trabajo Social; Gervase R. (1993) proporciona servicios internos y externos a los usuarios de los servicios de salud en el Hospital en las que incluye programas para el tratamiento a su grupo de apoyo, la sobrecarga de funciones administrativas respecto al presupuesto tiene relación con el Director Ejecutivo, sin embargo, los servicios proporcionados por esta unidad podrían estar mejor representado por el Director Médico (p.199-200).

Unidad Orgánica de Nutrición; de acuerdo con el Reglamento de Organización y Funciones aprobado con R.M. 884-2003-SA/DM aún vigente, es la unidad encargada de promover, proteger y recuperar la salud nutricional del paciente en el ámbito familiar y de estudiar los factores sociales que favorecen y/o interfieren en la salud nutricional del paciente, brinda orientación técnica para la adecuada preparación, conservación y distribución de los alimentos y dietas especiales asegurando el suministro de las raciones alimenticias como soporte al proceso de tratamiento y recuperación de los pacientes hospitalizados según las indicaciones del médico tratante y lo prescrito en la Historia Clínica respectiva y de acuerdo a las normas de bioseguridad.

Unidad Orgánica de Farmacia; de acuerdo con el Reglamento de Organización y Funciones aprobado con R.M. 884-2003-SA/DM aún vigente, es la unidad encargada de suministrar en forma oportuna, eficiente y adecuada los medicamentos y productos de uso clínico y/o quirúrgico destinados a la recuperación y conservación de la salud de los pacientes según prescripción médica para la atención de los mismos en consultorios externos, hospitalización y emergencia durante las 24 horas del día asegurando el stock de reserva según la naturaleza y el comportamiento de la demanda acorde con las normas de bioseguridad correspondientes.

**2.- El Ápice Estratégico:** Según Valdez H. (2000) Comprende a todas las personas encargadas de una responsabilidad directiva en el más alto nivel de la organización. Sus actividades están relacionadas para que la organización cumpla de manera efectiva con su misión y así satisfacer los intereses de las personas que la controlan o tienen algún poder sobre ella, es necesario que cumplan con 3 responsabilidades: Supervisión directa, Gestión de las relaciones con el entorno y último con el desarrollo de la estrategia de la organización” (p.1). La Alta Dirección Implica conducir y dirigir todo el sistema, controlando que cumplan con la misión hospitalaria; se ubica en la parte superior del organigrama, Schnarch, A. (2009) “El éxito no va a depender solo de la elección de una estructura organizacional, sino también del papel que desempeñe la alta dirección en el desarrollo...de un tipo de estructura a fin de mejorar la eficiencia y eficacia del proceso” (p.79). La gestión en un Hospital especializado de alta complejidad resolutiva debe estar conformado según Gervase R. (1993) “la administración del Hospital, lo conforman un Director General, un Director Adjunto que hace de Director Médico y un Administrador Ejecutivo, cada uno con su propia combinación de personas, tareas, valores gerenciales y estilos” (p.194).

El Director; según Mintzberg H. (1989) este cargo en un hospital radica en el poder formal (p.98), por otro lado entre sus objetivos funcionales es que dedica la mayor parte del tiempo a la administración hospitalaria, se encarga de dirigir la mesa directiva y reuniones de gestión, Gervase R. (1993) a veces su estado de ánimo se ve afectado por aumentar las utilidades y hacer cambios de personal, conciliar conflictos que surgen entre unidades orgánicas y cumplir con las mayores exigencias de la dirigencia sindical (p.194).

Director Médico; según Gervase R. (1993) se ocupa de los aspectos asistenciales de la administración hospitalaria, la mayor parte del tiempo lo dedica a interminables reuniones con los jefes de las diferentes unidades orgánicas asistenciales o en reuniones de gestión médica, intentando que dichas reuniones sean productivas, se diferencia del administrador ejecutivo ya que su labor es diseñar políticas de admisión de pacientes y de su tratamiento, comprende que el hospital es un negocio bien administrado, pero además, desea que los trabajadores traten a los pacientes como seres humanos (p.196).

Administrador Ejecutivo; según Gervase R. (1993) es responsable de las operaciones cotidianas del Hospital, supervisa las funciones no asistenciales como la Administración de Recursos Humanos, Economía y Contabilidad (facturación), Logística (abastecimiento), Estadística y registros de datos (admisión de pacientes), Mantenimiento y Servicios Generales (cuenta con personal las 24 horas; transporte de ambulancias ante una emergencia, vapor, costura, lavandería, ascensores, del oxígeno, de los circuitos eléctricos) y políticas de seguros de los pacientes (p.195).

**3.-Órgano de Control Institucional:** encargada de ejecutar el control gubernamental en el hospital, mantiene dependencia técnica y funcional de la Contraloría General de la Republica y depende administrativamente del Hospital. Son los órganos de control que tienen como función realizar auditorías en general posterior a los actos y operación del hospital, tales como auditoria de los estados financieros, presupuestarios y operativos. Se ubica casi siempre en el más alto nivel de dirección de la organización al lado izquierdo.

**4.- La Línea Media:** según Valdez, H. (2000) menciona que el Ápice estratégico esta unido al núcleo de operaciones mediante la cadena de directivos de la línea media, provistos de autoridad formal. Dicha cadena pasa de los directivos superiores situados justo abajo del ápice estratégico hasta los superiores de primera línea que vendrían hacer los jefes de oficinas y/o Departamentos y Servicios que ejercen una autoridad directa sobre el personal a su cargo (p.1). En la práctica está conformado por las Jefaturas de Departamentos y Servicios, según el autor en un modelo de organización profesional de tipo hospitalario, el que desempeña ese cargo debe actuar como un coordinador porque al aumentar la cantidad de jefes hace lento el sistema hospitalario.

**5.- La Tecnoestructura:** Según Valdez, H. (2000) refiere que aquellos analistas realizan actividades especializadas de levantamiento de información de la organización en función a su entorno usando sus propias técnicas para este fin; con la información obtenida realizan un análisis situacional y ofrecen propuestas que sirven para afianzar la normalización en la organización (p.1); este nivel está constituido por las unidades orgánicas que normalizan el trabajo de la organización, sus actividades no están relacionadas directamente con el procesamiento, fabricación o comercialización del servicio a los pacientes.

Teóricamente hablando se recomienda que los órganos de asesoría deben ser reducidos debido a que su agrupación es de tipo de mercado por las especialidades y si existen son de naturaleza administrativa para apoyo al nivel operativo. Se sitúan al lado derecho del organigrama saliendo la recta de la línea de autoridad del ápice estratégico. En la mayoría de los hospitales encontramos en este nivel las oficinas Ejecutivas de Planeamiento Estratégico, Gestión de la Calidad, Asesoría Jurídica y la oficina de Epidemiología y salud ambiental.

**6.- Staff de Apoyo.** – Según Valdez, H. (2000) “Está conformado por aquellas personas reunidas en unidades especializadas, cuya función consiste en proporcionar apoyo a la organización fuera del flujo de trabajo de operaciones. Estas unidades toman recursos de la organización global y dan a cambio una serie de servicios, quedando acopladas únicamente de un modo mancomunado” (p.1) y Gervase R. (1993) menciona que el staff de apoyo provee recursos a toda la organización hospitalaria, caracterizado por labores de tipo rutinario tales como recurso humano, logística, finanza y de mantenimiento (p.41), estas unidades orgánicas se encuentran en la mayoría de los

Hospitales tales como las oficinas de Personal, Economía, Logística, Servicios Generales y mantenimiento, Comunicaciones, Estadística e informática, apoyo a la Docencia e Investigación y oficina de Seguros. Estos órganos de apoyo se sitúan al lado izquierdo del organigrama saliendo de la recta de la línea de autoridad del ápice estratégico que es justamente elaborada para apoyar en los insumos y materiales del nivel operativo. Es lógico decir que a medida que crece el nivel operativo crece también los órganos de apoyo.

**7.- Ideología.** - Finalmente, toda organización activa posee una sexta parte al que la teoría lo llama su ideología (termino alternativo con bastante éxito ha sido el de “cultura organizacional”), según Valdez, H. (2000) la ideología abarca las tradiciones y creencias de una organización hospitalaria que la distingue de otras organizaciones hospitalarias e infunden una cierta vida al esqueleto de su estructura (p.1).

Además de haber analizado las 7 partes fundamentales de una organización burocrática profesional de tipo hospitalaria, es importante conocer las 2 técnicas que permiten realizar la estructura orgánica en un hospital:

- Diseño Organizacional de acuerdo a Mintzberg H. (1989) se fundamenta el estudio al diseño de Max Weber que corresponde al Diseño Burocrático.
- En cuanto al Tipo de Estructura Organizacional se basa al diseño de Henry Mintzberg (Configuración Burocracia Profesional) con el enfoque de los Psicólogos Luz Marina Morales y Luis Raffo Benavides (2000).

Las unidades orgánicas asistenciales denominadas Departamentos y Servicios se organizan en equipos funcionales; de acuerdo con Ricardo Hirata, quien es uno de los fundadores de la asociación mexicana de trabajo en equipo con enfoque sistémico, menciona que hay dos principios de diseño de organizaciones, donde el tipo 1 es piramidal y cada parte, área, persona es diferente y se pinta con organigramas tradicionales. El tipo 2 son esquemas comunitarios basados en equipos autónomos o autoadministrados, suele graficarse con “círculos” y cada circulo es un equipo autónomo o área autónoma, en donde todos los miembros de la misma, están habilitados y



entrenados para realizar todas las tareas en el mismo equipo, las estructuras no tienen más de 3 niveles y se basan en un principio sistémico de organización teniendo en cuenta que en la realidad no hay 100% de participación, en este tipo de estructuras, el organigrama es similar a los tradicionales, solamente que un cuadro o bola de arriba es un equipo coordinador, pero también con tareas y metas específicas.

Si lo que se está diseñando, está fundado en el principio 1 de diseño (estructuras jerárquicas piramidales), los equipos funcionales no se pueden colocar en el organigrama estructural ya que son equipos interdepartamentales o interfuncionales la sugerencia es realizar una matriz de relaciones interfuncionales y colocar en las filas los títulos de las actividades o proyectos a realizar y en las columnas a cada uno de los actores, esta matriz relaciona Que Hacer vs Responsables.

Si la estructura de equipos es paralela a la estructura funcional, y se desea graficar la organización solamente de los equipos, hay un tipo de grafica circular (como de pastel) en donde en el centro están los objetivos comunes del sistema, luego en un anillo siguiente (hacia afuera) los equipos involucrados en los proyectos, y finalmente en el anillo exterior los nombres de los actores, sus metas y demás.

### **Operacionalización de variables: Dimensiones e indicadores**

- a) Variable X: Clima Social en el Trabajo de Moos (WES). Dimensiones del Clima Social en el Trabajo:
  - X1 Dimensión: Relaciones Interpersonales
  - X2 Dimensión: Autorrealización
  - X3 Dimensión: Estabilidad / Cambio
  
- b) Variable Y: Síndrome de Burnout de Maslach (MBI). Dimensiones del Síndrome de Burnout:
  - Y1 Cansancio emocional (CE)
  - Y2 Despersonalización (DP)
  - Y3 Realización personal (RP)

c) Variable de control: Personal Asistencial de una Organización Hospitalaria Pública.

Tabla 1

*Relación entre variables:*

Relaciones Interpersonales- Síndrome de Burnout	Autorrealización - Síndrome de Burnout	Estabilidad / Cambio - Síndrome de Burnout
$r_{X_1 Y_1}$	$r_{X_2 Y_1}$	$r_{X_3 Y_1}$
$r_{X_1 Y_2}$	$r_{X_2 Y_2}$	$r_{X_3 Y_2}$
$r_{X_1 Y_3}$	$r_{X_2 Y_3}$	$r_{X_3 Y_3}$

Elaboración: Fuente propia

## CAPITULO III

### MARCO METODOLOGICO

#### 3.1 Tipo, método y diseño de la investigación

El presente estudio corresponde a un Enfoque Cuantitativo, por el nivel es de tipo es Correlacional; porque “trata de establecer covariaciones entre las variables medidas” (Alarcón 1991). En efecto pretende primero describir las variables psicológicas de Clima Social en el Trabajo y el Síndrome de Burnout, segundo comparar supuestas relaciones o conexiones existentes entre dichas variables, la cual servirá para determinar su composición factorial de ambas variables, el método a usar es hipotético deductivo puesto que se parte de la teoría para aplicarlo a situación específica. El Diseño corresponde a una investigación Descriptiva Correlacional Transversal y en cuanto los datos se obtuvieron en un solo evento.

a) El esquema es el siguiente:

$X_1 \text{---} X_2$       Se mide y describe relación      ( $X_1 \text{---} X_2$ )

$X_1$       Clima Social en el Trabajo

$\text{---}$       Relación

$X_2$       Síndrome de Burnout

b) El diseño Descriptivo se grafica así:

$X_1$       Se mide y describe variable ( $X_1$ )

$X_2$       Se mide y describe variable ( $X_2$ )

$X_1$       Clima Social en el Trabajo

$X_2$       Síndrome de Burnout

## 3.2 Población y muestra

### a) Población

Para efecto del presente estudio la población (tabla 2) está conformada por Trabajadores Asistenciales del Hospital Nacional Docente Madre-Niño “San Bartolomé” 2018, al ser una entidad de referencia nacional no seleccionan a sus usuarios de salud, sus unidades orgánicas constituyen la razón de ser del hospital cuyos profesionales realizan actividades con autonomía normalizada legalmente de su profesión, pero mantienen una relación de dependencia administrativa normalizado por el Ministerio de Salud brindando una atención especializada.

Por su naturaleza los profesionales asistenciales son la parte fuerte en este tipo de estructuras que por las características propias de organización y el tipo de trabajo serian vulnerables de incidencia a manifestar síndrome de burnout; su trabajo requiere de experiencia clínica para la toma de decisiones con implicaciones éticas y morales.

Tabla 2  
*Población*

Descripción	Cantidad
Ginecoobstetricia	50
Pediatría	44
Cirugía Pediátrica	12
Odontoestomatología	10
Emergencia y Cuidados Críticos	22
Anestesiología y Centro Quirúrgico	10
Psicología	11
Enfermería	85

Elaboración: Fuente propia

## b) Muestra

Se tomó una muestra de 158 Trabajadores Asistencial del nivel operativo del sexo femenino y masculino. Siendo la edad promedio de 36 años, la edad mínima 22 y la edad máxima 62 años, ente contratados y nombrados.

Tabla 3

*Descripción de la muestra*

<b>Unidad Orgánica</b>	<b>Totales</b>	<b>Porcentajes</b>
Gineco-Obstetricia	40	25%
Pediatría	15	9%
Cirugía Pediátrica	5	3%
Anestesiología y Centro Quirúrgico	9	6%
Emergencia y Cuidados Críticos	16	10%
Odontostomatología	5	3%
Psicología	11	7%
Enfermería	57	36%
<b>Total</b>	<b>158</b>	<b>100%</b>
<b>Situación Laboral</b>		
Nombrado	80	51%
Contratado	78	49%
<b>Total</b>	<b>158</b>	<b>100%</b>
<b>Turno Laboral</b>		
Fijo	53	51%
Rotativo	105	49%
<b>Total</b>	<b>158</b>	<b>100%</b>
<b>Estado Civil</b>		
Soltero	87	55%
Casado	67	42%
Viudo	1	1%
Divorciado	3	2%
<b>Total</b>	<b>158</b>	<b>100%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	62	39%
Femenino	96	61%
<b>Total</b>	<b>158</b>	<b>100%</b>

Elaboración: Fuente propia

La tabla 3 describe que la Muestra de estudio está conformada por profesionales asistenciales de Gineco-obstetricia, Pediatría, Cirugía Pediátrica, Anestesiología, Odontostomatología, Enfermería Psicología, Emergencia y Cuidados Críticos; quienes realizan atención directa al paciente de acuerdo a su especialidad.

La muestra tiene las siguientes características:

- a) Tipo de muestra: No probabilístico
- b) Modalidad: Intencionado
- c) Criterio de inclusión: Personal asistencial de los servicios de atención final.
- d) Características de la estructura organizacional: Burocrática profesional de tipo Hospitalario.
- e) Periodo: Enero – Diciembre de 2018
- f) Tiempo de servicios: Que tengan mínimo un año de servicio
- g) Criterio de exclusión: Personal en uso de licencia o suspendido por falta laborales.
- h) Tamaño de la muestra: 158

### **3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos (validez y confiabilidad)**

Para la recolección de datos se usó la Técnica Documental, la cual consta de dos instrumentos que sirven para levantar la información la ficha demográfica y la encuesta. De acuerdo con Toro, F. (2015) menciona que los inventarios permiten “aproximaciones metodológicas de medición y evaluación que constituyen un método más riguroso, más controlado, de naturaleza cuantitativa que facilita el procesamiento y análisis estadístico, asimismo permite comparaciones entre grupos, áreas de trabajo, niveles jerárquicos y todo tipo de contrastación que se desee” (p.67-68).

Para el presente trabajo de investigación se determinó utilizar el test de tipo Psicométrico puesto que dicho instrumento constituye un método de mayor rigurosidad en la validez y confiabilidad, al ser naturaleza cuantitativa hace posible procesar y analizar los datos, además permite la posibilidad de comparar entre varios grupos, áreas de trabajo, niveles jerárquicos entre otros que se desee examinar; se tomó en cuenta el concepto de medición de Aliaga & Giove (1993) “la situación experimental del test, su procedimiento de administración debe estar perfectamente definido y debe ser reproducida idénticamente para todos los sujetos; el registro del comportamiento, respuesta o conducta debe ser preciso y objetivo como resulte posible” (p.13). Las condiciones del registro “deben estar perfectamente definidas y ser rigurosamente observadas” (p.14).

De acuerdo a Pichot (1963) mencionado por Aliaga & Giove (1993) “el registro del comportamiento respuesta o conducta debe ser preciso y objetivo como resulte posible con respecto a un grupo de individuos llamado grupo de referencia o normativo, las condiciones del registro deben estar perfectamente definidas y ser rigurosamente observados” (p.14). Para el presente estudio se ha utilizado los Instrumentos de medida: la Escala de Clima Social en el Trabajo de Moos (WES) y el Inventario de Síndrome de Burnout de Maslach (MBI) los cuales tienen fiabilidad y validez estadístico.

Respecto a la Escala de Clima Social en el Trabajo de Moos (WES), la versión original de esta escala fue desarrollada y elaborada en el Laboratorio de Ecología Social de la Universidad de Stanford (California) bajo la dirección de Rudolf H. Moos, Bernice S. Moos y Edison J. Trickett (1974). La adaptación Española de este instrumento corresponde a Fernández-Ballesteros, R. Y Sierra B. de la Universidad Autónoma de Madrid (1984) y a María Victoria de la sección de estudios TEA ediciones S.A. (Madrid).

El Inventario de Burnoutl (MBI) de Maslach y S.E. Jackson, mide la frecuencia e intensidad de la situación de agotamiento o cansancio emocional (burnout) de la Universidad de Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto, California. USA (1986) y su adaptación fue realizada por N. Seisdedos, Departamento de I+D de TEA Ediciones, S.A (Abril 1997).

## Escala de Clima Social en el Trabajo de Moos (WES)

### Ficha Técnica:

Autor : R.H. Moos, B.S. Moos y E.J. Trickett

Procedencia: Laboratorio de Ecología Social de la Universidad de Stanford (California).

Adaptación: De origen española por Fernández-Ballesteros, R. Y Sierra, B. de la Universidad Autónoma de Madrid 1984.

Duración : Variable, veinte minutos para cada escala, aproximadamente.

Aplicación : Adolescentes y Adultos.

Objetivo : Evaluación del Clima Social en diversos ambientes específicos.

Significación: Cuatro escalas independientes que evalúan las características socioambientales y las relaciones personales en el trabajo.

Tipificación: Baremos para cada una de las escalas elaboradas con muestras españolas.

Modo de aplicación: Individual y grupal.

Ventajas : Para su aplicación tiene instrucciones muy precisas de fácil comprensión

En el presente estudio se utilizó la versión española la Forma R (Real) utilizando la Escala de Clima Social en el Trabajo de Moos (WES) que evalúa el ambiente social existente en diversos tipos y centros de trabajos, esta escala está formada por diez subescalas que evalúan tres dimensiones fundamentales: Relaciones Interpersonales, Autorrealización y Estabilidad/Cambio.

Tabla 4

*Dimensiones de la Escala de Clima Social en el Trabajo de Moos (WES)*

Dimensiones	Nº Factores	Nº Total del Factor	Máximo de respuesta
Relaciones Interpersonales	3	9	27
Autorrealización	3	9	27
Estabilidad/Cambio	4	9	36
Total	10		90

Elaboración: Fuente propia



La escala en mención está estructurada con 90 ítems con dos opciones, las que deben ser contestadas como verdadero o falso en una hoja de respuesta la cual será corregida, analizada e interpretada por sus dimensiones.

Se utiliza la plantilla de corrección, calculando la puntuación directa se contabiliza las marcas que aparezcan a través de los recuadros de la plantilla en cada una de las columnas en que esta se ha dividido, y se anotará el total en la casilla puntuación directa (PD) en el lugar correspondiente a la subescala o factor que se está valorando. Las puntuaciones obtenidas de este modo se pueden transformar en típicas y a partir de estos se elaborará el perfil.

Confiabilidad de la Escala, en los estudios originales los autores aplicaron las formulaciones de Kuder y Richardson (KR-20, KR-21) y “test –retest” cuyos coeficientes indicaban que el instrumento tiene confiabilidad dentro del rango esperado para este tipo de pruebas y por lo tanto puede ser utilizado en un estudio de Clima Social en el Trabajo.

En el presente estudio se hizo la revisión con el método de la consistencia interna de Alfa de Crombach y se encontró en una muestra de 30 un índice de fiabilidad de 0,820 en la escala de Clima Social en el Trabajo; el cual de acuerdo al perfil de fiabilidad nos indica que el estudio que se está realizando es de tipo Bueno, por tanto, podemos concluir que los resultados obtenidos significan que la investigación de correlación es válida y confiable.

Para un mejor entendimiento de las puntuaciones típicas de la escala de Clima Social en el Trabajo de Moos (WES) teniendo en cuenta que consta de 90 ítems repartidos en las 3 dimensiones se realizaron las siguientes categorías que son: Relaciones Interpersonales con 27 máximos de respuestas de 1 - 9 Bajo, 10-18 Medio y de 19 - 27 Elevado; Autorrealización con 27 máximos de respuestas de 1 – 9 Bajo, 10-18 Medio y 19 – 27 Elevado; y Estabilidad/Cambio con 37 máximos de respuestas. 1-12 Bajo, 13 – 25 Medio y 26 al 37 Elevado (tabla 5).:

Tabla 5  
*Baremo de puntajes directo para Categoría de Clima Social en el Trabajo*

Dimensiones	Relaciones	Autorrealización	Estabilidad/Cambio
Categorías	Interpersonales		
Alto	25 – 27	25 – 27	34 – 37
	22 – 24	22 – 24	30 – 33
	19 – 21	19 – 21	26 – 29
Medio	16 – 18	16 – 18	21 – 25
	13 – 15	13 – 15	17 – 20
	10 - 12	10 - 12	13 – 16
Bajo	7 - 9	7 - 9	9 – 12
	4 - 6	4 - 6	5 – 8
	1 - 3	1 - 3	1 – 4

Elaboración: Fuente propia

### **Inventario “Burnout” de Maslach (MBI)**

#### **Ficha Técnica**

Autor : Christina Maslach y Susan E. Jackson

Procedencia: Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto, California. USA Madrid-ESPAÑA 1986.

Adaptación : N. Seis dedos, - Departamento de I+D de TEA Ediciones, S.A. Madrid-ESPAÑA Abril 1997.

Duración : Variable, de 10 a 15 minutos.

Aplicación : Adultos.

**Objetivo** : Mide la frecuencia e intensidad de la situación de cansancio emocional de ciertos profesionales sanitarios que por desarrollar tareas que les obligan a implicarse en los problemas emocionales y preocupaciones de los demás (Sentimientos de miedo, odio, desesperación, rechazo), por la acumulación de estrés crónico, pueden llegar a una situación de agotado o <<quemado>> (despersonalización, agotamiento emocional, disminución de la realización personal de la entrega a los demás).

**Significación:** Evaluación de tres dimensiones del Síndrome de Burnout: Cansancio Emocional, Despersonalización y falta de Autorrealización Personal.

**Tipificación:** Baremos en puntuaciones centiles y típicas, por sexo y en el total de una muestra de población general y estadísticos descriptivos de varios subgrupos de la población asistencial.

**Modo de aplicación:** Individual y Colectiva.

Los elementos del inventario están redactados en una forma directa que permite expresar sentimientos o actitudes personales, consta de 22 ítems, más una encuesta personal; las preguntas pertenecen a escalas de Medida Ordinal tipo Likert para medir el Síndrome de Bunout, de 0-6 puntos, respectivamente son contestados sobre dos continuos de medida: la frecuencia y la intensidad de los sentimientos. Intensidad Elevada 88-100, Intensidad Moderado 39 -76 e Intensidad Baja 0 – 22.

Confiabilidad del instrumento, originalmente Maslach y Jackson diseñaron los elementos del Burnout para medir hipotéticos aspectos del Síndrome; la entrevista y los datos de cuestionarios fueron la base en los primeros estudios exploratorios de las actitudes y los sentimientos que caracterizan a los profesionales *quemados* (MBI 1997).

Los elementos del MBI están redactados en una forma directa para expresar sentimientos o actitudes personales y su versión definitiva pasó por unas fases experimentales que duraron ocho años. En un principio se usaron 47 elementos que eran contestados sobre dos continuos de medida: la frecuencia y la intensidad de los sentimientos (escalas de tipo Likert, de 0-6 y 0-7 puntos, respectivamente).

En cuanto a la Fiabilidad del instrumento, los coeficientes de los estudios originales se obtuvieron en muestras no empleadas para la selección final de los elementos (para evitar una inflación espuria de los índices). Estimada la consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Crombach en una muestra 1,316 casos se obtuvieron los siguientes índices: 0,90 en CE, 0,79 en DP y 0,71 en RP, y sus correspondientes errores de medida (en puntuaciones directas) fueron de 3,80; 3,16 y 3,73, respectivamente.

En otros dos análisis originales emplearon el procedimiento de test-retest. En el primero en una muestra de 53 graduados universitarios en servicios sociales con un intervalo de dos a cuatro semanas entre ambas aplicaciones y los índices de fiabilidad fueron de 0,82 en CE, 0,60 en DP y 0,80 en RP. En el segundo, sobre una muestra de 248 profesores y un intervalo de un año entre el momento del test y el del retest, se hallaron unos índices de 0,60 en CE, 0,54 en DP y 0,57 en RP. Todos estos índices son de tipo moderado pero significativos al nivel de confianza (N.c.) del 1%.

En la primera muestra de los estudios españoles (N=156 médicos profesionales), se calcularon los índices de consistencia interna (relación entre cada elemento y su escala) y sus resultados están agrupados de acuerdo con la escala a la que pertenecen.

En primer lugar, se han calculado las correlaciones de cada elemento con las puntuaciones en las tres escalas, tanto en la muestra total (T) como en la de varones (V) y mujeres (M). Estos índices de relación están algo contaminados cuando se trata de relacionar un elemento con su propia escala, porque el mismo elemento participa en la escala, pero no existe correlación espuria cuando un elemento se correlaciona con las otras dos escalas.

Para eliminar ese efecto espurio, en la muestra total se obtuvieron los índices de homogeneidad corregida (IHc) poniendo en relación un elemento con su propia escala, pero en el cálculo de la puntuación en la escala no se ha dejado que participara el mismo elemento. Estos índices IHc ocupan la última columna del grupo de elementos que pertenecen a una escala; en las bases de estas columnas de valores IHc se presenta la media de dichos índices obtenida mediante los valores 'z' de Fisher.

Atendiendo primero a estos valores promedio de  $IH_c$ , parece que la escala más conexas es CE (0,58) y la que menos homogeneidad tiene es DP; estos índices están influidos por la longitud del instrumento empleado, la escala, que en el caso de CE tiene 9 elementos y sólo hay 5 en DP. Si uno observa los índices de homogeneidad de los elementos de este análisis, los dos menos homogéneos son el 15° y el 22°, de la escala DP.

Además, a nivel de este tipo de análisis, se repite una estructura interna vista en los análisis factoriales: la tendencia a relaciones positivas entre CE y DP (índices de homogeneidad positiva de pertenencia a la otra escala, de los elementos de DP con la escala CE), y a relaciones negativas de los elementos de RP con las otras dos escalas, a excepción del elemento 4° (de RP) que presenta una homogeneidad positiva con la escala CE (0,13).

En el presente estudio se realizó la revisión con el método de la consistencia interna Alfa de Crombach y se encontró en una muestra de 30 que arroja como resultado un índice de fiabilidad de 0,823 en el Inventario del Síndrome de Burnout; el cual de acuerdo con el perfil de fiabilidad nos indicaría que el estudio que se está realizando es de tipo Bueno, por tanto, podemos concluir que los resultados obtenidos significan que la investigación de correlación es válida y confiable.

Respecto a la validez, el MBI de acuerdo con la intención de las autoras Maslach y Jackson (1986) es evaluar el síndrome de burnout a partir de un constructo tridimensional, desde un enfoque de la validez convergente se puede aportar evidencia sobre el MBI con el análisis de los índices de relación de las variables del MBI con otras que apunten a constructos muy relacionados con el estrés laboral asistencial.

### **3.4 Descripción de procedimientos de análisis**

**Paso 1:** Para la presente investigación se usó la Técnica de Medición de Conceptos Básicos, el concepto de medición de Stevens (1951, 1970) referido por Alarcón (1991) “Asignar numerales a objetos o eventos de acuerdo a reglas” (p.279) por qué fácilmente a los numerales se puede asignar significado cuantitativo convirtiéndolos en números, estas reglas permiten corroborar lo que Magnuson (1969) referido por Alarcón (1991) mencionó “cuya validez puede probarse”.

Asimismo, se ha tomado el concepto de Levine y Freeman (1975) referido por Aliaga, J. & Giove A. (1993) respecto al objetivo de la medición: “Proporcionar una base objetiva, exacta y comunicable para describir, diferenciar y clasificar las características y conductas de las personas” (p.13).

Por otro lado, también la definición de Calle, O. & Aliaga, J. (1999) “La validez alude principalmente si el test en realidad mide lo que dice medir y su establecimiento es consecuencia de un proceso largo y no de un hecho aislado” (p.104-105).

**Paso 2:** En el presente estudio para la elaboración de los Baremos de ambos instrumentos se ha tomado la definición de Aliaga, J. & Giove, A. (1999) “Tabla que sistematiza las normas que trasmutan los puntajes directos en puntajes derivados susceptibles de interpretación estadística, permite comparar el puntaje directo obtenido por un individuo con la distribución de los puntajes obtenidos en el test por el grupo normativo” (p:15).

Luego se utilizó el programa de Microsoft Excel 2018 para crear una base de datos con los resultados obtenidos así mismo Análisis de Datos para la estadística descriptiva y el programa estadístico IBM SPSS Statistics 24 para el análisis estadístico, así como para medir la confiabilidad. También la tabla de equivalencia de puntajes de diversos estándares y perceptibles con algunos juicios de valor de uso psicométrico. Se ha considerado los criterios para la interpretación respecto al Inventario de la Escala de Clima Social en el Trabajo de Moos (WES) en sus normas interpretativas de su elaboración de baremos y de las puntuaciones directas de las subescalas en el caso de interpretación individual; por otro lado también se ha considerado el Baremo de las puntuaciones directas de las subescalas del inventario “Burnout” de Maslach (MBI) su tabla de baremos permite la conversión de los puntajes directos y su clasificación tripartita de la variabilidad que mide dicho inventario.

Al no encontrarse un baremo nacional en la que todos los puntajes directos se midan a través de escalas de 6 grados, se ha elaborado la tabla 6 que ayuda en las categorías de cada una de las dimensiones.

Teniendo en cuenta que el MBI consta de 22 ítems repartidos en las 3 dimensiones que son Cansancio Emocional con 9 ítems, Despersonalización con 5 ítems y Realización Personal con 8 ítems, al no ser homogéneas por tanto son medidas en escalas diferentes, por ello las puntuaciones mínimas y máximas es para cansancio emocional 0 a 54, despersonalización 0 a 30 y Realización Personal de 0 a 48. Para un mejor análisis de los resultados, se ha establecido categorías como se muestran en la tabla 4, mostrándolo de la siguiente manera:

Cansancio Emocional de 0-23 Bajo, 24-32 Moderado y de 33 - 54 Elevado.

Despersonalización 0 – 13 Bajo, 14-18 Moderado y 19 – 30 Elevado.

Realización Personal 0-20 Bajo, 21 – 28 Moderado y 29 al 48 Elevado.

Tabla 6  
*Baremo de puntaje directos para Categoría de Burnout*

Categorías	Escalas de 6 grados	Cansancio Emocional	Despersonalización	Realización Personal
Elevado	6	51 – 54	30	45 – 48
	5	42 – 50	24 – 29	37 – 44
	4	33 – 41	19 – 23	29 – 36
Moderado	3	24 – 32	14 – 18	21 – 28
Bajo	2	15 – 23	9 – 13	13 – 20
	1	6 – 14	4 – 8	5 – 12
	0	0 – 5	0 – 3	0 - 4

Elaboración: Fuente Dr. Luis Vicuña Peri

**Paso 3:** Se utilizó Estadística Descriptiva: Frecuencias, porcentajes, media aritmética, Medida de Dispersión (desviación estándar, varianza) y tablas.

**Paso 4:** Siguiendo con la Estadística Inferencial: Se utilizó la prueba de contraste de normalidad Kolmogorov-Smirnov determinando el coeficiente de correlación de Spearman y la prueba de independencia de Ji cuadrado que está muy relacionada con muestras aleatorias extraídas de una población normal para determinar si un experimento se ajusta a los resultados teóricos usándose para contrastes no paramétricos, se definen categorías mutuamente excluyentes, registran y analizan las frecuencias observadas de cada suceso elemental que pueda incluir en estas categorías; luego se comparan estas frecuencias observadas con las frecuencias que se esperarían para determinar si son en realidad verdaderas las condiciones hipotéticas. Cuando la diferencia entre las frecuencias observadas y las esperadas son grandes rechazamos la hipótesis nula.

**Paso 5:** Análisis de Consistencia interna con Coeficiente Alfa de Crombach, esta medida asume que los ítems miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados, esto quiere decir que cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1, mayor es la consistencia interna de los ítems analizados. La fiabilidad de la escala debe obtenerse siempre con los datos de cada muestra para garantizar la medida fiable del constructo en la muestra concreta de investigación la cual puede indicarse de la siguiente manera: Coeficiente alfa  $>.9$  es excelente; Coeficiente alfa  $>.8$  es bueno; Coeficiente alfa  $>.7$  es aceptable; Coeficiente alfa  $>.6$  es cuestionable; Coeficiente alfa  $>.5$  es pobre y Coeficiente alfa  $<.5$  es inaceptable.

**Paso 6:** Los datos fueron analizados empleando el paquete estadístico SPSS versión 2.5 para Windows.

**Paso 7:** Establecer la relación entre la variable independiente y dependiente, según Alarcón J. (1991) se debe identificar probables relaciones entre variables medidas indagando supuestas relaciones contingentes entre ellas (p.10).



## CAPITULO IV

### RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS

#### 4.1 Análisis de resultados descriptivos

##### 4.1.1 Análisis de resultados de las medidas de tendencia central, variación y distribución de la muestra

A continuación, se muestran los resultados de los instrumentos aplicados para esta investigación, el de Escala de Clima Social en el Trabajo de Moos (WES) y el Inventario del Síndrome de Burnout de Maslach (IBM) mediante la técnica de encuesta. Esta se realizó en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” a 158 Trabajadores Asistenciales de 8 unidades orgánicas, los cuales respondieron sin dificultad alguna.

##### a) Resultados respecto al área donde ejercen sus funciones asistenciales

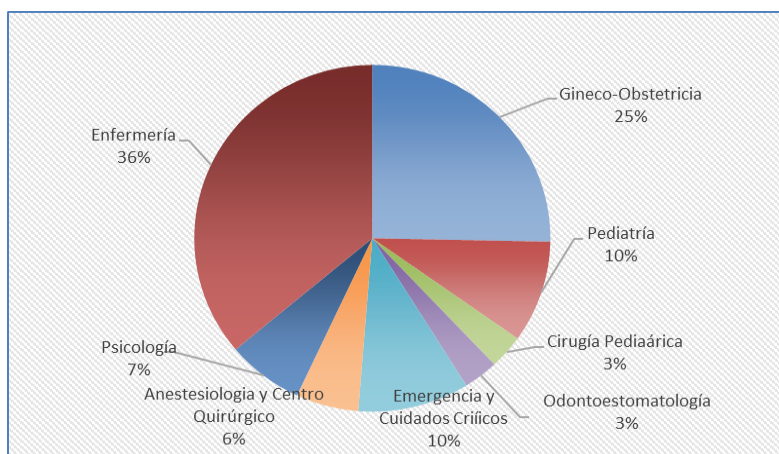


Figura 11: Descripción de la muestra según sus unidades orgánicas

Por las características propias de los procesos del hospital de acuerdo con el área donde realizan sus labores, la muestra estuvo conformada por un conjunto de Servidores Asistenciales de los cuales un alto porcentaje de encuestados pertenece al personal de Enfermería con 36%, seguidos de Gineco-obstetricia 25%, Pediatría, Emergencia y Cuidados Críticos 10%, Psicología 7%, Anestesiología y Centro quirúrgico 6%, por último, Cirugía Pediátrica y Odontología con 3% respectivamente.

## b) Resultados respecto a la Edad y Género de los Trabajadores Asistenciales

### Edad:

Tabla 7

*Medidas de tendencia central y variación de la edad de la muestra (n=158)*

Edad Mínima	Edad Máxima	Media	Mediana	Moda	Desviación estándar
21	62	36	36	36	9.49

Elaboración: Fuente propia

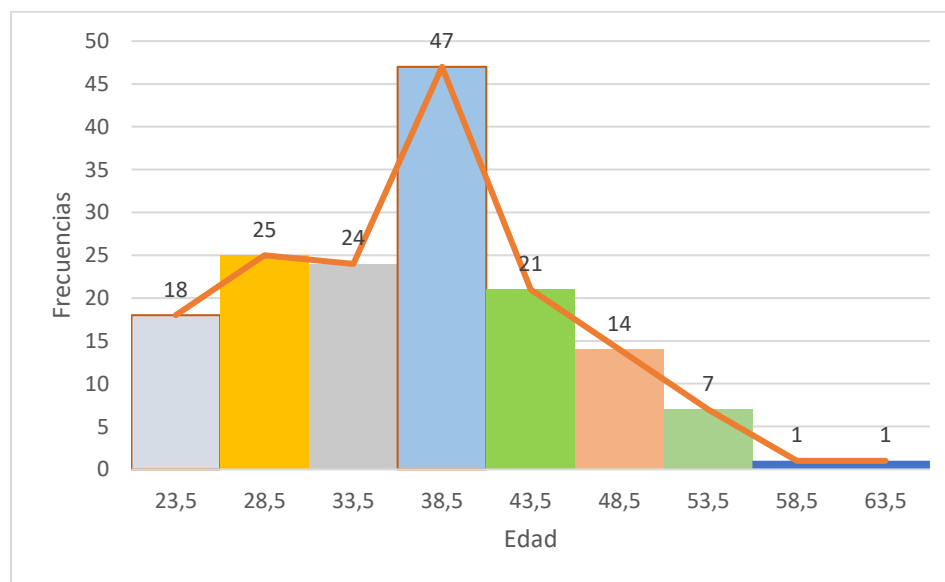


Figura 12: Histograma y polígono de frecuencias según edad de la muestra

En la tabla 7 se presentan los resultados de las medidas de tendencia central y de variación de la variable edad de los trabajadores asistenciales; la edad media representados en la muestra es de 36 años, con una variabilidad en la edad que oscila entre 21 a 62 años. Asimismo, se observa que tanto la mediana y la moda es de 36, estos resultados nos indican que la distribución de la muestra es simétrica.

Al mismo tiempo el histograma y polígono de frecuencia representado en la figura 12, nos da a conocer que el grupo de edad más numeroso de la muestra tiene marca de clase 38.5, quiere decir que en su mayoría los trabajadores asistenciales que participaron en esta investigación tienen un rango de edad de 36 a 41 años equivalente al 47% de la muestra.

**Genero:**

Tabla 8

*Frecuencia y porcentajes de la muestra según genero (n=158)*

Genero	Frecuencia	Porcentaje
Varones	62	39%
Mujeres	96	61%
Totales	158	100%

Elaboración: Fuente propia

En la tabla 8 se observa que el mayor porcentaje de la muestra está representado por mujeres con un 61%, seguido de varones con un 39%; al tener un porcentaje alto de feminización apoya la investigación de Santana (2000) referido por Martínez, K. (2015) sobre la relación de los estudios socioculturales de género, donde señala que la población femenina y masculina tienen las mismas oportunidades de trabajo, sin embargo, siempre va a predominar uno u otro género.

**c) Resultados respecto al Estado Civil de los Servidores de Salud Asistenciales**

Tabla 9

*Clasificación de los Servidores de Salud Asistenciales según Estado Civil y Género*

Estado Civil	Mujeres		Hombres		Totales	
	Cantidad	Porcentajes	Cantidad	Porcentajes	Cantidad	Porcentajes
Soltero	56	58%	31	50%	87	55%
Casado	38	40%	29	47%	67	42%
Viudo	1	1%	0	0%	1	1%
Divorciado	1	1%	2	3%	3	2%
Totales	96	100%	62	100%	158	100%

Elaboración: Fuente propia

En la tabla 9 se presentan los resultados que corresponde al estado civil de los trabajadores asistenciales que participaron en esta investigación, en mayor porcentaje son mujeres solteras con un equivalente al 55% de la muestra, seguido de varones casados 42%, varones divorciados 2% y viuda 1%.

**d) Resultados de trabajadores asistenciales que tienen hijos y viven con ellos según su estado civil**

**Tienen hijos: si/no**

Tabla 10

*Trabajadores Asistenciales que tienen hijos según Estado Civil*

Estado Civil	Tienen Hijos		Totales
	No	Si	
Soltero	75 (47.47%)	12 (7.59%)	87 (55.06%)
Casado	9 (5.70%)	58 (36.71%)	67 (42.41%)
Viudo	0 (0.00%)	1 (0.63%)	1 (0.63%)
Divorciado	0 (0.00%)	3 (1.90%)	3 (1.90%)
Totales	84 (53.17%)	74 (46.83%)	158 (100%)

Elaboración: Fuente propia

En la tabla 10 se presentan los resultados de la muestra de trabajadores asistenciales que tienen hijos según su estado civil, en mayor porcentaje se encuentra los casados con 36.71%, seguido de los solteros 7.59%, divorciados 1.90% y viudo 0.63%.

**Cantidad de hijos que viven con el trabajador:**

Tabla 11

*Cantidad de hijos que viven con el Trabajador Asistencial según Estado Civil*

Estado Civil	Cantidad de hijos				Totales	%
	Uno	Dos	Tres	Cuatro		
Soltero	8	4	0	0	12	16%
Casado	21	29	6	2	58	78%
Viudo	0	1	0	0	1	1%
Divorciado	0	2	1	0	3	4%
Totales	29	36	7	2	74	100%

Elaboración: Fuente propia

En la tabla 11 se presentan los resultados de la muestra de trabajadores asistenciales que viven con sus hijos, el mayor porcentaje se encuentran los casados con 78% que viven con 2 hijos, seguido de los solteros 16% que viven con 1 hijo, divorciados 4% que viven con 2 hijos y viudo 1% que vive con 2 hijos.

**e) Resultados respecto al periodo de duración de convivencia con su actual pareja de los Trabajadores Asistenciales**

Tabla 12

*Medidas de tendencia central y variación de los años de convivencia del Trabajador*

Estadístico	Resultados
Media	13.6
Mediana	14
Moda	10
Desviación estándar	8.29

Elaboración: Fuente propia

Tabla 13

*Periodo de años de convivencia de los Trabajadores Asistenciales*

Periodo de años	Frecuencia	Porcentaje
1 - 6	14	21%
7 - 13	16	24%
14 - 18	21	32%
19 - 24	10	15%
25 - 30	4	6%
31 - 36	0	0%
37 - 43	1	2%

Elaboración: Fuente propia

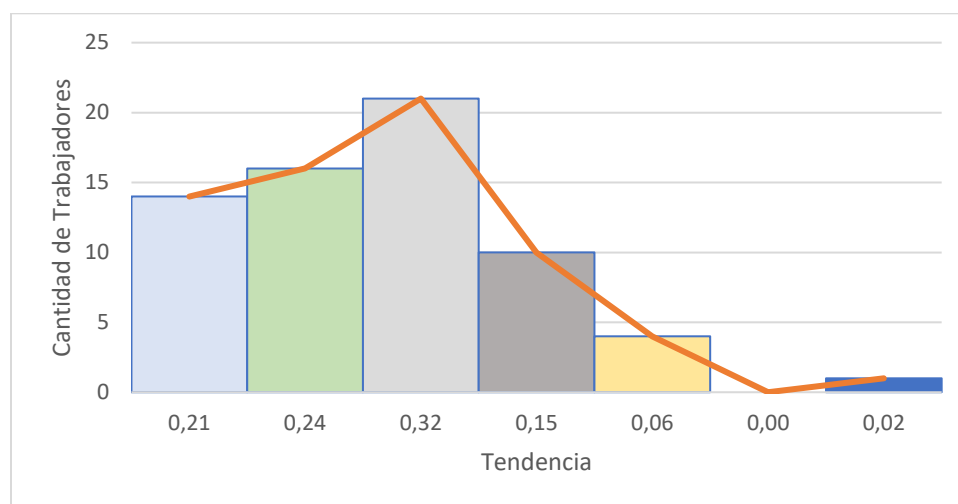


Figura 13: Histograma y polígono de frecuencias según tendencia de duración de convivencia

En la tabla 12 se presentan los resultados de las medidas de tendencia central y de variación de la variable años de convivencia de los trabajadores asistenciales; se observa que la media representados en la muestra es de 13,6 años de convivencia. Asimismo, se observa que tanto la mediana y la moda es de 14 y 10 años respectivamente.

En la tabla 13 se observa que el mayor periodo de años de convivencia oscila entre 14 a 18 años, seguido de 7 a 13 años, mientras que el periodo crítico figura entre 37 a 43 años.

Al mismo tiempo el histograma y polígono de frecuencia representado en la figura 13, nos da a conocer que el mayor periodo de años de convivencia de la muestra tiene marca de clase 0,32, quiere decir que en su mayoría los trabajadores asistenciales conviven con sus parejas entre un periodo de 14 a 18 años.

## 4.1.2 Resultados de Estadística Descriptiva de Clima Social en el Trabajo

### a) Total de las medidas de tendencia central y variación de los factores del Clima Social en el Trabajo

Tabla 14

Total de las medidas de tendencia central y variación de los factores del Clima Social en el Trabajo (n=158)

Factores	Medidas	$\bar{x}$	Me	Mo	S
Implicación		6	6	5	2.43
Cohesión		4	4	4	2.15
Apoyo		4	4	7	2.53
Autonomía		5	5	5	2.45
Organización		6	6	7	2.23
Presión		4	4	3	2.06
Claridad		5	5	7	2.20
Control		6	6	8	2.12
Innovación		4	3.5	3	2.33
Comodidad		4	4	5	2.17
Total		5	5	5	2.27

Elaboración: Fuente propia

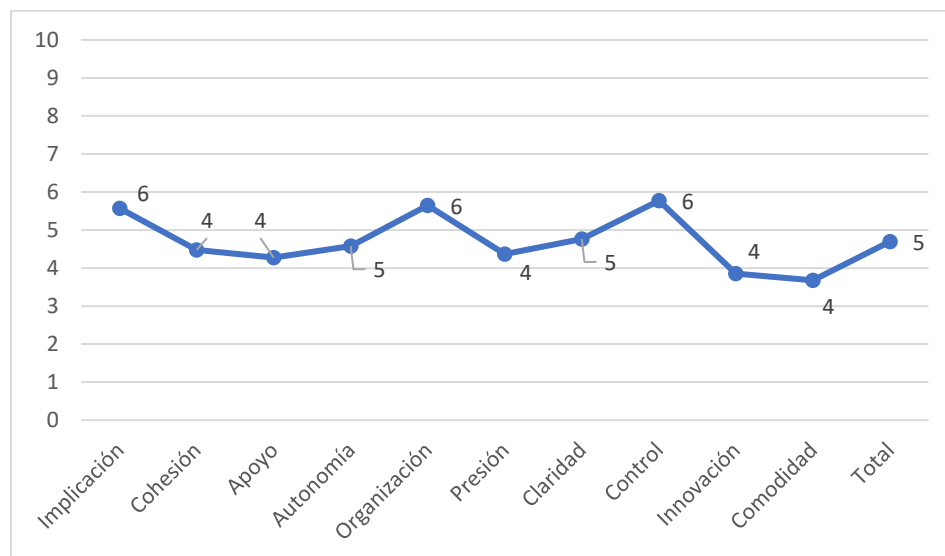


Figura 14: Total de la media aritmética de los factores del Clima Social en el Trabajo

En la tabla 14 se presentan los resultados del total de las medidas de tendencia central y variación de los factores del Clima Social en el Trabajo de la muestra que participó en esta investigación; el valor promedio de la media es de 5 al igual que la mediana y la moda; asimismo en la figura 14 los resultados indican que, al coincidir en valor y posición en varios índices de todos los factores, manifiesta que existe un comportamiento normal y que la distribución de la muestra es simétrica

### b) Resultados del Clima Social en el Trabajo según Categorías por dimensiones

Teniendo en cuenta los datos obtenidos de la aplicación de la escala de Clima Social en el Trabajo de Moos (WES) se obtuvo los siguientes resultados:

#### Dimensión Relaciones Interpersonales:

Tabla 15

*Resultados de Dimensión Relaciones Interpersonales según Categorías*

Categorías	Dimensión Relaciones Interpersonales	
	Frecuencias	Porcentajes
Alto/Adecuado	48	30%
Moderado	71	45%
Bajo	39	25%
n	158	100

Elaboración: Fuente propia

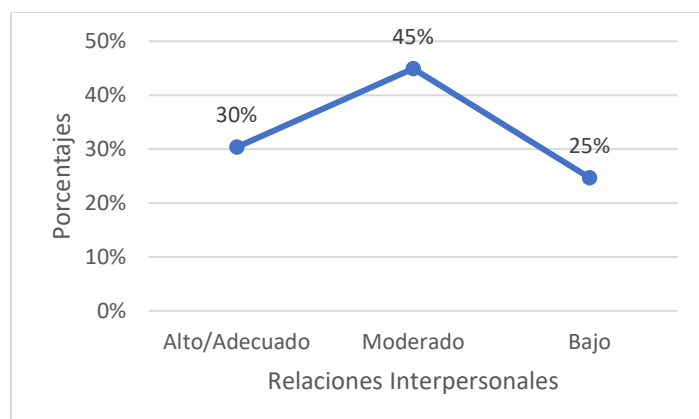


Figura 15: Dimensión Relaciones Interpersonales según categoría



En la tabla 15 y figura 15 se observa que hay un 45% de trabajadores asistenciales que muestran un nivel moderado en la Dimensión Relaciones Interpersonales, seguido de un nivel alto 30% y solo un 25% presentan un nivel bajo. Estos resultados revelan que la mayoría de los trabajadores perciben un nivel moderado de identificación laboral, de compañerismo entre ellos y apoyo de sus jefaturas para realizar sus actividades; aunque este resultado es razonable, lo que se espera es conseguir un nivel alto u óptimo para esta dimensión.

Al ser estos trabajadores el núcleo operativo de la organización hospitalaria, perciben con mayor facilidad como está el clima social en el trabajo, lo cual confirma la teoría de Mintzberg, H. (1989) quien denomina a la organización hospitalaria como organización Burocrática Profesional por su característica de la estandarización de destrezas y especialización acorde a la complejidad hospitalaria (p.159).

Teniendo presente los resultados obtenidos de la muestra se puede concluir que, al encontrar un nivel moderado en esta dimensión, se observa que en los servicios asistenciales los trabajadores tienen un compromiso constante, preocupación y entrega a sus actividades; limitándose no solo al cumplimiento de sus labores sino también a realizar actividades de gestión; y que reciben apoyo directo de sus jefes. Por lo cual es importante que las jefaturas les brinden un mayor apoyo para lograr alcanzar un nivel alto en la dimensión Relaciones Interpersonales.

### **Dimensión de autorrealización:**

Tabla 16  
*Resultados de Dimensión Autorrealización según Categorías*

Categorías	Dimensión Autorrealización	
	Frecuencias	Porcentajes
Alto/Adecuado	29	18%
Moderado	111	70%
Bajo	18	11%
N	158	100

Elaboración: Fuente propia

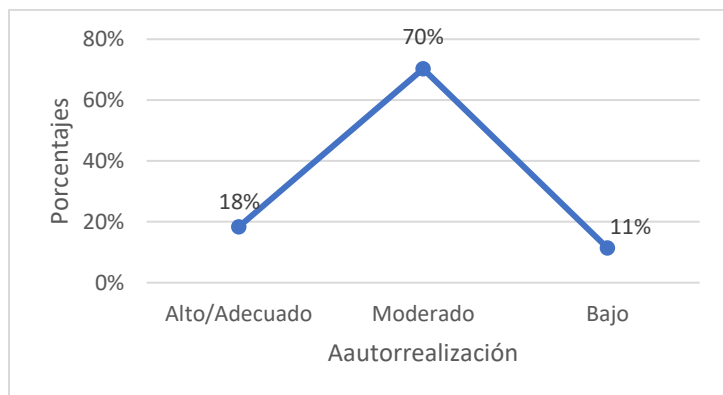


Figura 16: Dimensión Autorrealización según categorías

En la tabla 16 y figura 16 se observa que hay un 70% de trabajadores asistenciales que muestran un nivel moderado en la Dimensión Autorrealización, seguido de un nivel alto 18% y solo un 11% presentan un nivel bajo. Estos resultados revelan que la mayoría de los trabajadores perciben un nivel moderado en autogestión, planificación, eficiencia y culminación de sus actividades, así como en el manejo de situaciones adversas; aunque este resultado es razonable, lo que se espera es conseguir un nivel alto u óptimo para esta dimensión.

Al ser estos trabajadores el núcleo operativo de la organización hospitalaria, perciben con mayor facilidad como está el clima social en el trabajo, lo cual confirma la teoría de Mintzberg, H. (1989) quien menciona que este tipo de organización es fuertemente descentralizada, porque el poder de decisión está concentrado en mayor parte en el núcleo operativo y por ello es necesario que tengan autonomía en su trabajo ...por lo que se denomina “poder del experto ya que los operadores mismos son los expertos y esto le confiere considerable poder” a lo que se denomina en teoría “cuanto más profesional es una organización, más descentralizada es su estructura en ambas dimensiones, vertical en el sentido de su coordinación y horizontal en el sentido de su especialización” (p.161).

Teniendo presente los resultados obtenidos de la muestra se puede concluir que, al encontrar un nivel moderado en esta dimensión, se observa que en los servicios asistenciales los trabajadores toman iniciativas propias y decisiones de forma independiente para planificar, organizar y alcanzar los objetivos trazados acorde a la misión y visión institucional, por otro lado ellos manifiestan capacidad de afronte ante situaciones de urgencias logrando que la calidad de atención a los

pacientes se mantenga, por lo cual es importante que la gestión Hospitalaria les brinde un mayor apoyo para así alcanzar un nivel alto en la dimensión autorrealización.

### Dimensión Estabilidad/Cambio:

Tabla 17  
*Resultados de Dimensión Estabilidad/Cambio según Categorías*

Categorías	Dimensión Estabilidad/Cambio	
	Frecuencias	Porcentajes
Alto/Adecuado	20	13%
Moderado	106	67%
Bajo	32	20%
n	158	100

Elaboración: Fuente propia

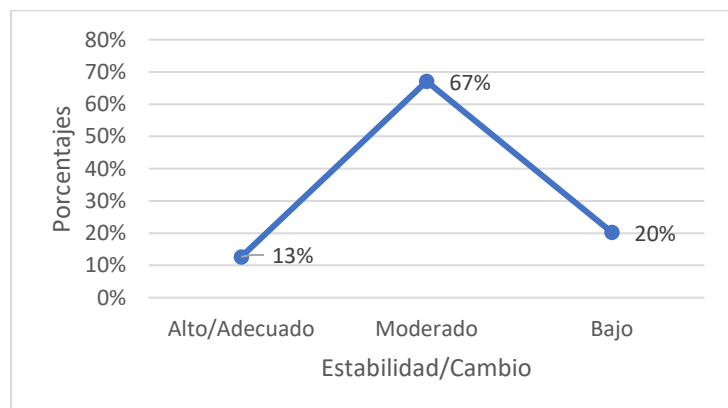


Figura 17: Dimensión Estabilidad/Cambio según categorías

En la tabla 17 y figura 17 se observa que hay un 67% de trabajadores asistenciales que muestran un nivel moderado en la Dimensión Estabilidad/cambio, seguido de un nivel bajo 20% y solo un 13% presentan un nivel alto. Estos resultados revelan que la mayoría de los trabajadores perciben un nivel moderado en cuanto a conocer las expectativas del trabajo, la manera en que los jefes utilizan las reglas para controlarlos; la importancia que le dan a los nuevos enfoques y de cómo un ambiente ordenado y confortable contribuye al trabajo agradable; aunque este resultado es razonable, lo que se espera es conseguir un nivel alto u óptimo para esta dimensión.

Al ser estos trabajadores el núcleo operativo de la organización hospitalaria, perciben con mayor facilidad como está el clima social en el trabajo, lo cual confirma lo dicho por Valdez, H. (2000) quien menciona que en las jefaturas el que desempeña ese cargo debe actuar como un coordinador ya que es la característica principal del modelo burocrático profesional, porque al aumentar la cantidad de jefes hace lento el sistema y dificulta el control interno por los propios profesionales. Por otro lado, Gervase R. & Bushe (1993) menciona respecto al factor innovación, que el núcleo operativo es de relativa independencia que, al pertenecer a un grupo formado por colegas especialistas, es más probable que se difundan entre ellos las innovaciones de su especialidad ya que dependen hasta cierto grado de la estandarización de las aptitudes” (p.3,8).

Teniendo presente los resultados obtenidos de la muestra se puede concluir que, al encontrar un nivel moderado en esta dimensión, se observa que en los servicios asistenciales los trabajadores conocen a un grado razonable las expectativas de las tareas diarias, las reglas y planes de trabajo y el cronograma de actividades; así de como las jefaturas usan las normas y reglamentos para el control de los mismos; además conocen la importancia de la variedad, el cambio y los nuevos enfoques que debe prevalecer en su ambiente laboral; y también que sus instalaciones sean las adecuadas para que puedan realizar sus tareas de manera agradable. Aunque este resultado es razonable, lo que se espera es conseguir un nivel alto u óptimo para esta dimensión.

## b) Resultados del Clima Social en el Trabajo según Unidades Orgánicas

### Dimensión Relaciones Interpersonales:

Tabla 18

*Dimensión Relaciones Interpersonales según unidades orgánicas*

Unidades Orgánicas	Alto		Moderado		Bajo		Total	
Gineco-Obstetricia	6	4%	22	14%	12	8%	40	25%
Pediatría	3	2%	8	5%	4	3%	15	9%
Cirugía Pediátrica	0	0%	3	2%	2	1%	5	3%
Odontostomatología	0	0%	3	2%	2	1%	5	3%
Emergencia y Cuidados Críticos	11	7%	2	1%	3	2%	16	10%
Anestesiología y Centro Quirúrgico	4	3%	1	1%	4	3%	9	6%
Psicología	6	4%	4	3%	1	1%	11	7%
Enfermería	18	11%	28	18%	11	7%	57	36%
Totales	48	30%	71	45%	39	25%	158	100%

Elaboración: Fuente propia

En la tabla N° 18 se presentan el total de los resultados de la Dimensión Relaciones Interpersonales por unidades orgánicas de la muestra que participó en esta investigación, el porcentaje más alto es de 45% el cual se ubica en la categoría Moderado, siendo los grupos más numerosos perteneciente al personal de enfermería y ginecoobstetricia; estos resultados revelan que la mayoría de los trabajadores perciben a un grado razonable el respeto y empatía entre ellos (Cohesión), que se preocupan por sus actividades (Implicación) y que reciben cooperación por parte de sus jefes (Apoyo). Aunque este resultado es razonable, lo que se espera es conseguir un nivel alto u óptimo para esta dimensión.

Por otro lado, se observa un 25% de la muestra que corresponde a la categoría Bajo, estas áreas mencionadas arriba perciben al mismo tiempo dificultad en el factor Cohesión, captan que los trabajadores asistenciales no se muestran amables ni se ayudan entre sí teniendo un déficit en Implicación por sus actividades y que existe un bajo apoyo por parte de sus jefaturas.

### **Dimensión de autorrealización:**

Tabla 19

*Dimensión Autorrealización según unidades orgánicas*

Unidades Orgánicas	Alto		Moderado		Bajo		Total	
Gineco-Obstetricia	4	3%	33	21%	3	2%	40	25%
Pediatría	2	1%	12	8%	1	1%	15	9%
Cirugía Pediátrica	0	0%	5	3%	0	0%	5	3%
Odontología	0	0%	3	2%	2	1%	5	3%
Emergencia y Cuidados Críticos	3	2%	10	6%	3	2%	16	10%
Anestesiología y Centro Quirúrgico	3	2%	3	2%	3	2%	9	6%
Psicología	3	2%	8	5%	0	0%	11	7%
Enfermería	14	9%	37	23%	6	4%	57	36%
Totales	29	18%	111	70%	18	11%	158	100%

Elaboración: Fuente propia

En la tabla N° 19 se presentan el total de los resultados de la Dimensión Autorrealización por unidades orgánicas de la muestra que participó en esta investigación, el porcentaje más alto es de 70% el cual se ubica en la categoría Moderado, siendo los grupos más numerosos perteneciente al personal de Enfermería y Ginecoobstetricia; estos resultados revelan que la mayoría de los

trabajadores perciben a un grado razonable la autogestión (Autonomía), planificación, eficiencia y culminación de sus actividades (Organización), así como en el manejo de situaciones adversas (Presión). Aunque este resultado es razonable, lo que se espera es conseguir un nivel alto u óptimo para esta dimensión.

Por otro lado, se observa un 11% de la muestra que corresponde a la categoría Bajo, estas áreas mencionadas arriba perciben al mismo tiempo dificultad en el factor Autonomía, captan que los trabajadores asistenciales no son estimulados a tomar sus propias decisiones, manifiestan un déficit en la planificación y que la presión en el trabajo domina el ambiente laboral.

### **Dimensión Estabilidad/Cambio:**

Tabla 20

*Dimensión Estabilidad/Cambio según unidades orgánicas*

Unidades Orgánicas	Alto		Moderado		Bajo		Total	
Gineco-Obstetricia	3	2%	27	17%	10	6%	40	25%
Pediatría	0	%	11	7%	4	3%	15	9%
Cirugía Pediátrica	0	0%	5	3%	0	0%	5	3%
Odontología	0	0%	3	2%	2	1%	5	3%
Emergencia y Cuidados Críticos	4	3%	8	5%	4	3%	16	10%
Anestesiología y Centro Quirúrgico	2	1%	3	2%	4	3%	9	6%
Psicología	1	1%	10	6%	0	0%	11	7%
Enfermería	10	6%	39	25%	8	5%	57	36%
Totales	20	13%	106	67%	32	20%	158	100%

Elaboración: Fuente propia

En la tabla N° 20 se presentan el total de los resultados de la Dimensión Estabilidad/Cambio por unidades orgánicas de la muestra que participó en esta investigación, el porcentaje más alto es de 67% el cual se ubica en la categoría Moderado, siendo los grupos más numerosos perteneciente al personal de Enfermería y Ginecoobstetricia; estos resultados revelan que la mayoría de los trabajadores perciben a un grado razonable conocer las expectativas y planes de trabajo (Claridad), la manera en que los jefes utilizan las reglas para controlarlos (Control), así como la importancia

que le dan a los nuevos enfoques (Innovación) y de cómo un ambiente ordenado y confortable contribuye al trabajo agradable (Comodidad). Aunque este resultado es razonable, lo que se espera es conseguir un nivel alto u óptimo para esta dimensión.

Por otro lado, se observa un 20% de la muestra que corresponde a la categoría Bajo, estas áreas mencionadas arriba perciben al mismo tiempo dificultad en el factor Claridad, es decir que los trabajadores asistenciales no se les ha explicado las expectativas de trabajo; captan que la presión en el trabajo domina el ambiente laboral; manifiestan un déficit en la innovación, que no se da importancia a las nuevas propuestas y por último que el entorno físico no contribuye a crear un ambiente de trabajo agradable.

## 4.2.2 Resultados de Estadística Descriptiva de Síndrome de Burnout

### a) Medidas de tendencia central y variación de Síndrome de Burnout

Tabla 21

Total de medidas de tendencia central y variación de Síndrome de Burnout (n=158)

Medidas	Cansancio Emocional	Despersonalización	Realización Personal
$\bar{x}$	14	5	39
Me	12	5	42
S	9.77	4.87	9.77

Elaboración: Fuente propia

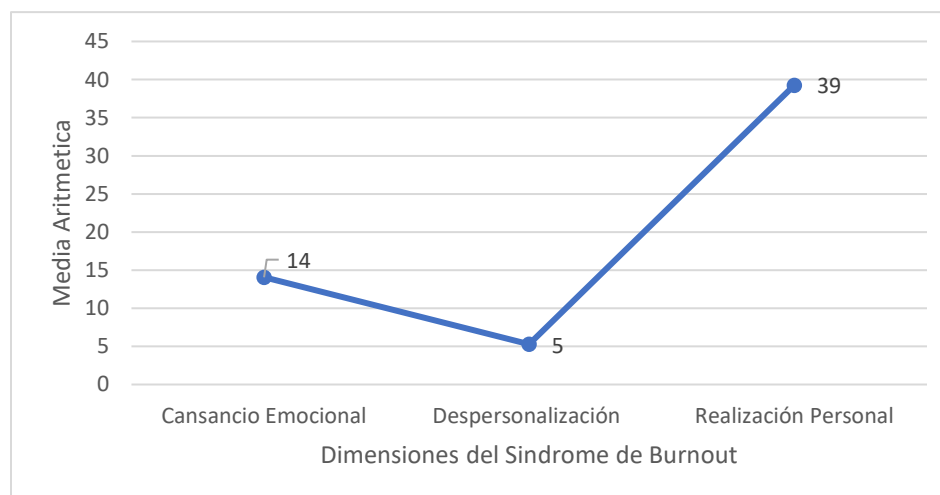


Figura 18: Media aritmética de las 3 dimensiones de Síndrome de Burnout

En la tabla 21 se presentan los resultados del total de las medidas de tendencia central y variación de las tres dimensiones del síndrome de burnout de la muestra que participó en esta investigación siendo la primera dimensión Cansancio Emocional y su valor de la media y mediana es de 14 y 12 respectivamente; la segunda dimensión Despersonalización su valor de la media y mediana es 5 respectivamente y la tercera dimensión Realización Personal su valor de la media y mediana es 39 y 42 respectivamente.

En la figura 18 se muestran los resultados de la media aritmética de las 3 dimensiones del síndrome de burnout la cual está interpretada de acuerdo al baremo de puntaje directo (tabla 6), los resultados obtenidos de acuerdo a la interpretación se sitúan en un nivel bajo la dimensión Cansancio Emocional y Despersonalización con un puntaje de 14 y 5 respectivamente y Realización Personal con un puntaje de 39 ubicándose en un nivel alto; estos resultados indican que los trabajadores asistenciales no manifiestan el síndrome de burnout; esto será verificado con el análisis correlacional.

### c) Resultados de Síndrome de Burnout según Categorías

Teniendo en cuenta los datos obtenidos de la aplicación del inventario Burnout de Maslach (MBI) se obtuvo los siguientes resultados:

#### **Dimensión Cansancio Emocional:**

Tabla 22

*Dimensión Cansancio Emocional de Síndrome Burnout según categorías*

Categoría	Frecuencia	Porcentajes
Alto	9	6%
Medio/Moderado	18	11%
Bajo	131	83%
Totales	158	100%

Elaboración: Fuente propia



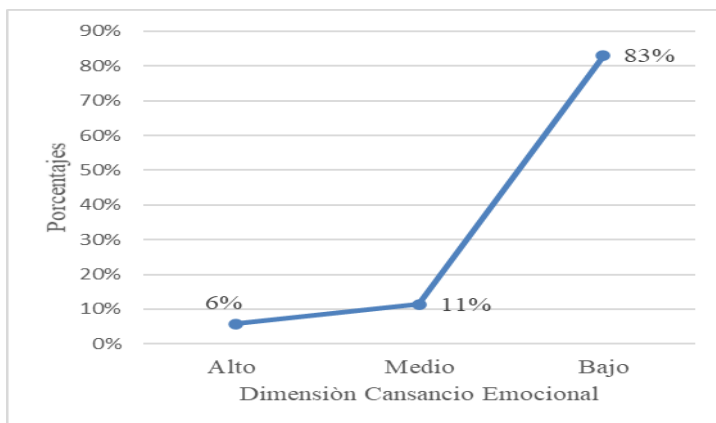


Figura 19: Porcentajes de Dimensión Cansancio Emocional según categoría

En la tabla 22 y figura 19 se observa que hay un 83% de trabajadores asistenciales que muestran un nivel bajo en la Dimensión Cansancio Emocional, seguido de un nivel moderado 11% y solo un 6% presentan un nivel alto. Estos resultados revelan que la mayoría de los trabajadores asistenciales no manifiestan encontrarse exhaustos por su trabajo. Aunque este resultado es adecuado, lo que se espera es conseguir que el total de los trabajadores manifieste un nivel bajo en la dimensión Cansancio Emocional.

Estos resultados concuerdan con Vicuña, L. (2003) “la persona siente que ya no puede dar de sí mismo a los demás” (p.27) el cual ratifica lo de Pérez, M. (2000) referido por Gonzales, A. (2016) quien menciona que el desgaste que presenta el trabajador al momento de cumplir con sus funciones puede manifestarse de manera física y psicológica que lo llevaría a pensar que no va a poder ofrecer nada profesionalmente (p.17).

Teniendo presente los resultados obtenidos de la muestra se puede concluir que, al encontrar un nivel bajo en esta dimensión, se observa que en los servicios asistenciales la mayoría de los trabajadores no se sienten emocionalmente exhaustos por su labor diaria, por lo cual es importante que se establezca una política de prevención de agotamiento emocional que permita que el total de los mismos (100%) alcance un nivel bajo en esta dimensión.

## Dimensión Despersonalización:

Tabla 23

*Dimensión Despersonalización de Síndrome Burnout según categorías*

Categoría	Frecuencia	Porcentajes
Alto	2	1%
Medio/Moderado	6	4%
Bajo	150	95%
Totales	158	100%

Elaboración: Fuente propia

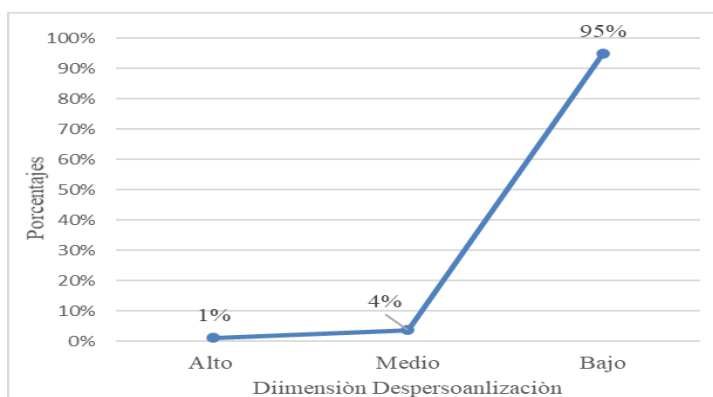


Figura 20: Porcentajes de Dimensión Despersonalización según categoría

En la tabla 23 y figura 20 se observa que hay un 95% de trabajadores asistenciales que muestran un nivel bajo en la Dimensión Despersonalización, seguido de un nivel moderado 4% y solo un 1% presentan un nivel alto. Estos resultados revelan que la mayoría de los trabajadores asistenciales no manifiestan respuestas de insensibilidad y fría hacia los pacientes ni a sus compañeros de trabajo. Aunque este resultado es adecuado, lo que se espera es conseguir que el total de los trabajadores manifieste un nivel bajo en la dimensión Despersonalización.

Estos resultados concuerdan con Pérez, M. (2000) mencionado por Gonzales, A. (2016) quien menciona que el trabajador cuando se ve afectado ya no realiza de la misma forma sus funciones, la manera de tratar a los usuarios empeora drásticamente, aumenta su irritabilidad y se muestra distante con los usuarios del servicio e incluso con los mismos compañeros de trabajo (p18).

Teniendo presente los resultados obtenidos de la muestra se puede concluir que, al encontrar un nivel bajo en esta dimensión, se observa que en los servicios asistenciales la mayoría de los trabajadores no manifiestan actitudes negativas ni de distanciamiento hacia los pacientes y compañeros en su labor diaria, por lo cual es importante que se refuerce el programa preventivo existente con técnicas innovadoras para disminuir los factores de riesgo de burnout que permita que el total de los mismos (100%) manifieste un nivel bajo en esta dimensión.

### Dimensión Realización Personal:

Tabla 24

*Dimensión Realización Personal de Síndrome Burnout según categorías*

Categoría	Frecuencia	Porcentajes
Alto	140	89%
Medio/Moderado	7	4%
Bajo	11	7%
Totales	158	100%

Elaboración: Fuente propia

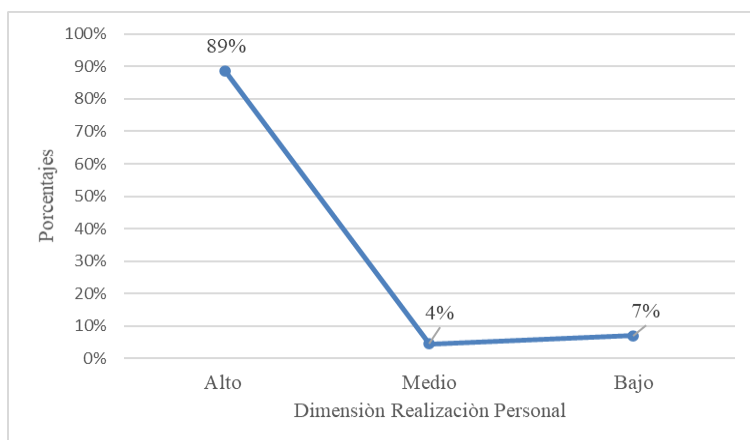


Figura 21: Porcentajes de la Dimensión Realización Personal según categorías

En la tabla 24 y figura 21 se observa que hay un 89% de trabajadores asistenciales que muestran un nivel alto en la Dimensión Realización Personal, seguido de un nivel bajo 7% y solo un 4% presentan un nivel medio. Estos resultados revelan que la mayoría de los trabajadores asistenciales manifiestan sentimientos de competencia y éxito en el trabajo. Aunque este resultado es adecuado,

lo que se espera es conseguir que el total de los trabajadores (100%) manifieste un nivel alto en la dimensión Realización Personal.

Estos resultados concuerdan con Pérez, M. (2000) referido por Gonzales, A. (2016) quien menciona que la baja Realización Personal es un sentimiento de inadecuación y disminución en la realización personal del trabajador, el cual siente que no tiene nada que aportar en su trabajo, disminuye las ganas de seguir superándose y se adueña la baja autoestima (p18).

Teniendo presente los resultados obtenidos de la muestra se puede concluir que, al encontrar un nivel alto en esta dimensión, se observa que en los servicios asistenciales la mayoría de los trabajadores manifiestan compromiso laboral, sentimientos de autoeficacia y de competencia personal ya que entregan el máximo de su experiencia para brindar una atención de calidad a los pacientes y contribuyen a cumplir con la misión de la organización, por lo cual es importante que se refuerce el programa preventivo existente con técnicas innovadoras que permita que el total de los mismos (100%) manifieste un nivel alto en esta dimensión.

#### **d) Resultados del Síndrome de Burnout según Unidades Orgánicas**

##### **Dimensión Cansancio Emocional:**

Tabla 25

*Dimensión Cansancio Emocional por unidades orgánicas*

Unidades Orgánicas	Alto		Moderado		Bajo		Total	
Gineco-Obstetricia	7	4%	4	3%	29	18%	40	25%
Pediatría	2	1%	11	7%	2	1%	15	9%
Cirugía Pediátrica	0	0%	0	0%	5	3%	5	3%
Odontología	0	0%	0	0%	5	3%	5	3%
Emergencia y Cuidados Críticos	0	0%	3	2%	13	8%	16	10%
Anestesiología y Centro Quirúrgico	0	0%	1	1%	8	5%	9	6%
Psicología	0	0%	5	3%	6	4%	11	7%
Enfermería	0	0%	3	2%	54	34%	57	36%
Totales	9	6%	27	17%	122	77%	158	100%

Elaboración: Fuente propia

En la tabla N° 25 se presentan el total de los resultados de la Dimensión Cansancio Emocional por unidades orgánicas de la muestra que participó en esta investigación, el porcentaje más alto es de 77% el cual se ubica en la categoría Bajo, siendo los grupos más numerosos perteneciente al personal de enfermería y ginecoobstetricia, estos resultados revelan que la mayoría de los trabajadores no sienten agotamiento emocional Aunque este resultado es adecuado, lo que se espera es conseguir que el total de los trabajadores (100%) manifieste un nivel bajo en esta dimensión.

Por otro lado, se observa un 6% de la muestra que corresponde a la categoría Alto, estas áreas mencionadas arriba se sienten emocionalmente exhaustas por su labor diaria.

### **Dimensión Despersonalización:**

Tabla 26

Dimensión Despersonalización por unidades orgánicas

Unidades Orgánicas	Alto		Moderado		Bajo		Total	
Gineco-Obstetricia	2	1%	5	3%	33	21%	40	25%
Pediatría	0	0%	0	0%	15	9%	15	9%
Cirugía Pediátrica	0	0%	0	0%	5	3%	5	3%
Odontostomatología	0	0%	0	0%	5	3%	5	3%
Emergencia y Cuidados Críticos	0	0%	0	0%	16	10%	16	10%
Anestesiología y Centro Quirúrgico	0	0%	0	0%	9	6%	9	6%
Psicología	0	0%	0	0%	11	7%	11	7%
Enfermería	0	0%	1	1%	56	35%	57	36%
Totales	2	1%	6	4%	150	95%	158	100%

Elaboración: Fuente propia

En la tabla N° 26 se presentan el total de los resultados de la Dimensión Despersonalización por unidades orgánicas de la muestra que participó en esta investigación, el porcentaje más alto es de 95% el cual se ubica en la categoría Bajo, siendo los grupos más numerosos perteneciente al personal de enfermería y ginecoobstetricia, estos resultados revelan que la mayoría de los trabajadores no son insensibles ni fríos cuando tratan a sus pacientes y a sus compañeros de trabajo. Aunque este resultado es adecuado, lo que se espera es conseguir que el total de los trabajadores (100%) manifieste un nivel bajo en esta dimensión.

Por otro lado, se observa un 1% de la muestra que corresponde a la categoría Alto del área de ginecoobstetricia quienes manifiestan insensibilidad y actitud fría cuando tratan a sus pacientes y a sus compañeros de trabajo.

### **Dimensión Realización Personal:**

Tabla 27

*Dimensión Realización Personal por unidades orgánicas*

Unidades Orgánicas	Alto		Moderado		Bajo		Total	
Gineco-Obstetricia	32	20%	4	3%	4	3%	40	25%
Pediatría	13	8%	1	1%	1	1%	15	9%
Cirugía Pediátrica	4	3%	1	1%	0	0%	5	3%
Odontostomatología	5	3%	0	0%	0	0%	5	3%
Emergencia y Cuidados Críticos	16	10%	0	0%	0	0%	16	10%
Anestesiología y Centro Quirúrgico	8	5%	0	0%	1	1%	9	6%
Psicología	11	7%	0	0%	0	0%	11	7%
Enfermería	51	32%	1	1%	5	3%	57	36%
Totales	140	89%	7	4%	11	7%	158	100%

Elaboración: Fuente propia

En la tabla N° 27 se presentan el total de los resultados de la Dimensión Realización Personal por unidades orgánicas de la muestra que participó en esta investigación, el porcentaje más alto es de 89% el cual se ubica en la categoría Alto, siendo los grupos más numerosos perteneciente al personal de enfermería y ginecoobstetricia, estos resultados revelan que la mayoría de los trabajadores manifiestan sentimientos de competencia y éxito en el trabajo. Aunque este resultado es adecuado, lo que se espera es conseguir que el total de los trabajadores (100%) manifieste un nivel Alto en esta dimensión.

Por otro lado, se observa un 4% de la muestra que corresponde a la categoría Moderado, estas áreas mencionadas arriba manifiestan a un grado razonable sentimientos de competencia y éxito en el trabajo.

### e) Resultados de Síndrome de Burnout según Edades

Tabla 28

#### *Dimensión Cansancio Emocional por Edades*

Edad	Alto		Moderado		Bajo		Totales	
21 – 25	5	3%	2	1%	11	7%	18	11%
26 – 30	1	1%	0	0%	24	15%	25	16%
31 – 35	0	0%	5	3%	19	12%	24	15%
36 – 40	2	1%	6	4%	39	25%	47	30%
41 – 45	1	1%	3	2%	17	11%	21	13%
46 – 50	0	0%	1	1%	13	8%	14	9%
51 – 55	0	0%	1	1%	6	4%	7	4%
56 – 60	0	0%	0	0%	1	1%	1	1%
61 – 66	0	0%	0	0%	1	1%	1	1%
Totales	9	6%	18	11%	131	83%	158	100%

Elaboración: Fuente propia

En la tabla 28 se observa que existe un 83% de trabajadores que presentan un nivel bajo en la dimensión cansancio emocional y la edad que prevalece se encuentra entre 36 a 40 años equivalente al 25%.

Tabla 29

#### *Dimensión Despersonalización por Edades*

Edad	Alto		Moderado		Bajo		Totales	
21 – 25	2	1%	0	0%	16	10%	18	11%
26 – 30	0	0%	0	0%	25	16%	25	16%
31 – 35	0	0%	0	0%	24	15%	24	15%
36 – 40	0	0%	3	2%	44	28%	47	30%
41 – 45	0	0%	3	2%	18	11%	21	13%
46 – 50	0	0%	0	0%	14	9%	14	9%
51 – 55	0	0%	0	0%	7	4%	7	4%
56 – 60	0	0%	0	0%	1	1%	1	1%
61 – 66	0	0%	0	0%	1	1%	1	1%
Totales	2	1%	6	4%	150	95%	158	100%

Elaboración: Fuente propia

En la tabla 29 de se observa que existe un 95% de trabajadores que presentan un nivel bajo en la dimensión Despersonalización y la edad que prevalece se encuentra entre 36 a 40 años equivalente al 28%.

Tabla 30

*Dimensión Realización Personal por Edades*

Edad	Alto		Moderado		Bajo		Totales	
21 - 25	16	10%	2	1%	0	0%	18	11%
26 - 30	22	14%	1	1%	2	1%	25	16%
31 - 35	22	14%	1	1%	1	1%	24	15%
36 - 40	42	27%	1	1%	4	3%	47	30%
41 - 45	18	11%	1	1%	2	1%	21	13%
46 - 50	11	7%	1	1%	2	1%	14	9%
51 - 55	7	4%	0	0%	0	0%	7	4%
56 - 60	1	1%	0	0%	0	0%	1	1%
61 - 66	1	1%	0	0%	0	0%	1	1%
Totales	140	89%	7	4%	11	7%	158	100%

Elaboración: Fuente propia

En la tabla 30 se observa que existe el 89% de trabajadores que presentan un nivel Alto en la dimensión Realización Personal y la edad que prevalece se encuentra entre 36 a 40 años equivalente al 27%.

Tabla 31

*Dimensión Cansancio Emocional según Estado Civil*

Categorías	Soltero		Casado		Divorciado		Viudo		Totales	
Alto	8	5%	1	1%	0	0%	0	0%	9	6%
Medio	13	8%	4	3%	1	1%	0	0%	18	11%
Bajo	66	42%	62	39%	2	1%	1	1%	131	83%
Totales	87	55%	67	42%	3	2%	1	1%	158	100%

Elaboración: Fuente propia

En la tabla 31 se observa que el estado civil que mayor porcentaje tiene son solteros con un 55% de los cuales el 42% de estos presenta un nivel bajo en la dimensión cansancio emocional, el 8% un nivel medio y solo 5% presenta un nivel alto.



Tabla 32  
*Dimensión Despersonalización según Estado Civil*

Categorías	Soltero		Casado		Divorciado		Viudo		Totales	
Alto	2	1%	0	0%	0	0%	0	0%	2	1%
Medio	3	2%	3	2%	0	0%	0	0%	6	4%
Bajo	82	52%	64	41%	3	2%	1	1%	150	95%
Totales	87	55%	67	42%	3	2%	1	1%	158	100%

Elaboración: Fuente propia

En la tabla 32 se observa que el estado civil que mayor porcentaje tiene son solteros con un 55% de los cuales el 52% de estos presenta un nivel bajo en la dimensión Despersonalización, el 2% un nivel medio y solo 1% presenta un nivel alto.

Tabla 33  
*Dimensión Realización Personal según Estado Civil*

Categorías	Soltero		Casado		Divorciado		Viudo		Totales	
Alto	79	50%	57	36	3	2%	1	1%	140	89%
Medio	4	2.5%	3	2%	0	0%	0	0%	7	4.5%
Bajo	4	2.5%	7	4%	0	0%	0	0%	11	6.5%
Totales	87	55%	67	42%	3	2%	1	1%	158	100%

Elaboración: Fuente propia

En la tabla 33 se observa que el estado civil que mayor porcentaje tiene son solteros con un 55% de los cuales el 50% de estos presenta un nivel alto en la dimensión Realización Personal y el 2.5% un nivel medio y bajo respectivamente.

## 4.2 Prueba de hipótesis

Con el fin de contrastar si las dos variables son estadísticamente independientes, se utilizó la prueba de Chi cuadrado de Pearson para así probar si existe o no asociación entre las dimensiones de cada variable.

Tabla 34

*Prueba Chi-cuadrado de las Dimensiones de Clima Social en el Trabajo y de Síndrome de Burnout (n=158)*

Variables	gl	Nivel de Confianza	Chi Cuadrado Critico	Chi Cuadrado Calculado	20% <5	Valor P=	Grado de Aceptación
<b>Clima Social en el Trabajo</b>							
Dimensión Relaciones: (Factores Implicación, Cohesión y Apoyo)	4	99.999%	18,4562	23,225 <sup>a</sup>	0.00%	0,000 S.	Se rechaza H <sub>0</sub>
Dimensión Autorrealización: (Factores Autonomía, Organización y Presión)	4	99.999%	18,4562	38,187 <sup>a</sup>	0.00%	0,000 S.	Se rechaza H <sub>0</sub>
Dimensión Estabilidad/Cambio: (Factores Claridad, Control, Innovación y Comodidad)	6	99.999%	22,4575	75,887 <sup>a</sup>	0.00%	0,000 S.	Se rechaza H <sub>0</sub>
<b>Síndrome de Burnout</b>							
Dimensiones: Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal	4	99.999%	18,4562	121,420 <sup>a</sup>	0.00%	0,000S	Se rechaza H <sub>0</sub>

En la tabla 34 se observa que la variable Clima Social en el Trabajo el estadístico Chi-cuadrado en la Dimensión Relaciones Interpersonales toma un Ji valor hallado de 23,225<sup>a</sup> con 4 grados de libertad, tiene asociada una probabilidad de 0.000 puesto que esta probabilidad es menor a 0.05 se rechaza la hipótesis de independencia. La Dimensión Autorrealización toma un valor hallado de Ji 38,187 con 4 grados de libertad, tiene asociada una probabilidad de 0.000 puesto que esta probabilidad es menor a 0.05, se rechaza hipótesis de independencia y en la Dimensión Estabilidad/Cambio toma un valor hallado de Ji 75,887 con 6 grados de libertad, tiene asociada

una probabilidad de 0.000, puesto que esta probabilidad es menor a 0.05, se rechaza hipótesis de independencia.

Asimismo, respecto a la variable de Síndrome de Burnout toma un valor hallado de  $J_i$  121,420 con 4 grados de libertad, tiene asociada una probabilidad de 0.000, puesto que esta probabilidad es menor a 0.05, se rechaza hipótesis de independencia.

### **Decisión:**

Los resultados de la variable de Clima Social en el Trabajo con sus 3 Dimensiones: Relaciones Interpersonales, Autorrealización y Estabilidad/Cambio con sus factores, se encuentran asociados significativamente, por lo tanto son dependientes es decir existe influencia de uno sobre el otro, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula en las tres Dimensiones. Respecto a la variable de Síndrome de Burnout, el resultado obtenido concluye que hay relación de dependencia entre sus Dimensiones de Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal influenciando una sobre la otra, también se rechaza la hipótesis nula.

Considerando que la variable de Clima Social en el Trabajo cuenta con tres dimensiones es necesario identificar los factores que influyen en las dimensiones del síndrome de burnout y analizar como intervienen de acuerdo con los objetivos e hipótesis de estudio.

#### **4.2.1 Prueba Chi-cuadrado de Pearson entre la Dimensión Relaciones Interpersonales del Clima Social en el Trabajo y el Síndrome de Burnout**

La Dimensión Relaciones Interpersonales constan de 3 factores que son: Implicación-Cohesión-Apoyo, cada uno de estos serán contrastados con cada una de las dimensiones del Síndrome de Burnout que son Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal. Se realizará de la siguiente manera:

### Dimensión Relaciones Interpersonales - Síndrome de Burnout

- Factor Implicación: Cansancio Emocional/Despersonalización/Realización Personal
- Factor Cohesión: Cansancio Emocional/Despersonalización/Realización Personal
- Factor Apoyo: Cansancio Emocional/Despersonalización/Realización Personal

Significancia: 0.05

Regla de decisión:

Si valor  $p \leq 0.05$ , rechazar  $H_0$

Si valor  $p > 0.05$ , aceptar  $H_0$

### Factor Implicación y dimensiones de síndrome de burnout:

Tabla 35

*Prueba Chi-cuadrado de Factor Implicación y Cansancio Emocional*

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,723 <sup>a</sup>	4	0.102
Razón de verosimilitud	11.099	4	0.025
Nº de casos válidos	158		

Elaboración: Fuente propia

- a. 6 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,48.

En la tabla 35 se observa que el estadístico Chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 7,723 con 4 grados de libertad (gl), tiene asociada una probabilidad (Significación asintótica) de 0.102. Puesto que esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significación observado) es mayor a 0.05, podemos aceptar la hipótesis de independencia.

Tabla 36  
*Prueba Chi-cuadrado de Factor Implicación y Despersonalización*

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,679 <sup>a</sup>	4	0.046
Razón de verosimilitud	9.817	4	0.044
Nº de casos válidos	158		

Elaboración: Fuente propia

- a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 6,25.

En la tabla 36 se observa que el estadístico chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 9,679 con 4 grados de libertad (gl), tiene asociada una probabilidad (Significación asintótica) de 0.046. Puesto que esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significación observado) es menor a 0.05, podemos rechazar la hipótesis de independencia.

Tabla 37  
*Prueba Chi-cuadrado de Factor Implicación y Realización Personal*

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,044 <sup>a</sup>	6	0.671
Razón de verosimilitud	4.293	6	0.637
Nº de casos válidos	158		

Elaboración: Fuente propia

- a. 3 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,24.

En la tabla 37 se observa que el estadístico chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 4,044 con 6 grados de libertad (gl), tiene asociada una probabilidad (Significación asintótica) de 0.671. Puesto que esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significación observado) es mayor a 0.05, podemos aceptar la hipótesis de independencia.

### Factor Cohesión y dimensiones de síndrome de burnout:

Tabla 38

*Prueba Chi-cuadrado de Factor Cohesión y Cansancio Emocional*

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,568 <sup>a</sup>	4	0.161
Razón de verosimilitud	7.676	4	0.104
Nº de casos válidos	158		

Elaboración: Fuente propia

- a. 5 casillas (55,6%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,37.

En la tabla 38 se observa que el estadístico chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 6,568 con 4 grados de libertad (gl), tiene asociada una probabilidad (Significación asintótica) de 0.161. Puesto que esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significación observado) es mayor a 0.05, podemos aceptar la hipótesis de independencia.

Tabla 39

*Prueba Chi-cuadrado de Factor Cohesión y Despersonalización*

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,511 <sup>a</sup>	4	0.050
Razón de verosimilitud	9.433	4	0.051
Nº de casos válidos	158		

Elaboración: Fuente propia

- a. 1 casillas (11,1%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,77.

En la tabla 39 se observa que el estadístico chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 9,511 con 4 grados de libertad (gl), tiene asociada una probabilidad (Significación asintótica) de 0.050. Puesto que esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significación observado) es igual a 0.05, podemos rechazar la hipótesis de independencia.

Tabla 40  
*Prueba Chi-cuadrado de Factor Cohesión y Realización Personal*

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,413 <sup>a</sup>	6	0.209
Razón de verosimilitud	9.917	6	0.128
Nº de casos válidos	158		

Elaboración: Fuente propia

- a. 4 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,18.

En la tabla 40 se observa que el estadístico Chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 8,413 con 6 grados de libertad (gl), tiene asociada una probabilidad (Significación asintótica) de 0.209. Puesto que esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significación observado) es mayor a 0.05, podemos aceptar la hipótesis de independencia.

### **Factor Apoyo y dimensiones de síndrome de burnout:**

Tabla 41  
*Prueba Chi-cuadrado de Factor Apoyo y Cansancio Emocional*

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,101 <sup>a</sup>	4	0.717
Razón de verosimilitud	2.749	4	0.601
Nº de casos válidos	158		

Elaboración: Fuente propia

- a. 6 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,49.

En la tabla 41 se observa que el estadístico chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 2,101 con 4 grados de libertad (gl), tiene asociada una probabilidad (Significación asintótica) de 0.717. Puesto que esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significación observado) es mayor a 0.05, podemos aceptar la hipótesis de independencia.

Tabla 42  
*Prueba Chi-cuadrado de Factor Apoyo y Despersonalización*

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,405 <sup>a</sup>	4	0.116
Razón de verosimilitud	7.256	4	0.123
Nº de casos válidos	158		

Elaboración: Fuente propia

- a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 6,42.

En la tabla 42 se observa que el estadístico Chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 7,405 con 4 grados de libertad (gl), tiene asociada una probabilidad (Significación asintótica) de 0.116. Puesto que esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significación observado) es mayor a 0.05, podemos aceptar la hipótesis de independencia.

Tabla 43  
*Prueba Chi-cuadrado de Factor Apoyo y Realización Personal*

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,319 <sup>a</sup>	6	0.388
Razón de verosimilitud	7.595	6	0.269
Nº de casos válidos	158		

Elaboración: Fuente propia

- a. 3 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,25.

En la tabla 43 se observa que el estadístico Chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 6,319 con 6 grados de libertad (gl), tiene asociada una probabilidad (Significación asintótica) de 0.388. Puesto que esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significación observado) es mayor a 0.05, podemos aceptar la hipótesis de independencia.



**Decisión:**

Estos resultados revelan que existe asociación estadísticamente significativa entre la Dimensión Relaciones Interpersonales del Clima Social en el Trabajo pero solo con dos de sus factores Implicación (identificación laboral), Cohesión (compañerismo entre trabajadores) y la Dimensión Despersonalización del Síndrome de Burnout.

Al ser estos trabajadores el núcleo operativo de la organización hospitalaria, perciben con mayor facilidad como está el clima social en el trabajo, lo cual confirma la teoría de Mintzberg, H. (1989) quien denomina a la organización hospitalaria como organización Burocrática Profesional por la estandarización de destrezas y especialización acorde a la complejidad hospitalaria (p.159) por ello los pacientes confían en las destrezas y el conocimiento especializado de sus profesionales asistenciales, dichos resultados concuerdan con Maicon, C. et all (2010) quien menciona “cuando se percibe la existencia de una buena comunicación interpersonal puede reducir los efectos negativos del Síndrome de Burnout” (p.169-180).

#### **4.2.2 Prueba Chi-cuadrado de Pearson entre la Dimensión Autorrealización del Clima Social en el Trabajo y el Síndrome de Burnout.**

La Dimensión Autorrealización constan de 3 factores que son: Autonomía-Organización- Presión, cada uno de estos serán contrastados con cada una de las dimensiones del Síndrome de Burnout que son Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal. Se realizará de la siguiente manera:

Dimensión Autorrealización - Síndrome de Burnout

- Factor Autonomía: Cansancio Emocional/Despersonalización/Realización Personal
- Factor Organización: Cansancio Emocional/Despersonalización/Realización Personal
- Factor Presión: Cansancio Emocional/Despersonalización/Realización Personal

Significancia: 0.05

Regla de decisión.

Si valor  $p \leq 0.05$ , rechazar  $H_0$

Si valor  $p > 0.05$ , aceptar  $H_0$

### Factor Autonomía y dimensiones de síndrome de burnout:

Tabla 44

*Prueba Chi-cuadrado de Factor Autonomía y Cansancio Emocional*

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,876 <sup>a</sup>	6	0,437
Razón de verosimilitud	7,387	6	0,287
Nº de casos válidos	158		

Elaboración: Fuente propia

- a. 9 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,01.

En la tabla 44 se observa que el estadístico chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 5,876 con 6 grados de libertad (gl), tiene asociada una probabilidad (Significación asintótica) de 0.437. Puesto que esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significación observado) es mayor a 0.05, podemos aceptar la hipótesis de independencia.

Tabla 45

*Prueba Chi-cuadrado de Factor Autonomía y Despersonalización*

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,787 <sup>a</sup>	6	0,341
Razón de verosimilitud	7,353	6	0,289
Nº de casos válidos	158		

Elaboración: Fuente propia

- a. 3 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,16.

En la tabla 45 se observa que el estadístico chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 6,787 con 6 grados de libertad (gl), tiene asociada una probabilidad (Significación asintótica) de 0.341.

Puesto que esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significación observado) es mayor a 0.05, podemos aceptar la hipótesis de independencia.

Tabla 46

*Prueba Chi-cuadrado de Factor Autonomía y Realización Personal*

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,641 <sup>a</sup>	9	0.055
Razón de verosimilitud	19.317	9	0.023
Nº de casos válidos	158		

Elaboración: Fuente propia

- a. 7 casillas (43,8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,01.

En la tabla 46 se observa que el estadístico chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 16,641 con 9 grados de libertad (gl), tiene asociada una probabilidad (Significación asintótica) de 0.055. Puesto que esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significación observado) es mayor a 0.05, podemos aceptar la hipótesis de independencia.

### **Factor Organización y dimensiones de síndrome de burnout:**

Tabla 47

*Prueba Chi-cuadrado de Factor Organización y Cansancio Emocional*

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,897 <sup>a</sup>	4	0.575
Razón de verosimilitud	5.080	4	0.279
Nº de casos válidos	158		

Elaboración: Fuente propia

- a. 5 casillas (55,6%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,32.

En la tabla 47 se observa que el estadístico chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 2,897 con 4 grados de libertad (gl), tiene asociada una probabilidad (Significación asintótica) de 0.575. Puesto que esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significación observado) es mayor a 0.05, podemos aceptar la hipótesis de independencia.

Tabla 48

*Prueba Chi-cuadrado de Factor Organización y Despersonalización*

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,571 <sup>a</sup>	4	0.814
Razón de verosimilitud	1.567	4	0.815
Nº de casos válidos	158		

Elaboración: Fuente propia

- a. 1 casillas (11,1%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,11.

En la tabla 48 se observa que el estadístico chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 1,571 con 4 grados de libertad (gl), tiene asociada una probabilidad (Significación asintótica) de 0.814. Puesto que esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significación observado) es mayor a 0.05, podemos aceptar la hipótesis de independencia.

Tabla 49

*Prueba Chi-cuadrado de Factor Organización y Realización Personal*

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,623 <sup>a</sup>	6	0.196
Razón de verosimilitud	9.399	6	0.152
Nº de casos válidos	158		

Elaboración: Fuente propia

- a. 4 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,16.

En la tabla 49 se observa que el estadístico Chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 8,623 con 6 grados de libertad (gl), tiene asociada una probabilidad (Significación asintótica) de 0.196. Puesto que esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significación observado) es mayor a 0.05, podemos aceptar la hipótesis de independencia.

### Factor Presión y dimensiones de síndrome de burnout:

Tabla 50

*Prueba Chi-cuadrado de Factor Presión y Cansancio Emocional*

	Valor	g	Significación
		l	asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,842 <sup>a</sup>	4	0.585
Razón de verosimilitud	4.825	4	0.306
Nº de casos válidos	158		

Elaboración: Fuente propia

- a. 5 casillas (55,6%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,29.

En la tabla 50 se observa que el estadístico chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 2,842 con 4 grados de libertad (gl), tiene asociada una probabilidad (Significación asintótica) de 0.585. Puesto que esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significación observado) es mayor a 0.05, podemos aceptar la hipótesis de independencia.

Tabla 51

*Prueba Chi-cuadrado de Factor Presión y Despersonalización*

	Valor	g	Significación
		l	asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,750 <sup>a</sup>	4	0.219
Razón de verosimilitud	5.439	4	0.245
Nº de casos válidos	158		

Elaboración: Fuente propia

- a. 1 casillas (11,1%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,78.

En la tabla 51 se observa que el estadístico Chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 5,750 con 4 grados de libertad (gl), tiene asociada una probabilidad (Significación asintótica) de 0.219. Puesto que esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significación observado) es mayor a 0.05, podemos aceptar la hipótesis de independencia.

Tabla 52  
*Prueba Chi-cuadrado de Factor Presión y Realización Personal*

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,974 <sup>a</sup>	6	0.043
Razón de verosimilitud	10.569	6	0.103
Nº de casos válidos	158		

Elaboración: Fuente propia

- a. 5 casillas (41,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,15.

En la tabla 52 se observa que el estadístico Chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 12,974 con 6 grados de libertad (gl), tiene asociada una probabilidad (Significación asintótica) de 0.043. Puesto que esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significación observado) es menor a 0.05, podemos rechazar la hipótesis de independencia.

### **Decisión:**

Estos resultados revelan que existe asociación estadísticamente significativa entre la Dimensión Autorrealización del Clima Social en el Trabajo, pero solo con el factor Presión (el manejo de situaciones adversas) y la Dimensión Realización Personal del Síndrome de Burnout.

Estos resultados concuerdan con Silva, G. (2017) quien concluyó que existe relación directa entre el Factor presión del Clima Laboral con las dimensiones del Síndrome de Burnout; asimismo Vallejos, W. (2017) en su estudio de Síndrome de Burnout y satisfacción laboral, concluyó que el 20% de los trabajadores que se ubicaban en la categoría alto en el factor presión presentaban síndrome de burnout ya que tenían una pérdida en la motivación personal afectando su desempeño laboral.

### 4.2.3 Prueba Chi-cuadrado de Pearson entre la Dimensión Estabilidad/Cambio del Clima Social en el Trabajo y el Síndrome de Burnout.

La Dimensión Estabilidad/Cambio constan de 4 factores que son: Claridad-Control- Innovación-Comodidad, cada uno de estos serán contrastados con cada una de las dimensiones del Síndrome de Burnout que son Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal. Se realizará de la siguiente manera:

Dimensión Estabilidad/Cambio - Síndrome de Burnout

- Factor Claridad: Cansancio Emocional/Despersonalización/Realización Personal
- Factor Control: Cansancio Emocional/Despersonalización/Realización Personal
- Factor Innovación: Cansancio Emocional/Despersonalización/Realización Personal
- Factor Comodidad: Cansancio Emocional/Despersonalización/Realización Personal

Significancia: 0.05

Regla de decisión.

Si valor  $p \leq 0.05$ , rechazar  $H_0$

Si valor  $p > 0.05$ , aceptar  $H_0$

#### Factor Claridad y dimensiones de síndrome de burnout:

Tabla 53

*Prueba Chi-cuadrado de Factor Claridad y Cansancio Emocional*

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,188 <sup>a</sup>	4	0.701
Razón de verosimilitud	2.686	4	0.612
Nº de casos válidos	158		

Elaboración: Fuente propia

- a. 6 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,57.

En la tabla 53 se observa que el estadístico chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 2,188 con 4 grados de libertad (gl), tiene asociada una probabilidad (Significación asintótica) de 0.701. Puesto que esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significación observado) es mayor a 0.05, podemos aceptar la hipótesis de independencia.

Tabla 54

*Prueba Chi-cuadrado de Factor Claridad y Despersonalización*

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,364 <sup>a</sup>	4	0.359
Razón de verosimilitud	4.573	4	0.334
Nº de casos válidos	158		

Elaboración: Fuente propia

- a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 7,41.

En la tabla 54 se observa que el estadístico chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 4,364 con 4 grados de libertad (gl), tiene asociada una probabilidad (Significación asintótica) de 0.359. Puesto que esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significación observado) es mayor a 0.05, podemos aceptar la hipótesis de independencia.

Tabla 55

*Prueba Chi-cuadrado de Factor Claridad y Realización Personal*

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,855 <sup>a</sup>	6	0.182
Razón de verosimilitud	10.132	6	0.119
Nº de casos válidos	158		

Elaboración: Fuente propia

- a. 3 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,28.

En la tabla 55 se observa que el estadístico chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 8,855 con 6 grados de libertad (gl), tiene asociada una probabilidad (Significación asintótica) de 0.182. Puesto que esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significación observado) es mayor a 0.05, podemos aceptar la hipótesis de independencia.



### Factor Control y dimensiones de síndrome de burnout:

Tabla 56

*Prueba Chi-cuadrado de Factor Control y Cansancio Emocional*

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,413 <sup>a</sup>	4	0.116
Razón de verosimilitud	9.579	4	0.048
Nº de casos válidos	158		

Elaboración: Fuente propia

- a. 5 casillas (55,6%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,29.

En la tabla 56 se observa que el estadístico chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 7,413 con 4 grados de libertad (gl), tiene asociada una probabilidad (Significación asintótica) de 0.116. Puesto que esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significación observado) es mayor a 0.05, podemos aceptar la hipótesis de independencia.

Tabla 57

*Prueba Chi-cuadrado de Factor Control y Despersonalización*

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,202 <sup>a</sup>	4	0.185
Razón de verosimilitud	6.242	4	0.182
Nº de casos válidos	158		

Elaboración: Fuente propia

- a. 1 casillas (11,1%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,78.

En la tabla 57 se observa que el estadístico Chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 6,202 con 4 grados de libertad (gl), tiene asociada una probabilidad (Significación asintótica) de 0.185. Puesto que esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significación observado) es mayor a 0.05, podemos aceptar la hipótesis de independencia.

Tabla 58  
*Prueba Chi-cuadrado de Factor Control y Realización Personal*

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,514 <sup>a</sup>	6	0.608
Razón de verosimilitud	4.957	6	0.549
Nº de casos válidos	158		

Elaboración: Fuente propia

- a. 5 casillas (41,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,15.

En la tabla 58 se observa que el estadístico chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 4,514 con 6 grados de libertad (gl), tiene asociada una probabilidad (Significación asintótica) de 0.608. Puesto que esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significación observado) es mayor a 0.05, podemos aceptar la hipótesis de independencia.

### **Factor Innovación y dimensiones de síndrome de burnout:**

Tabla 59  
*Prueba Chi-cuadrado de Factor Innovación y Cansancio Emocional*

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,050 <sup>a</sup>	4	0.090
Razón de verosimilitud	8.663	4	0.070
Nº de casos válidos	158		

Elaboración: Fuente propia

- a. 5 casillas (55,6%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,34.

En la tabla 59 se observa que el estadístico chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 8,050 con 4 grados de libertad (gl), tiene asociada una probabilidad (Significación asintótica) de 0.090. Puesto que esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significación observado) es mayor a 0.05, podemos aceptar la hipótesis de independencia.

Tabla 60

*Prueba Chi-cuadrado de Factor Innovación y Despersonalización*

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,233 <sup>a</sup>	4	0.056
Razón de verosimilitud	13.356	4	0.010
Nº de casos válidos	158		

Elaboración: Fuente propia

- a. 1 casillas (11,1%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,44.

En la tabla 60 se observa que el estadístico chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 9,233 con 4 grados de libertad (gl), tiene asociada una probabilidad (Significación asintótica) de 0.056. Puesto que esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significación observado) es mayor a 0.05, podemos aceptar la hipótesis de independencia.

Tabla 61

*Prueba Chi-cuadrado de Factor Innovación y Realización Personal*

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,937 <sup>a</sup>	6	0.243
Razón de verosimilitud	8.825	6	0.184
Nº de casos válidos	158		

Elaboración: Fuente propia

- a. 4 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,17.

En la tabla 61 se observa que el estadístico chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 7,937 con 6 grados de libertad (gl), tiene asociada una probabilidad (Significación asintótica) de 0.243. Puesto que esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significación observado) es mayor a 0.05, podemos aceptar la hipótesis de independencia.

### Factor Comodidad y dimensiones de síndrome de burnout:

Tabla 62

*Prueba Chi-cuadrado de Factor Comodidad y Cansancio Emocional*

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,224 <sup>a</sup>	4	0.024
Razón de verosimilitud	10.713	4	0.030
Nº de casos válidos	158		

Elaboración: Fuente propia

- a. 5 casillas (55,6%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,20.

En la tabla 62 se observa que el estadístico chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 11,224 con 4 grados de libertad (gl), tiene asociada una probabilidad (Significación asintótica) de 0.024. Puesto que esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significación observado) es menor a 0.05, podemos rechazar la hipótesis de independencia.

Tabla 63

*Prueba Chi-cuadrado de Factor Comodidad y Despersonalización*

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,306 <sup>a</sup>	4	0.680
Razón de verosimilitud	2.550	4	0.636
Nº de casos válidos	158		

Elaboración: Fuente propia

- a. 1 casillas (11,1%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,63.

En la tabla 63 se observa que el estadístico chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 2,306 con 4 grados de libertad (gl), tiene asociada una probabilidad (Significación asintótica) de 0.680. Puesto que esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significación observado) es mayor a 0.05, podemos aceptar la hipótesis de independencia.

Tabla 64

*Prueba Chi-cuadrado de Factor Comodidad y Realización Personal*

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,752 <sup>a</sup>	6	0.710
Razón de verosimilitud	4.366	6	0.627
Nº de casos válidos	158		

Elaboración: Fuente propia

- a. 5 casillas (41,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,10.

En la tabla 64 se observa que el estadístico chi-cuadrado de Pearson toma un valor de 3,752 con 6 grados de libertad (gl), tiene asociada una probabilidad (Significación asintótica) de 0.710. Puesto que esta probabilidad (denominada nivel crítico o nivel de significación observado) es mayor a 0.05, podemos aceptar la hipótesis de independencia.

### **Decisión:**

Estos resultados revelan que existe asociación estadísticamente significativa entre la Dimensión Estabilidad/Cambio del Clima Social en el Trabajo, pero solo con el factor Comodidad (ambiente ordenado y confortable contribuye al trabajo agradable) y la Dimensión Cansancio Emocional del Síndrome de Burnout.

Estos resultados concuerdan con Ore, N. & Serpa, L. (2018) quien concluyó que existe relación entre los factores condiciones físicas y/o confort y el síndrome de burnout, explicando que si existe un buen ambiente confortable el personal de consultorios externos tendrá satisfacción laboral y se verá reflejado en su desarrollo personal.

Andrade, A., et al (2015) en su estudio correlacional del Síndrome de Burnout (VD) con el Clima Social de Trabajo (VI) menciona que el ambiente físico de trabajo influye en el ambiente laboral, si este es negativo, los trabajadores manifestarían Síndrome de Burnout, además de ansiedad y depresión.

Por otro lado García-Saisó, A. (2014) quien concluyó que el factor confort referidos a las características arquitectónicas (ventilación, mobiliario, colores, decoración) prevaleciente en el entorno laboral durante al menos ocho horas al día, permiten apoyar u obstaculizar en alguna medida la ejecución de las labores que realizan los trabajadores.

De acuerdo con estos resultados podemos mencionar que si el ambiente físico es agradable contribuirá a disminuir los niveles de agotamiento emocional y por tanto mejorará su desempeño laboral.

Los resultados del presente estudio concuerdan con la investigación de Barreda, L. (2017) llevado a cabo en un Hospital de Lima Norte obtuvo resultados similares quien concluye que a mejor Clima Laboral menor Síndrome de Burnout o a mayores dificultades en el clima laboral mayor presentación del síndrome de burnout.

### 4.3 Análisis de resultados de Estadística Inferencial

#### 4.3.1 Análisis y discusión de resultados de Normalidad Estadística de los Datos

Con la finalidad de especificar si los datos obtenidos de la muestra siguen el modelo de distribución estadística normal se calculó con la prueba de bondad de ajustes de Kolmogorov-Smirnov.

Regla de decisión.

Si grado de significancia es  $< 0.05$ , No Paramétrico, usar estadístico de Spearman

Si grado de significancia es  $> 0.05$ , Paramétrica, usar estadístico de Pearson

Tabla 65

*Resultados de normalidad de ajustes Kolmogorov-Smirnov en Clima Social en el Trabajo*

Prueba de ajustes	Corrección de significación de Lilliefors			
	Estadístico	G1	Significancia	Tipo de distribución
Total	0.121	158	0.000	No Paramétrico

Elaboración: Fuente propia

En la tabla 65 se observa el resultado de la prueba de ajustes el valor de 0.121 con un grado de significancia (0.000) es menor de  $<0.05$ , esto significa que su distribución de los resultados no está organizados de forma normal, por lo tanto, es No Paramétrico.

Tabla 66  
Resultados de Correlaciones de Rho de Spearman (n=158)

Items	Coefficiente de correlación	Significancia (bilateral)	Correlación
MB1	0,677**	0.000	Es significativa en el nivel 0,01 (2 colas)
MB2	0,460**	0.000	Es significativa en el nivel 0,01 (2 colas)
MB3	0,532**	0.000	Es significativa en el nivel 0,01 (2 colas)
MB4	0,153	0.055	Es significativa en el nivel 0,05 (2 colas)
MB5	0,318**	0.000	Es significativa en el nivel 0,01 (2 colas)
MB6	0,553**	0.000	Es significativa en el nivel 0,01 (2 colas)
MB7	0,025	0.754	Es significativa en el nivel 0,05 (2 colas)
MB8	0,448**	0.000	Es significativa en el nivel 0,01 (2 colas)
MB9	0,104	0.194	Es significativa en el nivel 0,05 (2 colas)
MB10	0,395**	0.000	Es significativa en el nivel 0,01 (2 colas)
MB11	0,449**	0.000	Es significativa en el nivel 0,01 (2 colas)
MB12	-0,128	0.108	Es significativa en el nivel 0,05 (2 colas)
MB13	0,425**	0.000	Es significativa en el nivel 0,01 (2 colas)
MB14	0,556**	0.000	Es significativa en el nivel 0,01 (2 colas)
MB15	0,425**	0.000	Es significativa en el nivel 0,01 (2 colas)
MB16	0,597**	0.000	Es significativa en el nivel 0,01 (2 colas)
MB17	0,134	0.094	Es significativa en el nivel 0,05 (2 colas)
MB18	0,017	0.837	Es significativa en el nivel 0,05 (2 colas)
MB19	0,127	0.110	Es significativa en el nivel 0,05 (2 colas)
MB20	0,314**	0.000	Es significativa en el nivel 0,01 (2 colas)
MB21	0,064	0.427	Es significativa en el nivel 0,05 (2 colas)
MB22	0,260**	0.001	Es significativa en el nivel 0,01 (2 colas)
Total	1,000		

Elaboración: Fuente propia

En la tabla 66 se observan los resultados de correlación de Rho de Spearman 8 ítems (MB4, MB7, MB9, MB12, MB17, MB18, MB19) con significancia menor a 0.2. Se Justifica el uso del estadígrafo Rho de Spearman en ambas variables. Con el fin de fortalecer la información recabada de manera cualitativa mayoritariamente en el presente estudio se combinó con el enfoque cuantitativo con “el objeto es fortalecer la validez de sus propias debilidades...” (Bericat, 1998:39).

### 4.3.2. Análisis y discusión de resultados de Correlación de Spearman

A continuación, se muestran los resultados que tienen correlación de las dimensiones de Clima Social en el Trabajo con la dimensión de burnout.

- a) Correlación de Spearman entre la Dimensión Relaciones Interpersonales del Clima Social en el Trabajo y el Síndrome de Burnout

Tabla 67

*Rho de Spearman entre Relaciones Interpersonales de Clima Social en el Trabajo y Despersonalización del Síndrome de Burnout (n=158)*

	Relaciones Interpersonales	
	Rho	Sig. (p)
Despersonalización	-,205**	0.010

Elaboración: Fuente propia

En la tabla 67 se observa que la medida de relación lineal entre las variables es una correlación estadísticamente significativa, al obtener un coeficiente de correlación de tipo inversa (Rho=-0.205;  $p < 0.010$ ) entre la Dimensión Relaciones Interpersonales del Clima Social de Trabajo y la Dimensión Despersonalización del Síndrome de Burnout comprobándose lo encontrado en resultado de asociación de chi cuadrado y en análisis de categorías.

#### **Decisión:**

Se observa la existencia de correlación estadísticamente significativa entre la Dimensión Relaciones Interpersonales del Clima Social en el Trabajo y del Síndrome de Burnout Despersonalización con una  $p = < 0.05$ .

Estos resultados se pueden comprobar observando las Tablas 36 y 39 de la prueba de hipótesis que los factores de Cohesión e Implicación de la dimensión Relaciones Interpersonales presentan asociación estadísticamente significativa con la dimensión Despersonalización de burnout.



Asimismo, confirma lo dicho por Maicon, C. et al (2010) quien menciona que al existir una buena comunicación interpersonal (factor de cohesión) y apoyo social (factor implicación) puede reducir los efectos negativos del Síndrome de Burnout, por otro lado, si las jefaturas no animan a apoyarse entre compañeros (factor de cohesión), ni hay apoyo de la dirección (factor implicación) puede propiciar la aparición de dicho síndrome (p.169-180).

- b) Correlación de Spearman entre la Dimensión Autorrealización del Clima Social en el Trabajo y el Síndrome de Burnout.

Tabla 68

*Rho de Spearman entre Autorrealización del Clima Social en el Trabajo y Realización Personal del Síndrome de Burnout (n=158)*

	Autorrealización	
	Rho	Sig. (p)
Realización Personal	0.059	0.461

Elaboración: Fuente propia

En la tabla 68 se observa en el resultado desde el enfoque cuantitativo que no existe relación entre la Dimensión Autorrealización del Clima Social en el Trabajo y el Síndrome de Burnout (Realización Personal  $Rho=0.059$ ;  $p>0.461$ ).

Sin embargo, desde el enfoque cualitativo en la prueba Chi cuadrado se puede comprobar observando la Tabla 52 de la prueba de hipótesis que presenta asociación estadísticamente significativa entre el factor Presión de la Dimensión Autorrealización con la dimensión Realización Personal de burnout.

### **Decisión:**

Los resultados confirman lo dicho por Silva, G. (2017) en su estudio concluyó la existencia de una correlación directa alta entre el Factor presión con el Síndrome de Burnout.

Gagó, et al (2017) mencionado por Matta, L. & Rojas, R. (2020) concluyó la existencia de asociación significativa entre Realización Personal y Clima laboral.

Asimismo, con Vallejos, W. (2017) quien menciona que el Factor Presión influye en la aparición de burnout y por ende en el desempeño laboral.

- c) Correlación de Spearman entre la Dimensión Estabilidad/Cambio del Clima Social en el Trabajo y Cansancio Emocional del Síndrome de Burnout

Tabla 69

*Rho de Spearman entre Estabilidad/Cambio del Clima Social en el Trabajo y Cansancio Emocional del Síndrome de Burnout (n=158)*

	Estabilidad/Cambio Rho	Sig. (p)
Cansancio Emocional	-,167*	0.036

Elaboración: Fuente propia

En la tabla 69 se observa que la medida de relación lineal entre las variables es una correlación estadísticamente significativa, al obtener un coeficiente de correlación de tipo inversa (Rho=-0.167; p 0.036) entre la Dimensión Estabilidad/Cambio del Clima Social de Trabajo y la Dimensión Cansancio Emocional del Síndrome de Burnout comprobándose lo encontrado en resultado de asociación de chi cuadrado y en análisis de categorías.

### **Decisión:**

Estos resultados se pueden comprobar observando las Tablas 62 de la prueba de hipótesis que el factor Comodidad de la dimensión Estabilidad/Cambio presenta asociación estadísticamente significativa con la dimensión Cansancio Emocional de burnout.

Estos resultados concuerdan con Ore, N. & Serpa, L. (2018) quien llega a resultados coincidentes en su investigación al concluir que existe relación entre los factores condiciones físicas y/o confort y el síndrome de burnout permitiendo la existencia de relación de la satisfacción laboral en el personal que labora en el servicio de consultorio externos con adecuadas relaciones sociales y desarrollo personal.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### Conclusiones

- A través de las técnicas planteadas, se evidencia una relación entre la Dimensión Relaciones Interpersonales del Clima Social en el Trabajo, únicamente el factor Implicación se encuentra asociado con la Dimensión Despersonalización del Síndrome de Burnout ( $\chi^2$  9,679, gl 4,  $p=0.044$ .) y los conteos obtenidos en tabulación cruzada recae en la categoría de Mayor parte del tiempo Agradable (17,1%) permitiendo una Leve a moderado Despersonalización por parte de los profesionales asistenciales. Por lo tanto, se acepta la primera hipótesis específica.
- Se evidencia una relación entre la Dimensión de Autorrealización del Clima Social en el Trabajo únicamente el factor Presión se encuentra asociada con la Dimensión Realización Personal del Síndrome de Burnout ( $\chi^2$  12,974, gl 6,  $p=0.043$ .) y los conteos obtenidos en tabulación cruzada recae en la categoría de Pocas Veces Agradable (3,80%) permitiendo una tendencia en la categoría Leve a Moderado en Realización Personal por parte de los profesionales asistenciales.. Por lo tanto, se acepta la segunda hipótesis específica.
- Se encontró en la tercera hipótesis específica que existe una relación únicamente el factor Comodidad del Clima Social en el Trabajo con la Dimensión Cansancio Emocional del Síndrome de Burnout ( $\chi^2$  11,224, gl 4,  $p=0.024$ .) y los conteos obtenidos en tabulación cruzada que recae en la categoría de Pocas veces agradable (48,10%) permitiendo una tendencia a elevarse el Cansancio Emocional en los profesionales asistenciales. Por lo tanto, se acepta la tercera hipótesis específica

## Recomendaciones

- Se recomienda que las jefaturas inmediatas impulsen la meritocracia promoviendo la valoración de la capacidad laboral a los nuevos enfoques con reivindicación económica o premiaciones a través de certificados de reconocimiento del personal a fin de mejorar la gestión del talento. Esto para evitar la utilidad reglas coercitivas y control sobre los profesionales asistenciales. Además, promover que los coordinadores de unidades funcionales promuevan expectativas de las tareas diarias, explicando las reglas y planes para el trabajo, para manejo exitoso del estrés laboral y fatiga emocional, teniendo en cuenta las vivencias del personal asistencial, lo cual podrían disminuir los niveles de frustración ante diversos actos negativos por las demandas propias de sus funciones directo con pacientes.
- Se recomienda promover a nivel de organización, acciones para fomentar sistemas de reconocimientos a la toma de iniciativas propias como cursos de capacitación para mejorar su desempeño; cartas de felicitación por la terminación de tareas por áreas; preparación, psicológica y profesional a futuros ascensos el aprendizaje de un mejor manejo de estrés, que no afecte el trabajo a presión de acuerdo sea la demanda, al no predominar la presión en el ambiente laboral permitirá prevenir sentimientos de inadecuación y aumentar su realización personal en los profesionales asistenciales.

- Se recomienda proponer estudios arquitectónicos de interiores que sirven de base para proporcionar ambientes laborables seguros y cómodos puesto que es necesario reconocer que existe un impacto en la percepción del personal de salud en relación a la sintomatología asociada al Burnout. Como se señala la percepción sobre su espacio de trabajo, el 48.1% lo percibe como poco agradable que no solo desmotiva sino que genera estrés por ende, se propone programas preventivos dirigidos al manejo de fatiga para prevenir el agotamiento disminuyendo la probabilidad de elevarse el Cansancio Emocional en los profesionales asistenciales del HONADOMANI “San Bartolomé”.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abanto, O. (2016) Esfera cognitiva. Curso de Psicología Clínica y de la Salud – esfera cognitiva. Facultad de Ciencias de la Salud – Escuela Académico Profesional de Psicología, Universidad Peruano Unión Ñaña-Lima-Perú Ps. Obed Abanto Abanto
- Agüero, Y. (2000) Estadística Aplicada -Facultad de Psicología – Maestría en psicología organizacional Universidad Ricardo Palma– Mag. Ysela Agüero P.
- Agostini, E. (2001) Comportamiento Organizacional: Cultura y Clima organizacional – Deducción de las configuraciones estructurales. Facultad de Psicología – Maestría en Psicología Organizacional – Universidad Ricardo Palma. Mag. Enrique Agostini Ruiz.
- Alarcón, R. (1991) Métodos Y Diseños De Investigación Del Comportamiento. (1ra Ed.). Lima Perú: Fondo Editorial Universidad Peruana Cayetano Heredia
- Aliaga, J. y Giovi, A. (1993) Baremos En Pruebas Psicológicas En Perú. (1ra Ed.) Lima Perú: Universidad Inca Garcilaso De La Vega
- Albornoz, S. (2018) Motivación Laboral y Síndrome de Burnout en los profesionales de salud del Centro Materno Infantil “Manuel Barrueto”. Tesis para optar el grado de Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud-Sección en Ciencias Médicas Línea de investigación Calidad de la prestación asistencial y gestión de riesgos en salud  
file:///C:/Users/CARLOS/Downloads/Burout%20Albornoz\_TS%20SJM.pdf
- Álvarez, M. (2017) Desgaste profesional y satisfacción laboral del profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital “San José” Callao. Para optar el grado de Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud-Escuela de Post grado de la Universidad Cesar Vallejo  
file:///C:/Users/CARLOS/Downloads/%C3%81lvarez\_CMM%20Burnout%20enfermeras%20Hospi%20Callao.pdf

Álvarez, R. (2011) El síndrome de burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa. Revista Éxito Empresarial hacia la sostenibilidad N° 160. CEGESTI 20° Aniversario. [http://www.cegesti.org/exitoempresarial/publicaciones/publicacion\\_160\\_160811\\_es.pdf](http://www.cegesti.org/exitoempresarial/publicaciones/publicacion_160_160811_es.pdf)

Álvarez, V.; et (2014) Relación entre las manifestaciones del Síndrome de Burnout y la calidad del cuidado del enfermero(a) en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Base de la Red Asistencial Almenara. Trabajo de investigación no publicada para optar el título de especialista en Enfermería en Unidad de Cuidados Intensivos. Universidad Peruana Unión

Allport, G. (1975) La Personalidad, su configuración y desarrollo. (1ra Ed.) Barcelona España: Editorial Herder.

Andrade, A., et Wachelke, J. (2015) Organizações e Trabalho. Revista Psicología 2015:233-240 <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v15n3/v15n3a02.pdf>.

Aníbal, C. (2009) Convenios de la OIT sobre seguridad y salud en el trabajo una oportunidad para mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo. Recuperado el de de 2015. (ed.). [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---ilo-buenos\\_aires/documents/publication/wcms\\_bai\\_pub\\_118.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---ilo-buenos_aires/documents/publication/wcms_bai_pub_118.pdf)

Apiquian, A. (2007) El Síndrome del Burnout en las empresas. En presentación realizada en el tercer Congreso de Escuelas de Psicología de las Universidades Red Anáhuac. Mérida, Yucatán Universidad Anáhuac México Norte (Coordinadora De Psicología Laboral). Recuperado El De 2015 (Ed. De 26 Y 27 De Abril De 2007) <https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-30022/sindrome%20burnout.pdf>

Aranda, C.; Pando M. Y Perez, M. (2004) Apoyo Social Y Síndrome De Quemarse En El Trabajo O Burnourt. En Instituto De Investigaciones Psicológicas Universidad Veracruzana Volumen 14: México <Http://Www.Redalyc.Org/Pdf/291/29114109.Pdf>

Arias G.; Valeria, D.; Loli, P. y Quintana, O. (2002). Clima organizacional y el compromiso Personal hacia la organización, la intención de permanencia y el esfuerzo. Evidencia provenientes del Perú. Revista de Psicología LIBERABIT Vol. N°8 de 2002 Arias Galicia, Fernando; Valeria Loza, Daniel; Loli Pineda, Alejandro y Quintana Otiniano, Daniel- Número Monográfico dedicado a la Psicología Organizacional. Escuela Profesional de Psicología. Universidad San Martín de Porres

Arias, W. & Jiménez, N. (2015) Estudios de Burnout en Arequipa. Revista Interacciones de avances en Psicología Vol. 1 N°1 en Instituto Peruano de Orientación Psicológica IPOPS 2012 enero-junio de 2015 Lima Perú: Editorial Servicios Gráficos Floviamerica E.I.R.L. Director Dr. David Rogelio Villareal Huertas

Arias, W. (2012). Estudio comparativo del síndrome de burnout en enfermeras, policías y docentes de Arequipa. 2015, de ResearchGate Recuperado de [http://www.researchgate.net/profile/Walter\\_Arias\\_Gallegos/publication/275584033\\_estudio\\_comparativo\\_del\\_sndrome\\_de\\_burnout\\_en\\_enfermeras\\_policias\\_y\\_docentes\\_de\\_arequipa/links/554005a50cf2320416ecec8.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Walter_Arias_Gallegos/publication/275584033_estudio_comparativo_del_sndrome_de_burnout_en_enfermeras_policias_y_docentes_de_arequipa/links/554005a50cf2320416ecec8.pdf)

Arias, W; Jiménez, N. (2012) Estudio comparativo del síndrome de burnout en enfermeras, policías y docentes de Arequipa. Recuperado de: <http://colegiodepsicologosarequipa.org/201224.%20S%C3%ADndrome%20de%20burnout%20en%20enfermeras%20polic%C3%ADas%20y%20docentes.pdf>

Asociación Mundial de Psiquiatría (1995) DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. PIERRE PICHOT: Editorial Masson S.A.

Arpita, A. (2016) Síndrome de Burnout mediante la aplicación del cuestionario Maslach Burnout Inventory en internos de Obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal y Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”. Tesis para optar título profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos- Perú



Axayacalt G.; Aceves G.; Celis M.; Moreno, S.; Farías F.; y Suárez J. (2006) Síndrome de burnout. En arch. Neurocién Vol.11 N° 4:305-309. México <http://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2006/ane064m.pdf>. Recuperado el 14 de Julio de 2014

Barreda, L. (2017) Clima laboral y Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un Hospital de Lima Norte. Tesis para optar el título en Psicología. Universidad Cesar Vallejo. [http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/3178/Barreda\\_BLR.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/3178/Barreda_BLR.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Barrios, N. (2017) Cambio organizacional en dos hospitales del Ministerio de Salud – Lima. Para optar el grado académico de Maestra en Gestión Pública-Sección Ciencias Empresariales. Línea de investigación Administración del Talento Humano [file:///C:/Users/CARLOS/Downloads/Barrios\\_DLCNK%20Cambio%20organizacional%20San%20Bartolome.pdf](file:///C:/Users/CARLOS/Downloads/Barrios_DLCNK%20Cambio%20organizacional%20San%20Bartolome.pdf)

Bericat, E. (1998) La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social significado y medida. Editorial Ariel S.A. Barcelona - España <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2019/07/Bericat-La-Integracion-de-Los-Metodos-Cuanti-y-Cuali.pdf>

Chacón, G. (2018) Propiedades Psicométricas de la Escala de Clima Social Laboral WES en trabajadores de una empresa pública en Comas. Tesis Para Obtener El Título Profesional de la Facultad De Humanidades Escuela Profesional De Psicología-Universidad Cesar Vallejo

Hernández, M.; Jiménez, A., Llergo, M., Mazzoni, L., Perandrés, A. 2014:61,63 en <http://digibug.ugr.es/handle/10481/31296#.Wj0bQFWWaM8>)

Hidalgo, I. (2019) Síndrome de burnout y comportamiento organizacional del personal médico en un centro de Salud de San Juan de Lurigancho – Lima. Tesis para optar el grado de maestra

en Gestión de los Servicio de la Salud. Línea de investigación: Calidad de las prestaciones Asistenciales y gestión del Riesgo en Salud-Universidad Cesar Vallejo.

file:///C:/Users/CARLOS/Downloads/Hidalgo\_VI%20Burnout%20en%20medicos%20S JL .pdf

Karla Irene Martínez Méndez (2015) “Tienen sexo las profesiones. Hombres y mujeres en profesiones femeninas y masculinas, el caso de los enfermeros y las ingenieras mecánicas electricistas”<https://colsan.repositorioinstitucional.mx/jspui/bitstream/1013/237/3/Tienen%20sexo%20las%20profesiones%20hombres%20y%20mujeres%20en%20profesiones%20femeninas%20y%20masculinas%20C%20el%20caso%20de%20los%20enfermeros%20y%20las%20ingenieras%20mec%C3%A1nicas%20electricistas.pdf>

Landa, E. et al Jiménez, I. (2017) Clima organizacional y factores relacionados con el burnout en urgencias médicas: un estudio correlacional. *Psicología y Salud*, Vol. 27, Núm. 2: 245-254, julio-diciembre de 2017

<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2525/4407>

Marina, L. & Raffo, L. (2010) *Psicología y Desarrollo Organizacional*. Revista Psicológica de actualización profesional Paradigmas N° 1 y 2 - 2010 Vol.1 Colegio de Psicólogos del Perú- Consejo Nacional Regional I Lima Perú: Imprenta Dennis Morzan D.

Matta, L. & Rojas, R. (2020) Síndrome de burnout y clima organizacional en el personal de salud del Centro de Salud Justicia, Paz y Vida, Huancayo. Para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología. Facultad de Humanidades – Escuela Académico Profesional de Psicología. Universidad Continental.

file:///C:/Users/CARLOS/Downloads/IV\_FHU\_501\_TE\_Matta\_Rojas\_2020.pdf

Mediano, L.; Fernández G.; Pico V.; Arilla J. (2002) *El Burnout en los Médicos causas, prevención y tratamiento*. (1ra ed.). 1ra Reimpresión Mayo 2002. España: Editorial Ricardo Prats y Asociados

Ministerio de Salud (2020) Anexo de R.M. 180-2020 Guía Técnica para el cuidado de la Salud Mental del Personal de la Salud en el contexto del COVID -19

Miño, A. (2012) “Clima organizacional y estrés laboral asistencial – Burnout”. Revista Psicológica Científica ISSN:2322-8644 / Vol. 17: Santiago de Chile  
<http://www.psicologiacientifica.com/burnout-profesores-ensenanza-media/>

Morocho, L. (2007) “Selección del Talento Humano”. Revista Psicológica de actualización profesional nuevos paradigmas N° 1. Colegio de Psicólogos del Perú-Consejo Nacional Regional I Lima Perú: Ed. Willian EIRL.

Nota informativa N° 008-2019-ECDRH-OP-HONADOMANI-SB

Olaz, Á. (2013) “El Clima Laboral en Cuestión”. Revisión Bibliográfico-Descriptiva Y Aproximación a un Modelo Explicativo Multivariable universidad de Murcia. Revista Aposta de Ciencias Sociales ISSN 1696-7348 N° 56, Enero, Febrero y Marzo 2013  
<http://www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/aolaz1.pdf>

Ore, N. & Serpa, L. (2018) Síndrome de burnout y satisfacción laboral en el enfermero del servicio de consultorios externos del Hospital Regional Zacarias Correa Valdivia – Huancavelica-Perú. Tesis para obtener el grado académico de maestro en gestión de los servicios de la salud. Universidad Cesar Vallejo. Escuela de posgrado. Sección Gestión en los servicios de salud. Línea de investigación calidad de las prestaciones asistenciales.  
<file:///C:/Users/CARLOS/Downloads/Bunout%20en%20enfermeros%20en%20Huancavelica%202018.pdf>

Pezúa M. (2012) Clima social familiar y su relación con la madurez social del Niño(a) de 6 a 9 años. Universidad Nacional Mayor de San Marcos – Facultad de psicología- Unidad de post grado  
[https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/3304/Pezua\\_vm.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/3304/Pezua_vm.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Quispe, L. (2019) Gestión del talento humano y la competencia laboral del personal de enfermería de Cuidados Intensivos del Hospital San Bartolomé. Tesis para obtener el grado de maestra en Gestión de los Servicios de la Salud. Línea de investigación Calidad de las prestaciones asistenciales y gestión del riesgo en salud. Escuela de postgrado de la universidad Cesar Vallejo.

efile:///C:/Users/CARLOS/Downloads/Quispe\_TAL%20Hospi%20San%20Bartolome%20talento%20humano%20en%20enfermeras.pdf

Rodríguez, O. (1998) El Clima Organizacional y su influencia en el nivel de satisfacción laboral en las empresas de publicidad audiovisual en Lima Metropolitana en el contexto de Modelo neoliberal. Tesis de Maestría en Administración. Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Lima Perú.

Rodríguez, S. (2017) Síndrome de burnout en el profesional de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Tesis para optar título profesional de licenciada en enfermería

Silva, G. (2017) Factores estresores y síndrome de Burnout en enfermeras asistenciales del servicio de cuidados intensivos neonatales del Hospital Cayetano Heredia. Tesis para optar el grado de maestra en Gestión de los servicios de la salud. Sección: Ciencias Médicas. Línea de investigación: Gestión de los servicios de la salud. Escuela de posgrado de Universidad Cesar Vallejo

file:///C:/Users/CARLOS/Downloads/Silva\_AGD%20Factores%20laborales%20y%20burnout%20en%20enfermeras%20de%20uci%20Hospi%20Cayetano%20Heredia.pdf

Solís, Z. (2015) Relación entre clima organizacional y síndrome de burnout en el servicio de emergencia de un hospital Categoría III-2. Lima, Perú 2015. Revista Horizonte Médico (Lima) versión impresa ISSN 1727-558X Horiz. Med. vol.16 no.4 Lima oct./dic. 2016 [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-558X2016000400006](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2016000400006)

Stamm, B.H. (2010) The Concise ProQOLManual. 2nd. Editorial Pocatello, ID: ProQOL.org

Toro, F. (2015) Clima Organizacional y productividad laboral. Centro de investigación e interventoría en comportamiento organizacional

<http://www.camaramedellin.com.co/site/>

Portals/0/Documentos/Biblioteca/herramientas/clima-organizacional-productividad-herramientas.pdf

Yslado, R. et al (2011) Factores sociodemográficos intra y extra organizativos relacionados con síndrome de quemarse por el trabajo en profesionales de salud de hospitales en Ancash-Perú.

[https://go.gale.com/ps/retrieve.do?tabID=T002&resultListType=RESULT\\_LIST&searchResultsType=SingleTab&searchType=BasicSearchForm&currentPosition=2&docId=GALE%7CA298614430&docType=Perspectiva+general+de+la+enfermedad+o+trastorno&sort=Relevance&contentSegment=ZCUL&prodId=PPPC&contentSet=GALE%7CA298614430&searchId=R3&userGroupName=univcv&inPS=true](https://go.gale.com/ps/retrieve.do?tabID=T002&resultListType=RESULT_LIST&searchResultsType=SingleTab&searchType=BasicSearchForm&currentPosition=2&docId=GALE%7CA298614430&docType=Perspectiva+general+de+la+enfermedad+o+trastorno&sort=Relevance&contentSegment=ZCUL&prodId=PPPC&contentSet=GALE%7CA298614430&searchId=R3&userGroupName=univcv&inPS=true)

**Anexo 1:** Declaración de autenticidad

**Anexo 2: Autorización de consentimiento para realizar la investigación**



Universidad Ricardo Palma

Escuela de Posgrado

**AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN**

DECLARACIÓN DEL RESPONSABLE DEL AREA O DEPENDENCIA  
DONDE SE REALIZARA LA INVESTIGACIÓN

Dejo constancia que el área o dependencia que dirijo, ha tomado conocimiento del proyecto de tesis titulado:

"RELACION DEL CLIMA SOCIAL EN EL TRABAJO Y EL SINDROME DE BURNOUT EN PERSONAL ASISTENCIAL DE UNA ORGANIZACIÓN HOSPITALARIA PÚBLICA"  
el mismo que es realizado por el Sr./Srta. Estudiante (Apellidos y nombres):

PS. CARLOS ALBERTO CAJE CECILIO

, en condición de estudiante - investigador del Programa de:

MAESTRIA EN PSICOLOGIA ORGANIZACIONAL

Así mismo señalamos, que según nuestra normativa interna procederemos con el apoyo al desarrollo del proyecto de investigación, dando las facilidades del caso para aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

En razón de lo expresado doy mi consentimiento para el uso de la información y/o la aplicación de los instrumentos de recolección de datos:

Nombre de la empresa: <u>HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE-NIÑO "SAN BARTOLOME"</u>	Autorización para el uso del nombre de la Empresa en el Informe Final	<input checked="" type="checkbox"/> <b>NO</b>
--	---	--

Apellidos y Nombres del Jefe/Responsable del área: <u>CARMEN RUREA MAGUINO VELIZ</u>	Cargo del Jefe/Responsable del área: <u>JEFE SERVICIO DE PSICOLOGIA</u>
---	--

Teléfono fijo (incluyendo anexo) o celular: <u>989458537</u>	Correo electrónico de la empresa: <u>carmemaguino@outlook.com</u>
---	--

**MINISTERIO DE SALUD  
HONADOMANI "SAN BARTOLOME"**  
  
Ps. Carmen Maguino Veliz  
C.Ps.P. 3394  
Jefa del Servicio de Psicología

Firma

**MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO  
SAN BARTOLOME**  
Documento Autorizado  
  
LTC. WILLIAM FLORIANO PLASENCIA  
Reg. N° ..... Fecha 18 Febrero 2015

Fecha

21 AGO. 2015



### Anexo 3: Matriz de consistencia

Relación del Clima Social en el Trabajo y el Síndrome de Burnout en el Personal Asistencial de una organización hospitalaria pública

<b>PROBLEMAS</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>HIPÓTESIS</b>	<b>MARCO</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>METODOLOGÍA</b>
<b>General</b>	<b>General</b>	<b>General</b>	<b>TEÓRICO</b>			
¿Existe relación entre el Clima Social en el Trabajo y el Síndrome de Burnout en el Personal Asistencial de una organización hospitalaria pública?	Establecer la relación que existe entre el Clima Social en el Trabajo y el Síndrome de Burnout en el Personal Asistencial de una organización hospitalaria pública.	Existe relación entre el Clima Social en el Trabajo y el Síndrome de Burnout en el personal Asistencial de una organización hospitalaria pública.	<b>Clima Social en el Trabajo</b>  Basado en la Psicología ambiental de Rudolf H. Moos (1984)  Relación individuo y medio ambiente	<b>Variable X</b> Clima Social WES: Trabajo	X1 Dimensión Relaciones  X2 Dimensión Autorrealización  X3 Dimensión Estabilidad/ Cambio	<b>Enfoque:</b> Cuantitativo  <b>Tipo de estudio:</b> Correlacional  <b>Diseño:</b> Descriptiva correlacional transversal.



<b>PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>HIPÓTESIS</b>	<b>MARCO</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>METODOLOGÍA</b>
<b>Específicas</b>	<b>Específicos</b>	<b>Específicas</b>	<b>TEÓRICO</b>			
1.-¿Existe relación entre la Dimensión Relaciones del Clima Social en el Trabajo y el Síndrome de Burnout?	1.- Determinar la relación entre la Dimensión Relaciones del Clima Social en el Trabajo y el Síndrome de Burnout	H <sub>1</sub> : Existe relación significativa entre la Dimensión Relaciones del Clima Social en el Trabajo y el Síndrome de Burnout.	<b>Síndrome de burnout</b>  Constructo tridimensional de Maslach (1982)	<b>Variable Y:</b>  Síndrome de Burnout	Y <sub>1</sub> Cansancio Emocional (CE)  Y <sub>2</sub> Despersonalización (DP)  Y <sub>3</sub> Realización Personal (RP)	<b>Población:</b> Personal asistencial del Hospital Nacional Docente de Lima, compuesto por Médicos, Psicólogos, Cirujanos Dentistas, Enfermeras, Obstetrices, Técnicas en Enfermería.  <b>Muestra:</b> <b>Tipo de muestreo:</b> no probabilístico. <b>Modalidad:</b> intencionado <b>Criterio de inclusión:</b> personal
2.-¿Existe relación entre la Dimensión Autorrealización del Clima Social en el Trabajo y el Síndrome de Burnout?	2.- Determinar la relación entre la Dimensión Autorrealización del Clima Social en el Trabajo y el Síndrome de Burnout	H <sub>2</sub> : Existe relación significativa entre la Dimensión Autorrealización del Clima Social en el Trabajo y el Síndrome de Burnout.				

<p>3.- ¿Existe relación entre la Dimensión Estabilidad/Cambio del Clima Social en el Trabajo y el Síndrome de Burnout?</p>	<p>3.- Determinar la relación entre la Dimensión Estabilidad/Cambio del Clima Social en el Trabajo y el Síndrome de Burnout.</p>	<p>H<sub>3</sub>: Existe relación significativa entre dimensión estabilidad/cambio del Clima Social en el Trabajo y el Síndrome de Burnout.</p>				<p>profesional</p> <p><b>Descripción de los instrumentos:</b></p> <p>Fiabilidad y validez</p> <p>Análisis Estadísticos</p>
--	--	---	--	--	--	--

## Anexo 4: Protocolos e Instrumentos utilizados

WES

### CLIMA SOCIAL: TRABAJO

A continuación encontrará unas frases relacionadas con el trabajo. Aunque estén pensadas para muy distintos ambientes laborales, es posible que algunas no se ajusten del todo al lugar donde Vd. trabaja. Trate de acomodarlas a su propio caso y decida si son verdaderas o falsas en relación con su centro de trabajo.

En las frases, el jefe es la persona de autoridad (capataz, encargado, supervisor, director, etc.) con quien Vd. se relaciona. La palabra empleado se utiliza en sentido general, aplicado a todos los que forman parte del personal del centro o empresa.

Añote las contestaciones en la Hoja de respuestas. Si cree que la frase, aplicada a su lugar de trabajo, es verdadera o casi siempre verdadera, anote una X en el espacio correspondiente a la V (Verdadero). Si cree que la frase es falsa o casi siempre falsa, anote una X en el espacio correspondiente a la F (Falso). Siga el orden de la numeración que tienen las frases, aquí y en la Hoja, para evitar equivocaciones. La flecha le recordará que tiene que pasar a la línea siguiente en la Hoja.

#### NO ESCRIBA NADA EN ESTE IMPRESO

1. El trabajo es realmente estimulante.
2. La gente se esfuerza en ayudar a los recién contratados para que estén a gusto.
3. Los jefes suelen dirigirse al personal en tono autoritario.
4. Son pocos los empleados que tienen responsabilidades algo importantes.
5. El personal presta mucha atención a la terminación del trabajo.
6. Existe una continua presión para que no se deje de trabajar.
7. Las cosas están a veces bastante desorganizadas.
8. Se da mucha importancia a mantener la disciplina y seguir las normas.
9. Se valora positivamente el hacer las cosas de modo diferente.
10. A veces hace demasiado calor en el trabajo.
- 
11. No existe mucho espíritu de grupo.
12. El ambiente es bastante impersonal.
13. Los jefes suelen felicitar al empleado que hace algo bien.
14. Los empleados poseen bastante libertad para actuar como crean mejor.
15. Se pierde mucho tiempo por falta de eficacia.
16. Aquí parece que las cosas siempre son urgentes.
17. Las actividades están bien planificadas.
18. En el trabajo se puede ir vestido con ropa extravagante si se quiere.
19. Aquí siempre se están experimentando ideas nuevas y diferentes.
20. La iluminación es muy buena.
- 
21. Muchos parecen estar sólo pendientes del reloj para dejar el trabajo.
22. La gente se ocupa personalmente por los demás.
23. Los jefes no alientan el espíritu crítico de los subordinados.
24. Se anima a los empleados para que tomen sus propias decisiones.
25. Muy pocas veces las cosas se dejan para otro día.
26. La gente no tiene oportunidad para relajarse (expansionarse).
27. Las reglas y normas son bastante vagas y ambiguas.
28. Se espera que la gente haga su trabajo siguiendo unas reglas establecidas.
29. Esta empresa sería una de las primeras en ensayar nuevas ideas.
30. El lugar de trabajo está terriblemente abarrotado de gente.
- 
31. La gente parece estar orgullosa de la organización.
32. Los empleados raramente participan juntos en otras actividades fuera del trabajo.
33. Normalmente los jefes valoran las ideas aportadas por los empleados.
34. La gente puede utilizar su propia iniciativa para hacer las cosas.
35. Nuestro grupo de trabajo es muy eficiente y práctico.
36. Aquí nadie trabaja duramente.

AHORA, VUELVA LA HOJA Y CONTINUE



Autores: P.M. Insel y R.H. Moos.

Copyright © 1974 by Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto, California.

Copyright © 1984 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en tinta azul. Si le presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España por: Aguirre Campaño; Deganzo, 15 dpdo.; 28002 MADRID - Depósito legal: M - 1.192 - 1984.

37. Las responsabilidades de los jefes están claramente definidas.
38. Los jefes mantienen una vigilancia bastante estrecha sobre los empleados.
39. La variedad y el cambio no son especialmente importantes aquí.
40. El lugar de trabajo es agradable y de aspecto moderno.
- 
41. Los empleados ponen gran esfuerzo en lo que hacen.
42. En general, la gente expresa con franqueza lo que piensa.
43. A menudo los jefes critican a los empleados por cosas de poca importancia.
44. Los jefes animan a los empleados a tener confianza en sí mismos cuando surge un problema.
45. Aquí es importante realizar mucho trabajo.
46. No se «meten prisas» para cumplir las tareas.
47. Normalmente se explican al empleado los detalles de las tareas encomendadas.
48. Se obliga a cumplir con bastante rigor las reglas y normas.
49. Se han utilizado los mismos métodos durante mucho tiempo.
50. Sería necesaria una decoración nueva en el lugar de trabajo.
- 
51. Aquí hay pocos voluntarios para hacer algo.
52. A menudo los empleados comen juntos a mediodía.
53. Normalmente el personal se siente libre para solicitar un aumento de sueldo.
54. Generalmente los empleados no intentan ser especiales o independientes.
55. Se toma en serio la frase «el trabajo antes que el juego».
56. Es difícil mantener durante tiempo el esfuerzo que requiere el trabajo.
57. Muchas veces los empleados tienen dudas porque no saben exactamente lo que tienen que hacer.
58. Los jefes están siempre controlando al personal y le supervisan muy estrechamente.
59. En raras ocasiones se intentan nuevas maneras de hacer las cosas.
60. Aquí los colores y la decoración hacen alegre y agradable el lugar de trabajo.
- 
61. En general, aquí se trabaja con entusiasmo.
62. Los empleados con tareas muy distintas en esta organización no se llevan bien entre sí.
63. Los jefes esperan demasiado de los empleados.
64. Se anima a los empleados a que aprendan cosas, aunque no sean directamente aplicables a su trabajo.
65. Los empleados trabajan muy intensamente.
66. Aquí se pueden tomar las cosas con calma y no obstante realizar un buen trabajo.
67. Se informa totalmente al personal de los beneficios obtenidos.
68. Los jefes no suelen ceder a las presiones de los empleados.
69. Las cosas tienden a continuar siempre del mismo modo.
70. A veces hay molestas corrientes de aire en el lugar de trabajo.
- 
71. Es difícil conseguir que el personal haga un trabajo extraordinario.
72. Frecuentemente los empleados hablan entre sí de sus problemas personales.
73. Los empleados comentan con los jefes sus problemas personales.
74. Los empleados actúan con gran independencia de los jefes.
75. El personal parece ser muy poco eficiente.
76. Siempre se tropieza uno con la rutina o con una barrera para hacer algo.
77. Las normas y los criterios cambian constantemente.
78. Se espera que los empleados cumplan muy estrictamente las reglas y costumbres.
79. El ambiente de trabajo presenta novedades y cambios.
80. El mobiliario está, normalmente, bien colocado.
- 
81. De ordinario, el trabajo es muy interesante.
82. A menudo, la gente crea problemas hablando de otros a sus espaldas.
83. Los jefes apoyan realmente a sus subordinados.
84. Los jefes se reúnen regularmente con sus subordinados para discutir proyectos futuros.
85. Los empleados suelen llegar tarde al trabajo.
86. Frecuentemente, hay tanto trabajo que hay que hacer horas extraordinarias.
87. Los jefes estimulan a los empleados para que sean precisos y ordenados.
88. Si un empleado llega tarde, puede compensarlo saliendo también más tarde.
89. Aquí parece que el trabajo está cambiando siempre.
90. Los locales están siempre bien ventilados.

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES

N.º 132

# ESCALAS DE CLIMA SOCIAL

## HOJA DE RESPUESTAS Y PERFIL

FES

WES

CIES

CES

Apellidos y nombre ..... Edad ..... Sexo ..... (V.M.)

Centro ..... Curso/Puesto .....

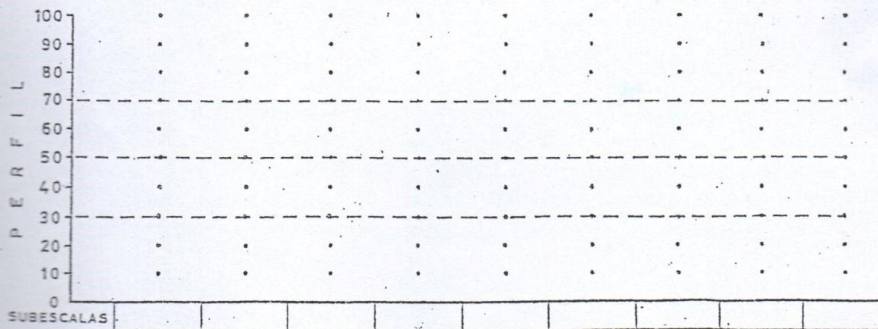
EJEMPLOS

X	Z	F	Y	V	F
---	---	---	---	---	---

(Marque la Escala aplicada)

FES-WES

										Sub-escalas	PD	PT								
V 1	F	V 11	F	V 21	F	V 31	F	V 41	F	V 51	F	V 61	F	V 71	F	V 81	F			
V 2	F	V 12	F	V 22	F	V 32	F	V 42	F	V 52	F	V 62	F	V 72	F	V 82	F			
V 3	F	V 13	F	V 23	F	V 33	F	V 43	F	V 53	F	V 63	F	V 73	F	V 83	F			
V 4	F	V 14	F	V 24	F	V 34	F	V 44	F	V 54	F	V 64	F	V 74	F	V 84	F			
V 5	F	V 15	F	V 25	F	V 35	F	V 45	F	V 55	F	V 65	F	V 75	F	V 85	F			
V 6	F	V 16	F	V 26	F	V 36	F	V 46	F	V 56	F	V 66	F	V 76	F	V 86	F			
V 7	F	V 17	F	V 27	F	V 37	F	V 47	F	V 57	F	V 67	F	V 77	F	V 87	F			
V 8	F	V 18	F	V 28	F	V 38	F	V 48	F	V 58	F	V 68	F	V 78	F	V 88	F			
V 9	F	V 19	F	V 29	F	V 39	F	V 49	F	V 59	F	V 69	F	V 79	F	V 89	F			
V 10	F	V 20	F	V 30	F	V 40	F	V 50	F	V 60	F	V 70	F	V 80	F	V 90	F			



Copyright © 1974 by Consulting Psychological Press, Inc., Palo Alto, California, U.S.A.  
Copyright © 1993 by TEA Ediciones, S.A. - Adaptado con permiso - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Frey Bernardino del Sagrado, 24; 28006 MADRID - Prohíbe la reproducción total o parcial

ENCUESTA AL PERSONAL



# MBBI

DE SERVICIOS HUMANOS



El propósito de esta encuesta es conocer cómo consideran distintos profesionales pertenecientes a los Servicios Humanos su trabajo y a las personas a quienes dan servicio.

Se usa el término *persona* para señalar a los sujetos a los que se proporciona el servicio, cuidado o atención. Aunque en su labor Vd. utilice otro término (por ejemplo, pacientes, alumnos, clientes, etc.), cuando responda a esta encuesta piense en los que reciben el servicio que Vd. da.

Al dorso de esta página encontrará 22 frases relacionadas con los sentimientos que Vd. experimenta en su trabajo. Lea cada frase y responda anotando la frecuencia con que ha tenido ese sentimiento de acuerdo con la escala siguiente:

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

Vea el siguiente ejemplo:

"Me siento deprimido en el trabajo".

Si **NUNCA** se siente deprimido en el trabajo, debe contestar con un 0. Si esto le ocurre alguna vez, indique su frecuencia (de 1 a 6).

Junto a las frases se le piden unos datos personales. Si alguno le parece demasiado personal, deje el espacio en blanco. La finalidad de todos ellos es procurar conocer mejor cómo consideran el trabajo y a las personas los profesionales que tratan con éstas en su trabajo.



Autores: C. Maslach, S. E. Jackson y R. L. Schwab.

Copyright original © 1986 by Consulting Psychologists Press, Palo Alto, California.

Copyright © 1997 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España.

Edita: TEA Ediciones, S.A. - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en tinta azul. Si le presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, **NO LA UTILICE** - Printed in Spain. Impreso en España por: Gráficas Cetarayn, S.A. León

Depósito legal: LE-377-1997

**NO DÉ LA VUELTA A LA HOJA HASTA QUE SE LE INDIQUE.**

**ATIENDA A LAS INSTRUCCIONES DEL EXAMINADOR.**

ENCUESTA AL PERSONAL   
**MIBI**  
 DE SERVICIOS HUMANOS

**DATOS PERSONALES** (Marque una 'X' en el recuadro o anote el dato pedido sobre la línea)

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Apellidos: \_\_\_\_\_

Sexo:  Varón  Mujer      Edad:  años

Estado civil:  Soltero  Casado  
 Divorciado  Viudo  
 Otro \_\_\_\_\_

Si está casado, ¿cuántos años lleva casado con su actual pareja?  años  
 No tengo hijos.       Sí tengo hijos.

Si tiene hijos, ¿cuántos viven con usted?  hijos

Nivel de estudios alcanzado:  
 Estudios primarios       Bachillerato superior  
 Algunos cursos universitarios       Licenciado

Otros \_\_\_\_\_

Profesión actual: \_\_\_\_\_

Situación laboral:  **Nombrado**       Contratado a Plazo Fijo  
 Otra \_\_\_\_\_

Horario: Turno \_\_\_\_\_

Tiempo en su trabajo actual:  años  meses.  
 Tiempo en esta profesión:  años  meses.

CE   DP   RP

ESCALA DE FRECUENCIA DE LOS SENTIMIENTOS

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

CONTIESTE A LAS FRASES INDICANDO LA FRECUENCIA CON QUE VD. HA EXPERIMENTADO ESE SENTIMIENTO.

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 enfrentarme con otro día de trabajo .....
4. Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas .....
5. Creo que trato a algunas personas como si fuesen objetos impersonales .....
6. Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo .....
7. Trato muy eficazmente los problemas de las personas .....
8. Me siento "quemado" por mi trabajo .....
9. Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de los demás .....
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión .....
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente .....
12. Me siento muy activo .....
13. Me siento frustrado en mi trabajo .....
14. Creo que estoy trabajando demasiado .....
15. No me preocupa realmente lo que le ocurre a algunas personas a las que doy servicio .....
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés .....
17. Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con las personas a las que doy servicio .....
18. Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas .....
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión .....
20. Me siento acabado .....
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma .....