



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Síndrome de Burnout y Desórdenes Emocionales en
Estudiantes de la Universidad Alas Peruanas de Chota –
Cajamarca, 2013**

**PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestra en Psicología Clínica y de la Salud**

AUTORAS

Br. Consuelo Tingal Vásquez
Br. Tatyhanik Yahiro Briones Cieza

ASESORA

Dra. Bertila Hernández Fernández

SECCIÓN


Humanidades

LINEA DE INVESTIGACIÓN

Inclusion y Democracia

PERU – 2018

PAGINA DE JURADO



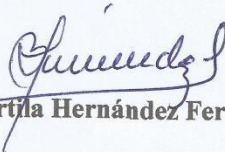
Dra. Zuly Cristina Molina Carrasco

Presidente



Dr. Juan Pedro Soplapuco Montalvo

Secretario



Dra. Bertila Hernández Fernández

Vocal

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo Tingal Vásquez Consuelo, con DNI N° 16783700 a efecto de cumplir con los criterios de evaluación de la experiencia curricular de Metodología de la Investigación Científica, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño es veraz y auténtica.

Así mismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la presente tesis son auténticos y veraces.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Chiclayo, 5 de Marzo del 2018

Tingal Vásquez Consuelo

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo Briones Cieza Yahiro, con DNI N° 16783700 a efecto de cumplir con los criterios de evaluación de la experiencia curricular de Metodología de la Investigación Científica, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño es veraz y auténtica.

Así mismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la presente tesis son auténticos y veraces.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Chiclayo, 6 de Marzo del 2018

Briones Cieza Yahiro

DEDICATORIA

A Dios todopoderoso por brindarme multitudes pruebas en las distintas áreas de mi vida, en las que he tenido que demostrar constancia, paciencia, inteligencia, y sabiduría para sobresalir y lograr mis propósitos.

A mis padres, quienes me han dado la vida, muchas enseñanzas y multitudes lecciones para enfrentarme a los retos diarios que tengo que cumplir como persona, demostrando perseverancia para lograr mis metas presentes

Tatyhanik

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento. A mis madres Elvia y Ayda, por ser los pilares ¡más importantes!, y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias de opiniones; y que, con sus buenos sentimientos, hábitos y valores religiosos, me han enseñado a no desfallecer ni rendirme ante nada.

Al hombre que me dio la vida, el cual a pesar de haberlo perdido, siento que está conmigo siempre y, aunque nos faltaron muchas cosas por vivir juntos, sé que este momento hubiera sido tan especial para él, como lo es para mí. A mi inolvidable amiga Amelia, que mientras estuvo con vida, siempre fue un ángel que supo cuidarme.

A mi hermano Nolberto, que siempre ha estado junto a mí brindándome su apoyo, muchas veces poniéndose en el papel de padre. A Neiser, porque te amo infinitamente hermanito. A Jaime Alexander, mi querido esposo, por estar a mi lado en los momentos de alegría y tristeza; demostrándome que siempre podré contar con él. A mi compañera Tatyhanik, porque sin el equipo que formamos no hubiera logrado esta meta.

Consuelo

AGRADECIMIENTO

De manera muy especial a los Directivos y alumnos de la Universidad Alas Peruanas con sede en la provincia de Chota, por quienes fue posible realizar nuestro trabajo de investigación.

A todo el personal docente y administrativo de la Universidad Alas Peruanas del ámbito de la provincia de Chota por su valiosa colaboración y paciencia durante el desarrollo de la investigación.

A nuestro asesor, Ph. Dr. José Anicama Gómez, por ser guía en el desarrollo del presente trabajo de investigación.

A nuestra docente y asesora, Dra. Bertila Hernández Fernández por la orientación y ayuda que nos brindó, no solo impartiendo conocimientos; sino por su apoyo y amistad, inculcándonos así: responsabilidad, motivación y rigor académico para la realización de esta tesis.

Al Mg. Julio César Fernández Cueva, nuestro amigo y colaborador, siempre dispuesto con sus buenas ideas y consejos.

Y a todas aquellas personas que de una u otra forma, colaboraron o participaron en la realización de esta investigación, hacemos extensivo nuestro agradecimiento.

Las autoras

PRESENTACIÓN

Señores miembros del jurado:

Dando cumplimiento a las normas del reglamento de elaboración y sustentación de Tesis de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, para elaborar la Tesis de Maestría en Psicología Clínica y de la Salud, ponemos a vuestra consideración la evaluación del presente trabajo de investigación denominado: Síndrome de Burnout y Desórdenes Emocionales en estudiantes de la Universidad Alas Peruanas de Chota – Cajamarca. 2013.

Dicho estudio constituyó para nosotros un desafío, intentamos contribuir al mejoramiento de los desórdenes emocionales motivados por el síndrome de Burnout en los estudiantes de la Universidad Alas Peruanas con sede en la provincia de Chota y teniendo como objetivo general, determinar la relación entre el Síndrome de Burnout y los Desórdenes Emocionales en universitarios.

Asimismo, nuestra propuesta hace especial énfasis a los desórdenes emocionales prevalentes motivados por el síndrome de Burnout, sirviendo como base para interpretar situaciones con respecto a las dimensiones investigadas; que son características relevantes de una organización que distingue a una de otra; y, que pueden ser empleadas e interpretadas con la realidad.

Por lo expuesto, esperamos que esta investigación sea correctamente valorada; teniendo en cuenta el interés de nuestra experiencia profesional, la cual siempre redundara en beneficio de la comunidad educativa local, regional y nacional; poniendo en manos de maestros y estudiantes este estudio, convencidos que será una fuente de consulta útil que servirá como fuente de información para nuestros estudiantes.

Pretendiendo que al término de la misma y al cumplimiento de los procedimientos estipulados en el reglamento para elaboración y sustentación de Tesis, de nuestra Casa Superior de Estudios César Vallejo; podamos obtener el grado académico de Magíster en Psicología Clínica y de la Salud.

Las Autoras.

ÍNDICE

PÁGINA DEL JURADO	ii
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD	iii
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vii
PRESENTACIÓN	viii
ÍNDICE	ix
ÍNDICE DE TABLAS	xi
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii

I.INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática	15
1.2. Trabajos previos	16
1.3. Teorías relacionadas al tema	23
1.4. Formulación del problema	53
1.5. Justificación del estudio	54
1.6. Hipótesis	55
1.7. Objetivos	56
1.7.1. Objetivo general	56
1.7.2. Objetivos específicos	56

II.MÉTODO

2.1. Diseño de investigación	58
2.2. Variables	58
2.2.1 Operacionalización de variables	59
2.3. Población	60
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	61
2.4.1 Validez y confiabilidad	61
2.5. Métodos de análisis de datos	67

III.RESULTADOS

3.1. Presentación y Análisis de la información.	70
---	----

CAPÍTULO IV	
DISCUSIÓN	93
CAPÍTULO V	
CONCLUSIONES	96
CAPÍTULO VI	
RECOMENDACIONES	98
REFERENCIAS	100
ANEXOS	
Inventario de Burnout de Maslach y Jackson – MBI	104
Escala de Evaluación Conductual de la Personalidad – API	106
Ficha técnica del Inventario de Burnout de Maslach y Jackson	112
Ficha técnica de la Escala API de Evaluación de los Desórdenes Emocionales	115
Autorización de publicación de tesis en repositorio de la UCV	118
Acta de aprobación de originalidad de tesis	120
Reporte turnitin	121

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla Nº 1 La muestra está constituida por 202 estudiantes, la cual es de tipo estratificada según el sexo, la edad y ocupación	60
Tabla Nº 2 Composición de las Escalas del MBI	63
Tabla Nº 3 Distribución de la muestra total según el sexo	70
Tabla Nº 4 Distribución de la muestra según edad	70
Tabla Nº 5 Distribución de la muestra según ocupación actual	71
Tabla Nº 6 Medias, desviaciones estándar y coeficientes de variación para las sub escalas y puntaje total de la variable Síndrome de Burnout	71
Tabla Nº 7 Medias, desviaciones estándar y coeficientes de variación para las sub escalas y puntaje total de la variable Síndrome de Burnout según sexo	72
Tabla Nº 8 Medias, desviaciones estándar y coeficientes de variación para las sub escalas y puntaje total de la variable Síndrome de Burnout según edad	73
Tabla Nº 9 Medias, desviaciones estándar y coeficientes de variación para las sub escalas y puntaje total de la variable Síndrome de Burnout según ocupación	74
Tabla Nº 10 Resultados de la prueba estadística de bondad de ajuste para las sub - escalas y puntaje total de la variable Síndrome de Burnout según sexo	75
Tabla Nº 11 Resultados de la Prueba "U" de Mann Whitney para determinar diferencias significativas para Síndrome de Burnout según sexo	76
Tabla Nº 12 Resultados de la prueba estadística de bondad de ajuste para las sub - escalas y puntaje total de la variable Síndrome de Burnout según edad	77
Tabla Nº 13 Resultados de la Prueba "H" de Kruskal-Wallis para determinar diferencias significativas para Síndrome de Burnout según edad	78
Tabla Nº 14 Resultados de la prueba estadística de bondad de ajuste para las sub escalas y puntaje total de la variable Síndrome de Burnout según ocupación	78
Tabla Nº 15 Resultados de la Prueba "U" de Mann Whitney para determinar diferencias significativas para Síndrome de Burnout según ocupación actual	79
Tabla Nº 16 Medias, desviaciones estándar y coeficientes de variación para la variable Desordenes emocionales y sus componentes según muestra total	80
Tabla Nº 17 Medias, desviaciones estándar y coeficientes de variación para la variable Desordenes emocionales y sus componentes según sexo	81
Tabla Nº 18 Medias, desviaciones estándar y coeficientes de variación para la variable Desordenes emocionales y sus componentes según edad	81
Tabla Nº 19 Medias, desviaciones estándar y coeficientes de variación para la variable Desordenes emocionales y sus componentes según ocupación actual	82
Tabla Nº 20 Resultados de la Prueba de Kolmogórov-Smirnov para la variable Desordenes emocionales y sus componentes según sexo	84
Tabla Nº 21 Resultados de la Prueba "U" de Mann Whitney para determinar diferencias significativas para Desordenes emocionales y sus componentes según sexo	85
Tabla Nº 22 Resultados de la prueba estadística de bondad de ajuste para las sub escalas y puntaje total de la variable Desórdenes emocionales según edad	85
Tabla Nº 23 Resultados de la Prueba "H" de Kruskal Wallis para determinar diferencias significativas para Desórdenes emocionales y sus componentes según edad	87
Tabla Nº 24 Resultados de la prueba estadística de bondad de ajuste para las sub escalas y puntaje total de la variable Desórdenes emocionales según ocupación actual	88
Tabla Nº 25 Resultados de la Prueba "U" de Mann Whitney para determinar diferencias significativas para Desordenes emocionales y sus componentes según ocupación actual	89
Tabla Nº 26 Correlación bivariada entre el puntaje total de Síndrome de Burnout y Desordenes emocionales	90
Tabla Nº 27 Correlación bivariada entre las sub escalas del Síndrome de Burnout y los componentes de los desórdenes emocionales	91

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se realizó en la Universidad Alas Peruanas de Chota – Cajamarca - 2013 con la finalidad de conocer la relación entre el síndrome de Burnout y los desórdenes emocionales. Para el desarrollo de la investigación se procedió a recolectar información bibliográfica sobre la población en estudio, se aplicó el inventario de Burnout de Maslach y Jackson, así como, la escala API para la evaluación de los desórdenes emocionales de Anicama; se evaluó a 202 estudiantes, con edades que oscilan entre los 16 a más años, de la Universidad Privada Alas Peruanas de Chota, obteniéndose una correlación positiva, de una magnitud moderada y muy significativa ($p < .01$) entre las variables Síndrome de Burnout y Desordenes Emocionales; lo cual permite expresar una relación directa; es decir, a mayor nivel de Síndrome de desgaste ocupacional o profesional, mayores serán las respuestas emocionales inadaptativas.

Para realizar este estudio de tipo descriptivo correlacional, se utilizó el método cuantitativo y el diseño de investigación descriptivo correlacional. El objetivo del trabajo estuvo encaminado a determinar el grado de relación que existe entre el síndrome de Burnout y los desórdenes emocionales para lo cual se empleó instrumentos pertinentes con la finalidad de obtener resultados objetivos. Teniendo como pautas conceptos, teorías, métodos y técnicas de investigación científica que sirven como sustento base de la presente investigación para darle la consistente lógica al trabajo.

Para la variable Síndrome de Burnout y desórdenes emocionales, los resultados obtenidos nos muestran que no existen diferencias significativas al comparar grupos por sexo, edad y ocupación actual. Así mismo, se halló una relación débil y **muy significativa** ($p < .01$) entre el Síndrome de Burnout con los Desórdenes Emocionales. Por ello es necesario realizar estudios, trabajos académicos, investigaciones y asesorías. Así también es necesario que los alumnos conozcan las implicancias que acarrea el Síndrome de Burnout y desordenes emocionales.

Palabras clave: Síndrome de Burnout, desórdenes emocionales, universitarios.

ABSTRACT

The present research work was carried out in Alas Peruanas University of Chota – Cajamarca – 2013 with the purpose of knowing the relationship between Burnout syndrome and emotional disorders. For the development of research we proceeded to collect bibliographic information about the population under study, the Burnout inventory of Maslach and Jackson was applied, as well as the API scale for the evaluation of the emotional disorders of Anicama; 202 students were evaluated, with ages that range between the 16 to more years, from Alas Peruanas Private University of Chota, a positive correlation being obtained, of a moderate and significant magnitude ($p < .01$) between the variables Burnout's Syndrome and Emotional Disorders; which allows to express a direct relation; it is to say, to major level of syndrome of occupational or professional wear, major will be the emotional unadaptative answers.

To realize this study of descriptive correlational type, we used the quantitative method and the descriptive correlational design research. The goal of the work was direct to determine the degree of relation that exist between Burnout's syndrome and the emotional disorders for which used pertinent instruments with the purpose to obtain objective results. Taking as guidelines concepts, theories, methods and techniques of scientific research that serve as sustenance base of the present investigation to give the logical consistency to the work.

For the Burnout's Syndrome variable and emotional disorders, the obtained results shows us that significant differences do not exist when comparing groups for sex, age and current occupational. Likewise, a weak and very significant relationship ($p < .01$) was found between the Burnout's syndrome and Emotional Disorders. For this reason, it is necessary to realize studies, academic works, research and consultancies. It is also necessary for students to know the implications that it transports Burnout's Syndrome and emotional disorders.

Key words: Burnout's Syndrome, emotional disorders, university students.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad Problemática

A nivel Mundial, el estrés laboral representa una de las enfermedades del siglo XXI que afecta a millones de trabajadores en el mundo tanto en Europa como en América Latina, donde en Alemania representa el 28%, en Bélgica el 23 %, en Dinamarca el 22%, en España el 19%, en Gran Bretaña el 20%, en Holanda el 16%, en Italia el 26%, en Noruega el 31%, en Rusia el 24%, en Suecia el 31% y en suiza el 68%. **Mac Donald. (2009)**

La OMS estima que a nivel mundial, entre el 5% y el 10% de los trabajadores en los países desarrollados padecen estrés laboral, mientras que en los países industrializados sería el 20% y el 50% los trabajadores afectados por dicha enfermedad **OMS (2003)**.

En la actualidad podemos apreciar que el estrés es considerado como un problema más frecuente que afecta a la sociedad entera, como podemos mencionar en estudiantes y docentes del sector educación ya que esto repercute cada vez con más frecuencia, porque sus resultados que causa este problema es alarmante ya que sus efectos ocasionan en los docentes malestar en su situación laboral.

Convirtiéndose en un problema de salud pública más grave en la actualidad que no solo afecta a los trabajadores al provocarles incapacidad física o mental, sino también a los empleadores y a los gobiernos, que comienzan a evaluar el perjuicio económico que trae consigo. Entre las ocupaciones con elevado nivel de estrés, se encuentra la docencia, ya que los profesores deben estar preparados para enfrentar la desmotivación del estudiante, la presión de padres y apoderados. Además de lidiar con la falta de recursos para solucionar los problemas y conflictos de grupos.

Un problema básico es la unidad de formas en que las personas han enfocado el fenómeno de estrés entre docentes y el hecho de que, a menudo estos son reacios a admitir hasta qué punto experimentan estrés, por miedo a que se considere una debilidad. Sin embargo, durante el último

tiempo se han producido muchos cambios que han dado como resultado docentes desilusionados que expresan sus preocupaciones y que sacan a la luz el problema del estrés.

A nivel Institucional, La Universidad Alas Peruanas no es ajena a este problema, ya que se ve reflejado en la actitud de los estudiantes quienes no tienen deseo de estudiar, muestran un cierto cansancio visible más que todo en horas de la tarde donde se nota un pronunciado sueño. Frente a lo antes mencionado podemos apreciar que el estrés es considerado como un problema más frecuente que afecta a la sociedad entera, como podemos mencionar en los estudiantes de la Universidad Alas Peruanas ya que esto repercute cada vez con más frecuencia, porque sus resultados que causa este problema es alarmante ya que sus efectos ocasionan en los docentes malestar en su situación académica y esto repercute en la calidad del desempeño que contribuye al proceso de enseñanza aprendizaje de los estudiantes, por tal motivo es que nos hemos planteado el presente problema de investigación sobre el estudio del síndrome de Burnout relacionado con los desórdenes emocionales de los estudiantes de la Universidad Alas Peruanas de Chota – Cajamarca – 2013.

Este estudio pretendió analizar la relación posible entre la variable síndrome de Burnout y los desórdenes emocionales en sus diversos componentes, en una población particular de estudiantes de la Universidad Alas Peruanas de Chota- Cajamarca. Sus resultados podrían ayudar a mejorar las políticas en una institución tan importante como lo es la universidad y permitir así las decisiones más adecuadas para mejorar su desempeño y rendimiento académico-profesional, lo cual beneficiará la calidad de futuros egresados y profesionales de nuestro país.

1.2. Trabajos previos

El Burnout es un Síndrome de nuestra época, es decir desde hace cuatro décadas. Y está fuertemente relacionado con la actividad laboral en exceso y en situaciones críticas que implican una forzada y excesiva interacción con las personas.

Fundamentalmente, algunas cuestiones en el estudio del Burnout han sido su definición, la integración de las diferentes aportaciones conceptuales, y la elaboración del marco teórico para su comprensión.

Según McConnell, E. (1982). En su trabajo denominado Burnout in the nursing profession: coping strategies, causes and costs afirma que:

El origen del término Burnout se debe a la novela de Graham Greene, A Burnt Out Case (Un Caso Acabado), publicada en 1961, en la cual se narra la historia de un arquitecto atormentado espiritualmente que decide abandonar su profesión y retirarse a la selva africana. Esta palabra se comenzó a utilizar en la literatura especializada sobre estrés laboral a partir de los años setenta. A lo largo de la historia ha existido una gran variedad de ocupaciones relacionadas con servicios humanos, donde se establece una relación de ayuda, tales como médicos, enfermeras, profesores, abogados y policías, siendo el resultado de este trabajo un agotamiento de energía que los hace sentirse abrumados por los problemas de otros, el cual ha sido descrito como Síndrome de Burnout (McConnell, 1982).

Este Síndrome ha sido estudiado desde hace más de 30 años por diversos autores. En una de las investigaciones iniciales sobre Burnout, Freudenberger (1974) en su investigación denominada McConnell, E. (1982). Burnout in the nursing profession: coping strategies, causes and costs. lo describe como: *una sensación de fracaso y de una existencia agotada, que resulta de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador, situando las emociones y sentimientos negativos producidos por el Burnout en el contexto laboral, siendo éste el que puede ocasionar dichas reacciones. El autor afirmaba que el Burnout era el Síndrome que provocaba la adicción al trabajo, la cual a su vez generaba un desequilibrio productivo y, como consecuencia, las reacciones emocionales propias de la estimulación laboral aversiva, entendiendo dicha adicción al trabajo como un estado de total devoción a su ocupación, por lo cual su tiempo es dedicado a servir a este propósito (Machlowitz, 1980).*

Desde una perspectiva más general, Pines y Kafry (1978, 1981) definen el Burnout como “una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal”.

Asimismo, el trabajo como detonante fundamental del Burnout va a ser básico en todas las definiciones posteriores. Inicialmente, Dale (1979) *contribuye a la concepción teórica del Burnout entendiéndolo como consecuencia del estrés laboral, y manteniendo que el Síndrome puede variar tanto en la intensidad como en la duración del vaciamiento de sí mismo provocado por el agotamiento de los recursos físicos y mentales tras el esfuerzo excesivo por alcanzar una determinada expectativa no realista que, o bien ha sido impuesta por él, o bien por los valores propios de la sociedad.* (Dale, 1979, pp.443-450)

Cherniss (1980), precisa que se trata de un proceso transaccional de estrés y tensión en el trabajo, y de acomodamiento psicológico, destacando tres fases:

1. Desequilibrio entre las demandas en el trabajo y los recursos de afrontamiento individual (estrés).
2. Respuesta emocional a corto plazo, ante el anterior desequilibrio, caracterizada por ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento (tensión).
3. Cambios en actitudes y conductas (afrontamiento defensivo).

Con esta conceptualización inicial, Cherniss defiende la importancia de las estrategias de afrontamiento como mediadoras en el proceso que conduce al trastorno.

Otros autores que apoyan una definición de Burnout en esta misma línea son Edelwich & Brodsky (1980), quienes lo definen como una “pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones del trabajo. Proponen cuatro fases sucesivas por las cuales pasa toda persona con Burnout”

1. Entusiasmo, caracterizado por elevadas aspiraciones, energía desbordante y carencia de la noción de peligro.
2. Estancamiento, que surge tras no cumplirse las expectativas originales, empezando a aparecer la frustración.
3. Frustración, en la que comienzan a surgir problemas emocionales, físicos y conductuales. Esta fase constituye el núcleo central del Síndrome.
4. Apatía, que sufre la persona y que actúa como mecanismo de defensa ante la frustración. Edelwich & Brodsky (1980)

Fue en el año 1981 cuando Maslach y Jackson definen Burnout como un “Síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal”.

En el mismo año, Pines, Aronson y Kafry (1981) definen Burnout como “un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por estar implicada la persona durante largos periodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente”.

Al igual que en el caso de Maslach y Jackson (1981), En un trabajo de investigación denominado *Maslach Burnout Inventory* sostienen que:

Esta conceptualización cuenta con soporte empírico y dará lugar a la elaboración de un inventario para la evaluación del Síndrome. Los autores plantean la ventaja de no circunscribir exclusivamente el Burnout al contexto organizacional. Introducen el término “tedium” para diferenciar dos estados psicológicos de presión diferentes. Consideran que el Burnout es el resultado de la repetición de la presión emocional, mientras que el tedium es la consecuencia de una presión crónica, a niveles físico, emocional y mental. Las siguientes definiciones que se desarrollaron giraban en torno a la ofrecida por Maslach y Jackson pasándose al estudio del Síndrome mediante los resultados obtenidos en diversas investigaciones, incluyendo el análisis de la estrecha relación entre el estrés ocupacional y el Burnout, aceptada casi unánimemente. Maslach y Jackson (1981)

Investigaciones

Aranda, Pando, Velásquez, Acosta y Pérez (2003) realizaron una investigación denominada Síndrome de Burnout y factores psicosociales, en estudiantes de Posgrado del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Guadalajara, México cuyo objetivo de determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout, y analizar su relación con factores psicosociales negativos en el trabajo en una muestra de 54 estudiantes de postgrado del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Guadalajara, México, utilizando la Escala de Valoración de Maslach Burnout Inventory (MBI).

Entre los resultados se halló un 56,9 % de prevalencia del Síndrome de Burnout, correspondiendo por dimensiones un 39,2% a la de agotamiento emocional, un 37,3% a la de falta de realización personal en el trabajo y, un 9,8% a la de despersonalización. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los datos sociodemográficos con la presencia de factores psicosociales negativos en el trabajo, y con el área que valora la presencia de factores psicosociales dependientes del sistema de trabajo con la dimensión agotamiento emocional de la escala utilizada. (Aranda, Pando, Velásquez, Acosta y Pérez, 2003, pp. 193-199)

Martínez y Marques (2005) realizaron un estudio de Burnout a una muestra compuesta por estudiantes de varias universidades españolas y portuguesas, y ascendió a 1988 estudiantes, de los cuales 31.2% eran españoles y el 68.8% portugueses, el instrumento utilizado indagó acerca de tres variables: demográficas, académicas y Burnout académico (MBI- SS) que evalúa Agotamiento Emocional, Cinismo y Eficacia Académica. Los resultados muestran que: *Hay diferencias significativas en las dimensiones de Burnout relacionadas con variables sociodemográficas: los análisis realizados considerando como factores país y sexo, muestran que estudiantes españoles y portugueses difieren significativamente en todas las variables analizadas. En cuanto a las variables académicas: las dimensiones de Burnout se relacionan negativamente con el desempeño y las expectativas de éxito y positivamente con la tendencia al abandono. Los*

valores generales en las dimensiones de Burnout revelan niveles medios de agotamiento y eficacia académica y valores bajos en cinismo. (Martínez y Marques, 2005, pp.21-30)

Carlotto, Nakamura y Camara (2006) realizaron un estudio con 514 estudiantes universitarios, el 80,4% eran mujeres y el 19,6 % varones, matriculados en carreras del área de salud como psicología, enfermería, medicina, odontología, biomedicina, farmacia, fisioterapia, en una institución de la Región de Porto Alegre en Brasil, utilizaron como instrumento el Maslach Burnout Inventory Student Survey (MBI-SS) adicionado de un cuestionario que indagó datos sociodemográficos, académicos y psicosociales, dando como resultados que “a menor edad del alumno habrá un mayor desgaste; cuanto más avanzado está el alumno en la carrera y entre más sean las materias cursadas, mayor es el nivel de desgaste con relación a la universidad”.

Chacón, Grau, Guerra y Massip (2006) con la finalidad de describir la relación entre el Burnout con la ansiedad y depresión en personal de enfermería, realizaron una investigación a una muestra de 143 enfermeros de tres hospitales cubanos, utilizaron como instrumentos un Cuestionario Breve de Burnout, la Escala de afrontamiento de Lazarus, los Inventarios de Ansiedad y Depresión Rasgo/Estado y una ficha de datos sociodemográficos y laborales, en los resultados se encontró que: *Los afrontamientos más frecuentemente empleados por el personal afectado moderadamente o mucho por el Síndrome de Burnout fueron el distanciamiento, evitación o huida y búsqueda de apoyo social. Los estados emocionales estuvieron relacionados de forma estadísticamente significativa con los niveles de Síndrome de Burnout y la ansiedad fue más frecuente que la depresión en profesionales con (Burnout. Chacón, Grau, Guerra, y Massip, 2006, p.115)*

Borda et al. (2007), realizaron un estudio para establecer el comportamiento y los factores de riesgo asociados al Síndrome de Burnout en 55 alumnos del último año de medicina en el internado rotatorio I y II, en el Hospital Universidad del Norte. En el estudio se utilizó una encuesta

sobre variables sociodemográficas, laborales y el Maslach Burnout Inventory Health Services Survey (MBI-HSS). Entre los resultados se destaca lo siguiente: *La prevalencia global del Síndrome de Burnout es de 9.1%; en la distribución por dimensiones del Burnout le corresponde 41.8% al agotamiento emocional, 30.9% a la despersonalización y el 12.7% a la realización personal baja. Se concluye que el Síndrome de Burnout es bajo en los internos; y que se presenta una tendencia a la asociación entre las relaciones con el equipo de trabajo y los grados de agotamiento emocional y de realización personal. (Borda et al. 2007, p.43)*

Gutiérrez (2009) realizó una investigación con la finalidad de determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en estudiantes de Educación Media Superior y de preparatoria, identificar las conductas del Burnout que presentan con mayor frecuencia según el género, la edad y el semestre a una muestra de 201 estudiantes, utilizó como instrumento la Escala Unidimensional del Burnout Estudiantil, entre los resultados se halló que: *Los estudiantes de preparatoria presentan un Burnout leve en los límites hacia lo moderado; se encuentra diferencia significativa en la variable género favorable para los varones, las mujeres presentan mayor Burnout; los alumnos de segundo y sexto semestre son los que presentan Burnout con mayor intensidad. (Gutiérrez, 2009, p.18)*

Castro, David y Ortiz (2011), con el objetivo de identificar características sociodemográficas, académicas relacionadas a las manifestaciones psicológicas del Síndrome de Burnout en estudiantes de Pregrado de la Universidad de Nariño en Colombia realizaron un estudio a una muestra de 438 sujetos a quienes se les aplicó la Escala de Maslach Burnout Inventory Student Survey (MBI-SS), en los resultados se encontró que “el 15,5 % de los estudiantes presentan Burnout, el 18,7 % manifiesta agotamiento emocional, el 14,4 % cinismo y el 0,2 % autoeficacia académica, por lo cual concluyeron que la presencia de Burnout en estudiantes universitarios constituyen un indicador de posibles dificultades futuras en el ámbito educativo y profesional” (Castro, David y Ortiz 2011, pp. 223-246)

Trejo, Torres y Valdivia (2011), con el propósito de identificar la asociación entre Burnout y depresión en personal de enfermería que labora en un hospital de México realizaron una investigación a una muestra de 73 enfermeras aplicando el Cuestionario de Maslach para medir Burnout y el Cuestionario de Zung para medir depresión, entre los resultados se hallaron que “el 15,07 % muestra un cansancio alto, el 21,92 % presenta valores altos de despersonalización, el 63,01 % muestra una realización alta. La depresión grave se presenta en un 6,85 %, se encontró una correlación positiva entre el Síndrome de Burnout y la depresión”.

Alcalá, Rojas y Sánchez (2012), con el propósito de conocer el nivel de Burnout y depresión en profesores de la Universidad Pedagógica de México, realizaron una investigación en 128 profesoras entre 20 a 57 años, utilizaron la Escala de Maslach para medir Burnout y el Inventario de Depresión de Beck. Los resultados muestran que existe un nivel de Burnout alto, un nivel leve y moderado de depresión y una relación significativa entre los componentes del Burnout y la depresión.

1.3. Teorías relacionadas al tema.

1.3.1. Síndrome de Burnout

Definición de Síndrome de Burnout

Maslach y Jackson (1981) han definido este Síndrome en tres dimensiones: *El denominado cansancio emocional, se refiere al agotamiento físico y psicológico expresado como la sensación de no poder dar más de uno mismo a las personas que atiende. La despersonalización, hace alusión a una actitud fría y despersonalizada hacia las personas atendidas y hacia los propios compañeros de trabajo, la actitud es, en estos casos de distanciamiento, irritabilidad, cinismo etc. La llamada inadecuación personal o falta de realización personal, que surge al comprobar repetidamente que las demandas que se le hacen exceden su capacidad para hacerles frente adecuadamente. (Maslach y Jackson, 1981, pp. 99-113)*

Como señalan los autores mencionados, la falta de realización personal en el trabajo se define como la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, y de forma especial esa evaluación negativa afecta a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden.

Los profesionales se sienten descontentos consigo mismos e insatisfechos con sus resultados laborales; con una dolorosa desilusión y un sentimiento de fracaso personal y profesional. Por cansancio emocional se entiende la situación en la cual los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. Es una situación de agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios, una experiencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto diario y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo (pacientes, alumnos, etc.).

Así mismo, la despersonalización puede ser definida como el desarrollo de actitudes y sentimientos negativos, como el cinismo y la frialdad hacia las personas destinatarias del trabajo. Estas personas son vistas por los profesionales (enfermeras, policías, maestros, entre otros) de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo y un incremento de irritabilidad, lo que conlleva que les culpen de sus problemas. Además, se distancia no sólo de los pacientes sino también del equipo de compañeros de trabajo y, en general, de su círculo social y familiar, con quienes se muestra irritable, cínico, irónico e incluso despectivo.

Pines y Aronson (1988) definen el Burnout como un fenómeno social. Asimismo, Pines, Aronson y Kafry (1981) describen el Burnout como “un estado de decaimiento físico, emocional y mental; caracterizado por un cansancio, sentimiento de desamparo, desesperanza, vacío emocional y muchas actitudes negativas frente a su profesión y a la vida. Se menciona 5 características fundamentales que describen este fenómeno”:

Agotamiento físico y emocional: “El sujeto no tiene fuerzas para sobrellevar el trabajo, lo realiza lentamente, todo parece costarle un gran esfuerzo y se siente incapaz de dar de sí mismo en su interacción personal”. (Pines y Aronson 1988)

Baja realización o satisfacción personal: La persona suele informar que no se siente satisfecha con su trabajo, se aburre, no encuentra motivación para continuar, no realiza una tarea vocacional y desearía cambiar de trabajo si pudiese. (Pines y Aronson 1988)

Despersonalización y falta de control sobre la situación: No presta atención en el trabajo, los problemas que le competen le son indiferentes como si fuesen con otro, no tiene objetivos, considera que los problemas son superiores a él y no puede resolverlos. (Pines y Aronson 1988)

Repercusiones sobre el trabajo diario: Aparece el absentismo laboral, peticiones continuadas de bajas laborales, retrasos diarios, incumplimiento de tareas profesionales y lo que es más grave interacciones personales negativas. (Pines y Aronson 1988)

Problemas de salud y comportamientos concurrentes: En el sujeto aparecen cambios biológicos que alteran el estado de salud, habitualmente cefaleas, dorsalgias, trastornos digestivos, respiratorios etc., junto con otras alteraciones colaterales como pueden ser comportamientos depresivos, obsesivo compulsivos, abuso de alcohol, tabaco y tranquilizantes. (Pines y Aronson 1988)

El Burnout (también conocido como Síndrome de desgaste o Síndrome de quemarse en el trabajo o Síndrome de estrés laboral asistencial), se considera hoy una enfermedad profesional, caracterizada por agotamiento emocional, crisis vocacional, insatisfacción personal, fatiga, pudiendo acompañarse además de otros síntomas físicos, psíquicos y sociales.

Un aspecto situacional en la aparición del estrés laboral o Burnout es la frustración relativa, que puede ser muy alta. “Se trata de la diferencia entre las expectativas de éxito y el éxito conseguido. El sentimiento de frustración y fracaso está directamente relacionado con el estrés” (Mechanic, 1974, citado en Gómez, 1991).

Estos sentimientos, sobre todo en los primeros años, son el resultado de la experiencia de fracasos repetidos unidos a expectativas poco realistas. Pero, incluso más tarde, cuando ya se lleva más tiempo trabajando y se han ajustado mejor las expectativas, tornándolas más realistas, siguen persistiendo expectativas que son centrales a las profesiones educativas, médicas y sociales como es: la responsabilidad de la formación de la personalidad integral del estudiante.

Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983) sostienen por su parte que: *El síntoma inicial de este Síndrome es la despersonalización que la considera como un mecanismo disfuncional de afrontamiento del estrés. Posteriormente, sostienen, aparece la baja realización personal en el trabajo y mucho después el agotamiento emocional. Así mismo, este autor, menciona 8 fases por las que atraviesa un individuo, distinguiendo entre proceso agudo y crónico. Además para este autor el sentimiento de agotamiento emocional es la variable que más contribuye a la presencia del Síndrome. (Golembiewski, Munzenrider y Carter, 1983, p.65)*

Existen consecuencias para el individuo, donde primero encontramos consecuencias sobre la salud de estos profesionales debido a las manifestaciones psicósomáticas que según la literatura podríamos afirmar que cualquier órgano o sistema del organismo se puede ver afectado por este Síndrome. Según los estudios de Golembiewski, Munzenrider y Stevenson. (1986) los síntomas se pueden agrupar en cuatro factores: agitación y debilitamiento, problemas de tipo cardiovascular, dolores no

cardiovasculares y problemas de sueño. Igualmente, se ven alteradas las relaciones interpersonales extralaborales debido a un incremento de los conflictos y el deterioro de las relaciones interpersonales, tanto familiares como amicales. También existen consecuencias para la organización, ya que, ante toda esta sintomatología, la satisfacción laboral disminuye, el absentismo se incrementa junto al bajo interés que muestran ante su trabajo, trayendo como consecuencia un gran deterioro de la calidad de su servicio, la mala imagen que se gana el centro laboral y toda la sociedad en conjunto.

También, Leiter y Maslach (1988) en su trabajo de investigación denominado; *The impact of interpersonal environment on Burnout and organizational commitment*, "Propusieron un modelo según el cual, como consecuencia de los estresores laborales, las personas experimentan sentimientos de agotamiento emocional que posteriormente dan lugar a la despersonalización y como consecuencia de ello aparece la baja realización personal en el trabajo". (Leiter y Maslach, 1988, p.297)

Lee y Ashforth (1996), teniendo en cuenta esos puntos de vista, estudiaron la viabilidad de estos dos modelos y encontraron que el modelo de Leiter y Maslach presentaba un mejor ajuste.

Más adelante, Leiter (1993) reformula sus planteamientos y afirma que "los sentimientos de agotamiento emocional surgen como respuesta inicial a los estresores laborales y cuando se hacen crónicos aparece la despersonalización. Y los sentimientos de baja realización personal surgen de manera paralela a los sentimientos de agotamiento emocional".

Para Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995) "este Síndrome se inicia con el desarrollo de bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y paralelamente altos sentimientos de agotamiento emocional. Las actitudes de despersonalización que siguen a estos

sentimientos son consideradas como una estrategia de afrontamiento” (pp. 211-224)

Historia del Síndrome de Burnout

A lo largo de la historia ha existido una amplia variedad de ocupaciones o empleos, relacionados con servicios humanos, donde se establece una relación de ayuda tales como, médicos, enfermeras, profesores, abogados, entre otros, siendo el resultado de este trabajo un desgaste de energía, para los que ejercen este tipo de trabajos y los hace sentir abrumados, por los problemas de otros y que ha sido descrito como síndrome de Burnout.

Presentaré a continuación, los sustentos históricos, de autores, teorías o conceptos que han aportado en el estudio de este Síndrome y los cuales ayudarán a descubrir que factores o variables generan que el personal se sienta cansado emocional y físicamente.

Este síndrome ha sido estudiado por diversos autores, entre los que a menudo se han presentado dificultades para definir un proceso tan complejo como el Burnout. Siendo así que esta palabra “Burnout” se desprende del inglés y se traduce al español “como estar quemado”.

El primero en descubrir este síndrome fue Freudenberger (1974), “es quien describe por primera vez este síndrome como sensación de fracaso y una existencia gastada que resulta de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador”.

Pines y Kafry (1978) “hablan de una experiencia física, emocional y actitudinal. Spaniol y Caputo (1979), definieron el burnout como el síndrome derivado de la falta de capacidad para afrontar las demandas laborales o personales”. (p. 72)

Edelwich y Brodsky (1980) “plantean una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones de trabajo”. Estos autores proponen cuatro fases por las que pasa todo individuo que padece de este síndrome:

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

Estancamiento, que surge tras no cumplirse las expectativas originales, empezando aparecer la frustración.

Frustración, en la que comienzan a surgir problemas emocionales, físicos y conductuales, y aquí se presentaría el núcleo central del síndrome

Apatía, que sufre el individuo y que constituye el mecanismo de defensa ante la frustración.

Maslach y Jackson (1981) lo definieron como respuesta al estrés laboral crónico que conlleva la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, el desarrollo de actividades y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja. Es así de esta manera en la que estos autores, configuran este síndrome como tridimensional: agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal.

En esta misma línea, Fischer (1983) consideró el burnout como: *Un estado resultante del trauma narcisista que conllevaba una disminución en la autoestima de los sujetos, mientras que Pines y Aronson (1988), lo conceptualizan como un estado en el que se combinan fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad y baja autoestima. Este estado según estos autores iba acompañado de un conjunto de síntomas que incluía vacío físico, sentimientos de desamparo y desesperanza, desilusión y desarrollo de un autoconcepto y una actitud negativa*

hacia el trabajo y hacia la vida misma. En su forma más extrema, el burnout representa un punto de ruptura más allá del cual la capacidad de enfrentarse con el ambiente resulta severamente disminuida y es especialmente duro para personas entusiastas e idealistas.(p. 76)

Connop (1989 y 1990) entiende “el burnout como un indicador de estrés relacionados con el trabajo. Moreno, Oliver y Aragonese (1991) indican que es un tipo de estrés laboral que se da principalmente en aquellas profesiones que suponen una relación interpersonal intensa con los beneficios del propio trabajo”.

Cordes y Dougerty (1993) plantean que las definiciones del burnout podrían clasificarse en cinco tipos de conceptualizaciones: Fracasar, gastarse y quedar exhausto, pérdida de creatividad, pérdida con el compromiso del trabajo, distanciamiento de los clientes, compañeros de trabajo y de la organización en que se trabaja u respuestas crónicas al estrés

Gil Monte y Peiró (1997) lo establecen como “una respuesta al estrés laboral crónico y una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos, cogniciones y actitudes y que tiene un aspecto negativo para el sujeto, al implicar alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para la persona y para la institución”.

Más recientemente, el burnout se ha descrito como un síndrome defensivo o como mecanismo de defensa que se manifiesta en las profesiones de ayuda, es decir que se presentará más en personas que dependiendo de su trabajo mantienen una interacción de asistencia a otros individuos.

Como vemos no hay un solo concepto definido absolutamente para lo que corresponde al Síndrome de Burnout, sin embargo, se puede llegar a la conclusión que el Burnout se genera en el

individuo por no saber adaptarse ante situaciones que generan en él, un alto nivel de adaptación por la demanda del trabajo.

Modelos explicativos del Burnout

Ramos y Buendía (2001) exponen que las variables que se consideran en estos modelos pueden ser variables de tipo individual, social u organizacional. A su vez clasifican los modelos en función del valor que se le da a las diferentes variables.

Es por ello, que incluyen en su clasificación a un primer grupo a aquellos modelos que conceden mayor importancia a las variables personales como causantes del proceso.

En un segundo grupo se encuentran los modelos que dan más relevancia a la interacción social y sus consecuencias para el individuo. Y por último están aquellos modelos que conceden mayor importancia a las variables organizacionales como aquellas que originan el Síndrome de Burnout.

Consecuencias del Burnout

Cuando se dice que una persona padece de *Burnout*, por lo general, tanto dentro del ambiente de empresa como a nivel del público ordinario se entiende que esta sufre de fatiga o está cansada; sin embargo, dicha comprensión tiende a hacerse en el lenguaje común, por lo que no se dimensiona el serio problema que se presenta. En realidad, el padecimiento de *Burnout* es más que el cansancio habitual que puede ser reparado con unos días de descanso, y envuelve una serie de padecimientos a nivel psicológico, físico, social y también en relación con la empresa, lo que le da su connotación de Síndrome de Burnout.

A nivel psicosocial, genera deterioro en las relaciones interpersonales, depresión, cinismo, ansiedad, irritabilidad y dificultad de concentración. Es común el distanciamiento de otras personas y los problemas conductuales pueden progresar hacia

conductas de alto riesgo (juegos de azar, comportamientos que exponen la propia salud y conductas orientadas al suicidio, entre otros). El cansancio del que se habla sucede a nivel emocional, a nivel de relación con otras personas y a nivel del propio sentimiento de autorrealización.

Dentro de los daños físicos que pueden padecerse debido al Síndrome, se incluyen: insomnio, deterioro cardiovascular, úlceras, pérdida de peso, dolores musculares, migrañas, problemas de sueño, desórdenes gastrointestinales, alergias, asma, fatiga crónica, problemas con los ciclos menstruales o incluso daños a nivel cerebral.

El abuso de sustancias: drogas, fármacos, etc. y la presencia de enfermedades psicosomáticas son también signos característicos del Síndrome.

En el entorno laboral, la condición afecta, por cuanto es de esperar una disminución en la calidad o productividad del trabajo, actitud negativa hacia las personas a las que se les da servicio, deterioro de las relaciones con compañeros, aumento del absentismo, disminución del sentido de realización, bajo umbral para soportar la presión y conflictos de todo tipo, entre otros factores.

Causas del Burnout

Dada la amplia gama de consecuencias o síntomas de la condición, es difícil establecer un set único de causas para la enfermedad, sin embargo; los estudios en el campo de la salud y la psicología organizacional han encontrado algunos factores promotores del Burnout que merecen especial atención. A continuación se presentan los principales.

Como un primer agente de riesgo, el Síndrome de Burnout está relacionado con actividades laborales que vinculan al trabajador y sus servicios directamente con clientes, en condiciones en las

cuales el contacto con estos es parte de la naturaleza del trabajo. Esto no significa que no pueda presentarse en otro tipo de labores, pero en general doctores, enfermeras, consultores, trabajadores sociales, maestros, vendedores puerta a puerta, encuestadores, oficiales de cobro y otros muchos oficios y profesiones tienen mayor riesgo de desarrollar, con el tiempo, la condición.

Adicionalmente, suele caracterizarse por horarios de trabajo excesivos, altos niveles de exigencia (muchas veces valorados positivamente desde la óptica laboral) y donde tales características se han convertido en un hábito, generalmente inconsciente, en aras de cumplir las labores asignadas o los objetivos irreales impuestos.

El Síndrome puede presentarse normalmente cuando se dan condiciones tanto a nivel de la persona (referentes a su tolerancia al estrés y a la frustración, etc.), como organizacionales (deficiencias en la definición del puesto, ambiente laboral, otros).

En general, las condiciones anteriores se confabulan y pueden llegar a generar Burnout en situaciones de exceso de trabajo, desvalorización del puesto o del trabajo hecho, trabajos en los cuales prevalece confusión entre las expectativas y las prioridades, falta de seguridad laboral, así como exceso de compromiso en relación con las responsabilidades del trabajo (Albee, 2000).

El estrés laboral es una base óptima para el desarrollo del Burnout, al cual se llega por medio de un proceso de acomodación psicológica entre el trabajador estresado y el trabajo estresante (**Cherniss**, 1993). En este proceso se distingue tres fases:

Fases del Síndrome de Burnout

Fase de estrés: En la cual se da un desajuste entre las demandas laborales y los recursos del trabajador.

Fase de agotamiento: En la cual se dan respuestas crónicas de preocupación, tensión, ansiedad y fatiga.

Fase de agotamiento defensivo: En la cual se aprecian cambios en la conducta del trabajador, tales como el cinismo, entre otras muchas de carácter nocivo.

Síntomas del Síndrome de Burnout

La persona que padece el Síndrome de Burnout puede presentar los siguientes resultados y consecuencias (Párraga 2005):

Síntomas emocionales: depresión, indefensión, desesperanza, irritación, apatía, desilusión, pesimismo, hostilidad, falta de tolerancia, y supresión de sentimientos.

Síntomas cognitivos: desaparición de expectativas, modificación de autoconcepto, desorientación cognitiva, distracción, cinismo, criticismo generalizado, pérdida de la autoestima, del significado, de los valores y de la creatividad.

Síntomas conductuales: evitación de responsabilidad, ausentismo e intención de abandonar las responsabilidades, desvalorización, autosabotaje, desconsideración al propio trabajo, conductas inadaptativas, desorganización, sobre-implicación, evitación de decisiones, aumento del consumo de cafeína, alcohol, tabaco y drogas.

Síntomas sociales: aislamiento, evitación de contacto y profesional, conflictos interpersonales, malhumor, formación de grupos críticos.

Síntomas psicósomáticos: cefaleas, dolores osteomusculares, pérdida de apetito, cambio de peso, disfunciones sexuales, problemas de sueño, fatiga crónica, enfermedades cardiovasculares, alteraciones gastrointestinales.

Estrategias de intervención para la prevención y afrontamiento

El término afrontamiento se lo puede conceptualizar como una serie de respuestas cambiantes de tipo cognitivo o conductual, que inicia un sujeto ante una situación que considera amenazante y que no tiene que ser necesariamente un éxito en el manejo de esa situación si no que el objetivo buscado es manejar la respuesta del estrés.

Lazarus y Folkman (1986) lo definen “como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excelentes o desbordantes de los recursos del individuo”

Estrategias de prevención: En este sentido, es fundamental que la organización desarrolle programas de prevención o políticas de gestión que integren los siguientes aspectos:

Programas de socialización: con un carácter preventivo, pretenden que el profesional mediante programas de acogida vayan adquiriendo habilidades para que al momento de empezar su vida laboral se sientan seguros y confiados. Como ejemplo de un programa y por la realidad que se vive, a los auxiliares de enfermería se los prepara con prácticas, en donde ellos aplicarán sus conocimientos y vivirán lo que normalmente harán en una jornada de trabajo.

Programas de evaluación y retroinformación: La información obtenida mediante estas evaluaciones serán tomadas no de forma discriminativa, sino más bien, dando una retroalimentación y consejos de mejora. Como ejemplo, podríamos considerar las muy conocidas evaluaciones de desempeño, en donde con puntajes y juicios que realice el jefe inmediato o supervisor y con ayuda de la dirección de la organización, se tomarán medidas necesarias para poder mejorar el estado de algún colaborador.

Programas de desarrollo organizacional: Buscan mejorar las organizaciones, a través de planificaciones a largo plazo, focalizados en la cultura organizacional y en procesos humanos y sociales de la organización, tomando en cuenta que la mayor parte de los colaboradores pensarán siempre en crecimiento y desarrollo personal. Como planes de carrera, promociones y ascensos.

Estrategias de afrontamiento: Las principales estrategias de afrontamiento se dividen en tres grupos: las individuales, grupales y organizacionales.

Estrategias individuales: Estas estrategias se las consideran como un plan de acción, que cualquier profesional puede desarrollarlo, como por ejemplo: acentuar puntos positivos de alguna mala situación, buscar apoyo social, y autocontrolarse.

Estrategias de carácter interpersonal y grupal: Este tipo de estrategias fomentan el apoyo social grupal, de parte de compañeros y supervisores. De esta manera las personas afectadas por el síndrome van adquiriendo nuevas habilidades o mejoran las que ya poseen, consiguen apoyo emocional y consejos. Así de esta manera les permite a las personas empezar a creer que otros se preocupan por ellos y que son estimados y valorados.

Estrategias organizacionales: Aquí debe de haber participación por parte de la empresa u organización a la cual pertenece el trabajador, en donde se desarrollen programas de prevención dirigidos a manejar el ambiente y clima organizacional puesto que los desencadenantes del síndrome están relacionados en su mayoría con relación al contenido del puesto, disfunción en el desempeño del rol y el clima.

Haciendo un análisis a estas distintas estrategias para poder de alguna manera combatir , prevenir o identificar si existe síndrome de burnout en los trabajadores de alguna empresa u organización,

consideraría que las tres son fundamentales, porque a partir del apoyo brindado por compañeros, jefes o supervisores, al empleado afectado por este síndrome, surgirán en el sentimientos de tranquilidad, se identificará con los mismos problemas o situaciones que sus otros colegas hayan experimentado y su tensión irá disminuyendo. Así mismo el trabajador se dará cuenta que no es solo considerado por los resultados o por metas cumplidas en su labor si no que percibirá que es considerado por su supervisor. Y por último estos sentimientos de tranquilidad y bienestar irán surgiendo por notar que es tomado en cuenta por los demás, generarán en esa misma persona ánimos para salir adelante y poco a poco irá saliendo y superando el agotamiento, despersonalización y falta de realización personal.

1.3.2. Desórdenes emocionales:

Definición de desórdenes emocionales

El tema de los desórdenes emocionales ha sido el punto principal de controversia en la Psicología desde sus orígenes y con frecuencia ha sido sin lugar a dudas, uno de los temas de mayor interés para los clínicos y, también para el común de la gente (Anicama, 1989, p. 89)

El estudio experimental de la conducta emocional inadaptada se remonta a los experimentos de Pavlov con perros en su laboratorio, afirmando que era capaz de producir “neurosis” y “psicosis” en ellos. Esto señaló un giro en la historia de la psicopatología y proveyó de un método, el “condicionamiento”, para estudiar experimentalmente la conducta animal y humana.

Al explicar la conducta patológica, Pavlov (1932) se refirió a los dos procesos fundamentales que se dice que gobierna todos los eventos corticales, toda excitación y toda inhibición. Las dos principales determinantes que gobiernan la conducta patológica son: a) “tipo” de sistema nervioso (deducido de la conducta) y b) el

estar expuesto a ciertas experiencias inductoras de conflicto (excitación, opuesta a inhibición). La interacción entre ambos determina el carácter, naturaleza y grado de la conducta patológica.

Desde un punto de vista experimental, funcional y evolucionista, se ha asumido una identidad y continuidad de principios que explican tanto la conducta adaptada como la inadaptada, así como entre la conducta animal y la conducta humana. De esta manera, como lo demostraron Pavlov (1921), Estés y Skinner (1941), y Bandura y Rosenthal (1966, citados por Ochoa, 1995); la conducta emocional inadaptada es un clase de conducta aprendida, sigue los mismos mecanismos de adquisición, mantenimiento y cambio que ocurren en la conducta normal y, es el condicionamiento el principal medio para producir estos cambios.

Con frecuencia se ha opinado que esas experiencias llevadas a cabo en animales no pueden ser tomadas en cuenta para interpretar lo que ocurre en seres humanos que entran en estado de neurosis o desorden emocional. Pero, haciendo uso de un poco de imaginación, se puede llegar fácilmente a la conclusión de que muchos de los seres humanos se encuentran realmente en 'situación de confinamiento', y sin poder escapar por ello a la acción de 'castigos' (o 'supresiones de recompensa') o de situaciones inciertas en lo que respecta a 'recompensa' o 'castigo'.

León-Barúa (2007) cita las siguientes situaciones como factores estresantes que predisponen a neurosis o desórdenes emocionales:

Pérdida de un ser u objeto amados.

Conflicto, ya sea externo, es decir, con otras personas, o interno, o sea, en la propia mente, cuando no es fácil escoger entre dos o más decisiones o acciones a tomar.

Cambio de país, domicilio, trabajo, etc.

Mal ajuste con el ambiente social en que se vive.

Sentimiento de soledad o aislamiento.

Sentimiento de frustración o de fracaso en conseguir algo que se desea.

Se ha demostrado, y confirmado con observaciones y trabajos de investigación, que el estrés psicológico tiende a inducir la aparición de neurosis o, como es preferible llamarlas, desórdenes emocionales. En varios estudios se ha encontrado que ansiedad puede estar presente sola; pero, cuando hay ya depresión, ésta se acompaña siempre de ansiedad, somatización, obsesión-compulsión, y otros desórdenes emocionales (Vega Sánchez y León-Barúa, 1976; Accinelli-Tanaka y León-Barúa, 1981a, 1981b; Shiroma, León-Barúa y Berendson, 2001); también, que al tratar con medicamentos antidepresivos a personas que presentan ese conjunto de desórdenes emocionales mejoran no sólo los síntomas catalogados como depresivos sino, también, los de los otros desórdenes emocionales (Accinelli-Tanaka y León-Barúa, 1981).

La conducta anormal

Genéricamente el término anormal tiene que ver con aquello que difiere de la norma o del tipo. Al llevarlo a una terminología más clínica, caracteriza las acciones, la mentalidad, los modos de conducta, etc., de un sujeto, que difieren del individuo sano o típico, que no se les suele considerar como perteneciendo al mismo grupo o serie. Si bien es cierto que no necesariamente debemos confundir anormal con patológico, en cuanto no son sinónimos, ello no implica que en determinados casos el calificativo anormal esté inmerso en una determinada patología. Es en este último caso que se hará referencia en el presente informe.

La gran mayoría de las conductas que estudia la psicología anormal se relacionan con las fallas y deficiencias que tienen una significativa inherencia sobre todo a fallas en la adaptación, vale decir, en el ajuste de relacionarse de la manera más favorable con

el medio, o con toda situación externa o interna. Sarason define adaptación como *“la capacidad o incapacidad que tienen las personas de modificar su conducta en respuesta a los requerimientos del ambiente en constante cambio”* (1996. Página

5). Describir una conducta como desadaptativa implica que efectivamente existe un problema, biológico, relativo al aprendizaje, o ambos. Sugiere que ya sea la vulnerabilidad del individuo, su incapacidad para el afrontamiento o la evitación/escape, lo cierto es que las acciones como tal contribuyen a su desestabilización emocional y/o a la adecuada adaptación con el medio.

Existen diversos factores causales que pudiesen incidir en la aparición de conductas anormales. En algunos casos (por ejemplo: en ciertas formas de daño cerebral) se descubre una causa orgánica. En otros pueden estar implicadas relaciones sociales inadecuadas; por supuesto las causales mixtas ocupan un lugar importante a ser tomadas en cuenta. Históricamente, desde un escenario científico, las posiciones orientadas hacia un enfoque biológico o psicológico han discutido respecto a la importancia de los trastornos del funcionamiento corporal, en el primer caso, así como lo relativo a las experiencias, pensamientos y motivaciones subjetivas en el segundo, todo ello respecto al desarrollo y mantenimiento del comportamiento anormal, sin embargo, el transcurrir del tiempo aunado este a la evidencia clínica y la investigación, apuntan sin duda hacia una mayor convergencia entre ambos enfoques, máxime en la actualidad cuando los criterios respecto a la salud engloban lo concerniente a la enfermedad, mas ello no implica la sustitución de una por la otra. Está claro por el contrario que el ser humano en su identidad biológica, psicológica y social funciona en base al equilibrio, no a la jerarquía de cualquiera de ellas sobre las otras dos, es por tanto, que si el proceso de salud apunta al bienestar y adaptación producto precisamente de dicho equilibrio, la conducta anormal, expresada está en el malestar personal y la desadaptación con el

entorno, será un proceso dinámico en donde habrán intervenido los tres factores mencionados.

Investigación en la conducta anormal

La implementación de un método científico en el campo del comportamiento implica un proceso sistemático de observación, registro de conductas, descripción de eventos y condiciones que lo rodean a fin de poder sacar conclusiones acerca de las causas, minimizando todo elemento subjetivo de interpretación que efectivamente le otorgue a la investigación una adecuada confiabilidad. Este proceso puede darse en un ambiente controlado de laboratorio o en un ambiente donde las conductas acontecen de manera natural, obviamente en este segundo caso deben atenderse el control de variables intervinientes que pudiesen viciar los resultados. El estudio científico comprende una interacción continua entre las observaciones y los intentos por explicar y comprender lo que se observa. Por lo general, cuatro grandes pasos circunscriben un proceso investigativo:

- ✓ Observaciones iniciales, con frecuencia informales.
- ✓ Hipótesis tentativas para explicar el significado de las observaciones.
- ✓ Observaciones adicionales (de ser posibles, en condiciones controladas), para probar las hipótesis.
- ✓ Elaboración de la teoría.

Los investigadores utilizan diferentes métodos para entender mejor la conducta anormal, entre los más importantes se destacan:

Estudio de caso: Comprende observaciones detalladas de la conducta de un solo sujeto. Se trata de organizar muchas observaciones de manera conceptual. Si bien este tipo de investigación supone una serie de limitaciones, ofrece guías importantes para investigaciones con mayores controles.

Estudios de correlación: Tienen como fin estudiar relaciones de eventos que se escapan de posibles controles. Permiten entonces informar de cuan confiable es la relación de variables aunque no ofrecen los factores causales de cada una de ellas. Debe aclararse no obstante, al igual que en los estudios de caso, que permiten la obtención de hipótesis a ser comprobadas en investigaciones de diseños más causales, también conocidos como experimentales.

Diseños experimentales: Todo proceso ceñido a una metodología necesita el establecimiento de variables específicas, definidas operacionalmente y cuantificadas de acuerdo a un registro; sin embargo, aunque la recolección de datos es un medio necesario para determinar el cambio conductual, es insuficiente en el análisis total del proceso pues no son indicativos de a qué se ha debido el cambio. Sobre la base de lo expuesto queda claro que la referencia al denominado diseño experimental se hace alusión al proceso por medio del cual se establece la relación de incidencia de una variable, denominada independiente, controlada por el experimentador, hacia otra que se quiere medir y alterar y que se denomina variable dependiente.

De manera general los diseños experimentales se clasifican en los denominados Diseños Intrasujetos y los llamados Diseños Intergrupo. Vale la pena destacar en el caso del primero, los Diseños de Reversión también conocidos como ABAB y los Diseños de Líneas Bases Múltiples. No es el objetivo del presente informe profundizar en todo lo referente a la metodología de investigación; en todo caso, y muy en lo concerniente a la conducta anormal, se refiere al lector interesado a la obra de Craighead, Kazdin y Mahoney, 1984, en la cual presenta información detallada al respecto.

Importancia de la neurociencia en la investigación de la conducta anormal

Son diversos los procedimientos y estrategias de investigación que se han utilizado en la neurociencia. El estudio de la fisiología de la conducta retoma los esfuerzos en diversas disciplinas, como se señalaba en párrafos anteriores. Obviamente en el transcurrir del tiempo y del conocimiento científico-técnico, algunos procesos han adquirido un mayor auge desplazando a otros, no obstante la investigación en el campo de la neurociencia representa, sin duda, el mejor aporte de comprensión de la complejidad del comportamiento propio del ser humano en su condición biológica, psicológica y social. A continuación se presentan algunos:

Ablación experimental: Se conoce como estudio de lesiones los experimentos en que se lesiona una parte del cerebro y el conjunto de observaciones subsecuentes realizadas en relación con la conducta (obviamente se está haciendo referencia a experimentación con animales). La finalidad de los estudios de lesiones es la de descubrir que función desarrolla cada parte del cerebro a fin de entender cómo es que se combinan para realizar conductas específicas.

Técnicas de neuroimagen: Los recientes avances en las técnicas con rayos X y de análisis por computadora permitieron desarrollar diversos métodos para estudiar la anatomía de un cerebro viviente de un ser humano sin necesidad de técnicas invasivas de cirugía cerebral con propósitos experimentales. El registro encefalográfico; la tomografía computarizada, también conocida como escáner CT; la imagen por resonancia magnética; PET o tomografía por emisión de positrones y la neuroendoscopia, novedosa tecnología que utiliza ventriculoscopios para navegar dentro de los ventrículos cerebrales, permitiendo realizar biopsias, abrir quistes y tratar hidrocefalias, son algunas tecnologías médicas incursas en la neurociencia.

Métodos neuroquímicos: Los neurotransmisores, neuromoduladores y hormonas transmiten sus mensajes hasta sus

células objetivo al unirse con los receptores. La localización de estos receptores puede determinarse de acuerdo a diversos procedimientos tales como la autorradiografía y la inmunocitoquímica. Una propiedad útil de estos métodos es que además de determinar las sustancias que contiene una neurona específica, también establece las posibles conexiones de estas neuronas con otras partes del cerebro.

Influencia de fármacos sobre la conducta: Un fármaco es un compuesto químico que se administra para propiciar algún cambio en el organismo. Los denominados psicoactivos son capaces de alterar el estado de ánimo, el pensamiento o la conducta. Para ser eficaz un fármaco debe alcanzar su objetivo en el sistema nervioso. Se denomina vía de administración todo el proceso en que determinado fármaco penetra en el organismo y lo recorre hasta llegar a determinada meta, atravesando las diversas barreras fisiológicas tales como el estómago, el intestino, el torrente sanguíneo, el líquido extracelular, la barrera hematoencefálica y la membrana celular.

Pruebas neuropsicológicas: La neuropsicología estudia la relación entre los procesos cerebrales y el comportamiento, tanto en personas normales como en aquellas poseedoras de algún tipo de daño cerebral. Este campo del conocimiento también implica la evaluación y rehabilitación de pacientes con alteraciones neurológicas diversas. Son varias las premisas que como punto de partida tiene la neuropsicología, En primer lugar, se considera al ser humano como un ser biopsicosocial en un sentido realmente integral. Esto significa que los procesos cerebrales, los procesos cognoscitivos y el comportamiento son parte del mismo fenómeno de estudio. Otra premisa de la neuropsicología es que el cerebro trabaja como un todo, organizado en sistemas funcionales complejos. La alteración de un sistema puede repercutir en el funcionamiento de uno o varios de los demás sistemas. La neuropsicología se vale hoy en día de métodos experimentales, de

la observación clínica, y se puede apoyar de los estudios de neuroimagen para diseñar esquemas de funcionamiento y de rehabilitación de las funciones dañadas o perdidas, basados en las funciones preservadas. Pruebas psicológicas como la Batería Halstead – Reitan, el Test Barcelona, la batería Lurian- Chistensen, el test K-ABC entre otras, exploran en profundidad las diversas funciones cerebrales- cognitivas y rinden un informe del estado en que se encuentran.

El sistema inmune y su relación en la conducta anormal: La psiconeuroinmunología es el campo científico transdisciplinario que investiga las interacciones entre el cerebro, sus manifestaciones cognitivas y conductuales y sus consecuencias clínicas. Hay una conexión psicofísica entre el cerebro y el sistema inmunológico según se ha demostrado en diversas investigaciones. Se ha podido constatar a través del microscopio como las terminaciones nerviosas se conectan con los linfocitos, encargados estos de la defensa del organismo.

Situaciones estresoras afectan la producción de glóbulos blancos. Investigaciones realizadas con mujeres afectadas con cáncer de mama a las cuales se les brindó entrenamiento en técnicas reductoras de estrés, tales como la relajación y la visualización, presentaron diferencias inmunológicas a favor respecto a aquellas pacientes aquejadas de la misma enfermedad pero que solamente se reunía a sesiones terapéuticas grupales. Otras experiencias relacionadas con trastornos que ocasionan los estados de estrés crónico se realizaron con matrimonios con continuas peleas y desavenencias. Las mujeres mostraron mayor estrés expresado por una depresión continua del sistema inmunológico ([www.psicología.laguia .com](http://www.psicología.laguia.com). 2008).

Genética del comportamiento

La genética es el estudio de la forma en que los organismos vivos (plantas, animales, seres humanos) transmiten rasgos de una generación a otra. Las investigaciones en genética no solo se han limitado a la transmisión de rasgos físicos, más allá de ellos, la transmisibilidad de los rasgos conductuales ha ocupado a muchos investigadores en el área.

Estudios de raza: Estudios de la herencia de las características del comportamiento usando animales que se crían para producir razas que genéticamente son muy semejantes entre sí.

Estudios de familia: Estudios de la herencia en los humanos que se basan en la suposición de que, si los genes influyen en ciertos rasgos, los parientes cercanos serán más similares en él que los familiares lejanos.

Estudios de gemelos: Estudios de gemelos idénticos y fraternos para determinar las influencias de la herencia y el ambiente en la conducta humana.

Estudios de adopción: En contraposición con el anterior, se realiza en niños adoptados al nacer por padres que no se relacionan con ellos, el objeto es determinar los efectos ambientales en el comportamiento humano más allá de los rasgos hereditarios.

Bases neurobiológicas del estrés y los trastornos de ansiedad

Debe quedar claro que el estrés se produce cuando en el organismo se da una activación mayor de la que éste es capaz de reducir con sus estrategias de afrontamiento, ya sean estas cognitivas y/o conductuales. Por lo tanto, estrés no es sinónimo de activación, ya que lo que sitúa en riesgo al organismo es su incapacidad de mantener parámetros óptimos para un máximo rendimiento. Visto así, habría que sobreentender que siempre que se habla del estrés dentro de un modelo de conducta anormal, se

hace referencia a un fracaso adaptativo, consistente en una excesiva activación, de gran resonancia emocional.

En el proceso de activación del organismo son las conexiones nervioso-centrales las que asumen la responsabilidad de toma de decisión. En el concepto de estrés va implícita una cognición, procesamiento de información sensorial, seguida esta por la activación de la unidad funcional del cerebro, el sistema reticular. La activación nervioso- central tiende a alcanzar su fase de meseta en situaciones que exigen esfuerzo conductual, tal es el caso de acciones defensivas y/o acciones que exigen agresión. La preparación del organismo para el afrontamiento de todo ello se lleva a cabo a través del **sistema simpático-adrenal**, encargado de mantener el medio interno en estado uniforme y de facilitar conductas orientadas hacia la lucha o la huida. Las consecuencias biológicas de la activación implican un aumento de la frecuencia cardíaca, la glucogenolisis y lipólisis, la disminución en la secreción de insulina y el aumento de la secreción de ACTH, de hormona de crecimiento, de hormona tiroidea y de esteroides adrenocorticales. De igual forma se observa un decremento de la actividad intestinal, mayor dilatación bronquial, vasoconstricción cutánea y vasodilatación muscular.

En la activación neuroendocrina se han podido identificar diferencias en el tipo y la cronología de las respuestas hormonales. Respecto a las diferencias en el tipo, tiene que ver con el incremento inicial de la adrenalina y a la disminución de la insulina, los estrógenos y los andrógenos, en particular la testosterona, que descienden por debajo de sus niveles basales para subir después por encima de los valores previos a la activación. En lo que concierne a las diferencias en cuanto a la cronología de activación hormonal, se distinguen tres secuencias de reacción:

a.- rápido, b.- semi-rápido y c.- lento. Las catecolaminas, la prolactina, la insulina y las hormonas sexuales tienden a configurar

el primer tipo de reacción. El ACTH u hormona adrenocorticotrópica implica la encargada de actuar bajo la secuencia semi-rápida, por último, la hormona tiroidea es la encargada de manejar la reacción lenta de activación hormonal. En este orden de ideas, es importante entender como en el desarrollo de las conductas emocionales, adaptadas o desadaptadas, el predominio de cualquiera de las secuencias tendrá que ver con las manifestaciones de agresión-huída que se presenten.

El sistema inmunitario está compuesto por órganos con capacidad para sintetizar proteínas y otorgar nuevas propiedades a células circulantes por el torrente sanguíneo. El conjunto general de los datos procedentes de la experimentación animal y de la observación clínica humana nos demarca los efectos inmunosupresores del estrés. Ello implica la acción de los estímulos estresantes sobre la actividad del sistema inmunitario, expresada a través de estados alérgicos, propensión a infecciones, enfermedades autoinmunitarias e incluso repercusión en formación de neoplasias (estados cancerígenos)

La activación conductual puede expresarse a través de comportamientos adaptativos por su eficacia para suprimir los estímulos amenazadores, estímulos de alerta, o por su valor para reducir la activación biológica provocada. En ocasiones esa activación origina conductas de luchas en la búsqueda de controlar la situación o por el contrario, la inhibición conductual, sería la alternativa propuesta. A partir de ambas posibilidades se constituyen las conductas emocionales. Los denominados desórdenes emocionales implicarían precisamente, desde un punto de vista neurobiológico, el fracaso adaptativo de la activación fisiológica y, por el contrario, el mantenimiento de una activación desestabilizadora, en consecuencia de las acciones conductuales seleccionadas.

Desórdenes emocionales y neurociencia

Desde un punto de partida neurobiológico, al margen de las complejas acciones de los gluco-corticoides, la actividad del eje suprarrenal como fenómeno concomitante de la activación se da en los estadios de peligro, amenaza, pérdida de control, huida, ansiedad y depresión, todas ellas expresadas como estados emocionales desagradables. Valdés y Flores (1985) resumen los resultados de algunos trabajos sobre el particular:

Hostilidad Manifiesta: En sujetos deprimidos se observa una alta correlación entre hostilidad manifiesta y niveles plasmáticos de 17 hidrocorticoesteroides (17-OHCS). Ésta secreción es máxima cuando la extracción de la muestra sanguínea se hace inmediatamente después de la verbalización hostil.

Ansiedad: Los sujetos con elevada ansiedad presentan niveles plasmáticos de cortisol un 70% más alto que los individuos no ansiosos.

Amenaza y control de la situación: Los niveles de 17-OHCS son mucho más altos en los pilotos de rescate durante los días que no vuelan que en el transcurso de la acción bélica. La sensación de control de la situación en los momentos en que actúan parece coincidir con la baja excreción de 17-OHCS.

Dado que en la percepción de valorizar determinada situación juega un papel importante las creencias de control situacional que el sujeto tenga al respecto, expresado biológicamente en menores excreciones de 17-OHCS, se entiende que en la medida que las conductas no son adaptadas, se opera un rebote psicoendocrino, con niveles de cortisol anormalmente altos. Es importante entonces distinguir entre la conducta realmente adaptada y lo que pudiese denominarse la adaptación social, ya que bien puede ocurrir que lo establecido socialmente como positivo sea biológicamente inconveniente o viceversa.

Obviamente las conductas emocionales no pueden quedar restringidas a un enfoque primario en el SNC sino que necesariamente deben involucrar las interacciones entre el SNC, el cuerpo y el entorno que son sistemas dinámicos en un claro sentido bidireccional. El procesamiento biológico de las emociones comienza, tal y como apunta Damasio (1995), con una deliberada y consciente apreciación acerca de la situación generadora de la emoción la que se expresa en imágenes mentales organizadas en pensamientos. Esto involucra una evaluación cognitiva que incluye imágenes verbales y no verbales. El sustrato neural de estas imágenes es un conjunto de variadas representaciones organizadas en cortezas sensoriales primarias (visual, auditiva, etc.) las que construyen la representación con intervención de cortezas asociativas de orden superior responsables del proceso fundamental para la generación de percepciones unitarias. El procesamiento de estas imágenes genera señales que provocan respuestas automáticas, involuntarias, por parte de la corteza cerebral. Las emociones primarias dependen largamente del circuito del sistema límbico: región amigdalal, corteza cingulada anterior, el hipotálamo y el cerebro basal anterior.

Si se profundiza en estados emocionales secundarios, vale decir, generados en procesamientos de aprendizaje cognitivo en un entorno social, las bases neurales de los “sentimientos” corresponden tanto a la representación de los cambios corporales como a los que ocurren en las redes de procesamiento que se encuentran representadas en las cortezas sensoriales en particular las del hemisferio derecho y son una parte del procesamiento de la conciencia y de la subjetividad. Se experimenta entonces la emoción “como si” se tuviese un estado corporal activado o modificado, tal es el caso de las emociones primarias en las cuales por ser consecuencias de estados de privación biológicas.

En el campo del comportamiento anormal no cabe duda que el componente emocional está altamente asociado. La ansiedad es

un desorden emocional. El organismo responde de manera similar a cuando experimenta la respuesta fisiológica de temor, la diferencia estriba que no hay una situación real de peligro, o al menos no con la intensidad para provocar la magnitud de la respuesta expresada. Diversos son los denominados por el DSM IV trastornos de ansiedad, cada uno de ellos tiene sus propias particularidades neurobiológicas, a continuación se exponen algunos de los más resaltantes:

Ataques de Pánico: Las actuales evidencias sugieren que tanto el sistema noradrenérgico como el serotoninérgico cerebral tienen una activa participación en la fisiopatología de la angustia. Se sostiene que en la angustia existe una marcada hiperactividad del adrenergico mientras que el serotoninérgico, con efecto bloqueantes de los estados de pánico, estaría notablemente disminuido. Por supuesto, los estudios fundamentados en factores genéticos, apuntan hacia un importante elemento constitucional presentes en los mismos.

Estrés postraumático: En el mismo orden de los ataques de pánico, lo que distingue al estrés postraumático tiene que ver con que la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intenso. Las características típicas del estrés postraumático tienen que ver con episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de entumecimiento y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, anhedonia y evitación de situaciones que recuerden o sugieran el trauma. *Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.* Si bien no están totalmente definidos los elementos de disposición neurobiológicas que facilitan el

establecimiento de un estrés postraumáticos en determinadas personas y no en otras que han pasado por situaciones similares, no obstante y dado que la psicofarmacología apunta fundamentalmente hacia el uso de antiadrenérgicos, es obvio pensar la disposición del sistema noradrenérgico en cuanto a una mayor actividad que condiciona a situaciones de angustia.

Trastorno de ansiedad generalizada (TAG): La persona poseedora de este tipo de trastorno, a diferencia de los dos anteriores, es un trastorno crónico que puede presentarse desde la infancia hasta la adultez y en donde la principal característica es la constante preocupación, desproporcionada a las situaciones, actitud expectante de temor hacia los diversos acontecimientos de la vida sin que necesariamente haya alguno en particular sino el conjunto de todos ellos, vale decir, la vida en general. Las investigaciones neurobiológicas tienden a considerar que en el TAG existe una reducción en la sensibilidad a los receptores adrenérgicos. También se piensa existe una excesiva actividad serotoninérgica en áreas cerebrales como el rafe, el hipotálamo, los ganglios basales y el sistema límbico. El uso de las benzodiazepinas es el tratamiento farmacológico de mayor utilización. Ejerce sus efectos incrementando la actividad del GABA (ácido gamma-aminobutírico), a través de sus interacciones con el complejo receptor GABA A. Esta actividad se asocia con una reducción de la frecuencia de disparo de las neuronas del locus cerúleo y la frecuencia de disparo de las neuronas serotoninérgicas del rafe, que reduce los síntomas ansiosos

Trastorno Obsesivo-Compulsivo: Las obsesiones son ideas indeseadas que se imponen en la conciencia del sujeto en contra de su voluntad y que determinan intensas manifestaciones de ansiedad. Las compulsiones son actos repetitivos que, al igual que las obsesiones, están fuera del control voluntario del sujeto. Si bien se considera una afección multifactorial en cuya etiología intervienen factores de las más diversas naturalezas, desde un

punto de vista neurobiológico se ha observado entre sus anomalías: respuesta disminuida de la hormona del crecimiento (GH); acortamiento de la latencia REM y respuesta anormal del test de supresión por dexametasona (TSD). Clínicamente lo que parece estar claro es que desde un punto de vista farmacológico, los únicos que poseen una acción efectiva sobre los trastornos obsesivos son los antidepresivos, tanto los tricíclicos como los inhibidores de la monoaminoxidasa; en la actualidad son los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina los antidepresivos de nueva generación que han demostrado su mejor eficacia. Evidentemente este hecho clínico apunta hacia la relevancia del sistema serotoninérgico en este tipo de conducta anormal.

1.4. Formulación del problema

El proceso de interacción social juega un rol importante que afecta a la vida universitaria, generando cansancio emocional y/o fatiga, además de otras conductas emocionales inadecuadas como ansiedad, depresión, entre otras conductas en los estudiantes que llevan una vida académica agitada. Por lo cual, se hace necesario conocer cómo funcionan estas variables: Síndrome de Burnout y desórdenes emocionales, en la población de estudiantes universitarios de Chota - Cajamarca.

En este sentido, obtendremos información descriptiva que actualmente se desconoce y también permitirá estudiar cómo la problemática del Burnout interactúa con otras variables, como son los desórdenes emocionales y algunas otras variables de control, en esta población.

El problema a investigar es:

¿Cuál es la relación entre el Síndrome de Burnout y los desórdenes emocionales en estudiantes de la Universidad Alas Peruanas de Chota - Cajamarca - 2013?

1.5. Justificación del estudio

Estudiar el cansancio o agotamiento profesional en el desempeño de labores académicas y/o profesionales es, sin lugar a dudas un tema de gran relevancia en la investigación en salud pública en estos últimos años en un mundo en el cual las actividades que se realizan a diario son fuertemente estresantes, lo cual es causante de las nuevas enfermedades de la salud en el presente siglo. Los estudios previos demuestran la importancia en los ambientes educativos y clínicos, por citar algunas áreas en los cuales ocurre este problema, es por ello nuestro interés en estudiar y analizar como ocurre este proceso en los estudiantes de la Universidad Alas Peruanas de Chota en Cajamarca.

Desde el punto de vista metodológico, nos permite probar los instrumentos de medición del Burnout y de los desórdenes emocionales en esta población de estudiantes universitarios de Cajamarca, así como, establecer su validez y confiabilidad técnica para dichas poblaciones.

También relevante, es el impacto social y práctico, por la cantidad de población representativa de estudiantes universitarios, ya que al estudiar estas variables nos provee de información significativa para analizar y ofrecer alternativas de mejoramiento de la enseñanza de los estudiantes, de tal modo que se puedan adoptar políticas públicas e implementar programas de prevención y promoción que disminuyan la prevalencia del Síndrome de Burnout y desórdenes emocionales que puedan estar interviniendo en el desarrollo personal y profesional de los estudiantes de Chota en Cajamarca, lo cual permitirá mejorar su calidad de vida y su actividad académica-profesional.

El estudio de las variables Síndrome de Burnout, así como de los desórdenes emocionales, es altamente relevante para mejorar la práctica educativa y analizar las variables que interfieren con el proceso de enseñanza-aprendizaje, los índices de prevalencia de vida de los desórdenes emocionales son significativamente altos y, de alguna u otra manera están afectando el rendimiento académico, esa es su utilidad

práctica. Asimismo, es socialmente relevante porque la población de estudiantes universitarios, al ser tan variada, es muy representativa de la población en general. En el presente caso, al trabajar con estudiantes universitarios de Chota - Cajamarca, corresponde a muestras poco tratadas y, por tanto, de gran interés clínico, social y educativo.

1.6. Hipótesis.

Hipótesis principal

H: Existe una relación significativa entre el Síndrome de Burnout con los Desórdenes emocionales en estudiantes de la Universidad Alas Peruanas de Chota-Cajamarca, 2013.

Ho. Existe una diferencia significativa entre el Síndrome de Burnout con los Desórdenes emocionales en estudiantes de la Universidad Alas Peruanas de Chota-Cajamarca, 2013

Hipótesis específicas

H₁: Existen diferencias significativas en la variable Síndrome de Burnout según las variables de control: sexo, edad y ocupación en estudiantes de la Universidad Alas Peruanas de Chota-Cajamarca, 2013.

H₂: Existen diferencias significativas en la variable Desordenes emocionales según las variables de control: sexo, edad y ocupación en estudiantes de la Universidad Alas Peruanas de Chota-Cajamarca, 2013.

H₃: Existe una **correlación positiva, significativa y múltiple** entre los tres componentes del Síndrome de Burnout: cansancio emocional, despersonalización y realización personal, con los cinco componentes de los Desórdenes emocionales: autonómico, emocional, motor, social y cognitivo en estudiantes de la Universidad Alas Peruanas de Chota- Cajamarca, 2013.

1.7. Objetivos

1.7.1. Objetivo general

Determinar la relación entre el Síndrome de Burnout y los Desórdenes emocionales en estudiantes de las Universidad Alas Peruanas de Chota-Cajamarca, 2013

1.7.2. Objetivos específicos.

- ✓ Identificar el nivel de Síndrome de Burnout en los estudiantes de la Universidad Alas Peruanas de Chota - Cajamarca, 2013
- ✓ Diagnosticar el nivel de desórdenes emocionales en los estudiantes de la Universidad Alas Peruanas de Chota - Cajamarca, 2013.
- ✓ Describir los componentes del Síndrome de Burnout: cansancio emocional, despersonalización y realización personal, en estudiantes de la Universidad Alas Peruanas de Chota - Cajamarca, 2013.
- ✓ Establecer los componentes de los desórdenes emocionales: autonómico, emocional, motor, social y cognitivo, en estudiantes de la Universidad Alas Peruanas de Chota - Cajamarca, 2013
- ✓ Establecer la Relación entre el síndrome de Burnout y los desórdenes emocionales en los estudiantes de la Universidad Alas Peruanas de Chota - Cajamarca, 2013

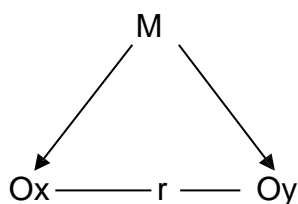
CAPÍTULO II

MÉTODO

2.1. Tipo y diseño de investigación

Tipo de Estudio: El presente estudio corresponde a una investigación de tipo descriptivo correlacional utilizando el método cuantitativo.

Diseño de estudio: No Experimental, ya que no se ha construido alguna situación ni se ha manipulado variables, encuadrándose en un diseño **descriptivo- correlacional**, a fin de medir la correlación existente entre las variables



M = Representa la muestra de estudio

Ox = Representa los datos del Inventario de Burnout de Maslach - MBI.

Oy = Representa los datos de la Escala API de Evaluación de los Desórdenes Emocionales.

R = Indica el grado de correlación entre ambas variables.

2.2. Variables.

El problema de investigación tiene las siguientes variables:

Síndrome de Burnout en sus componentes: cansancio emocional, despersonalización, y realización personal. Esta variable será medida mediante el Inventario Burnout de Maslach y Jackson.

Desórdenes emocionales en sus componentes: autonómico, emocional, motor, social y cognitivo. Esta variable será medida mediante la Escala de Evaluación Conductual de la Personalidad (API) de Anicama

Definición Conceptual.

Síndrome de Burnout; Es aquel cuadro clínico caracterizado por 3 componentes fundamentales; cansancio emocional, se refiere al

agotamiento físico y psicológico; la despersonalización, manifestada como una actitud distante hacia las personas y, la falta de realización personal.

Desórdenes emocionales: Son el conjunto de respuestas emocionales inadaptativas que caracterizan a la ansiedad, las fobias, las obsesiones, la depresión, la histeria y la psicopatía, expresadas en los niveles de respuesta autonómico, emocional, motor, social y cognitivo.

Definición Operacional:

Síndrome de Burnout: Se aplicó el inventario de Burnout de Maslach y Jackson a los estudiantes de la Universidad Alas Peruanas de Chota – Cajamarca, 2013

Desórdenes emocionales: Se aplicó una escala de evaluación conductual de la personalidad (API) de Anicama a los estudiantes de la Universidad Alas Peruanas de Chota – Cajamarca, 2013

2.2.1. Operacionalización de las variables.

VARIABLE	FORMA DE MEDICIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Síndrome de Burnout	Directa	Componentes del inventario: -Cansancio emocional -Despersonalización -Realización personal	Nominal	Inventario de Burnout de Maslach y Jackson
Desórdenes emocionales	Directa	Escala componentes de la escala: -Autonómico -Emocional -Motor -Social -Cognitivo	Nominal	Escala API de evaluación de los desórdenes emocionales
Sexo	Directa	Masculino Femenino	Nominal	Encuesta
Edad	Directa	16 a 20 años 21 a 25 años 26 a 30 años 30 a más años	Ordinal	Encuesta
Ocupación	Directa	Estudia Trabaja y estudia	Nominal	Encuesta

2.3. Población y muestra:

Población: La población de estudio estará conformada por el total de estudiantes de la Universidad Alas Peruanas de Chota, Cajamarca, número el cual asciende a 430 estudiantes, organizada por sexo, edad y ocupación.

Muestra: La muestra estará constituida por 202 estudiantes, la cual será de tipo estratificada según el sexo, la edad y ocupación.

Sexo	Frec.	%
Masculino	70	34,7
Femenino	132	65,3
Total	202	100,0

Fuente: Nóminas de matrícula de la Universidad

El **tamaño de la muestra** es calculada según la siguiente fórmula de tamaño mínimo de muestra:

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

Dónde: $n_0 = \frac{Z^2}{4e^2}$

n= Tamaño de muestra

Z= 1.96

4= Valor constante

e= 0.05

N= 430

Reemplazando:

$$n = \frac{Z^2}{4E^2} \qquad n = \frac{(1.96)^2}{4(0.05)^2}$$

$$\frac{1 + \frac{Z^2}{4E^2}}{N} \qquad \frac{1 + \frac{(1.96)^2}{4(0.05)^2}}{430}$$

n= 202

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Para la realización del presente trabajo de investigación se consideraron las siguientes técnicas e instrumentos:

Las técnicas a emplear serán la entrevista y los instrumentos de medición seleccionados. Para medir las variables de estudio se utilizaron como instrumentos:

INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH – MBI

ESCALA DE EVALUACION CONDUCTUAL DE LA PERSONALIDAD – API (LISTA DE CHEQUEO CONDUCTUAL)

2.4.1. Validez y confiabilidad

Ficha Técnica del Inventario de Burnout de Maslach y Jackson

Fue desarrollado por Maslach, C. y Jackson, S. (1986) en California y adaptado por Ediciones TEA de Madrid en 1997, su aplicación es individual y colectiva, dura no más de 15 minutos.

Los elementos del MBI están redactados para expresar sentimientos o actitudes personales y su versión definitiva, pasó por unas fases experimentales que duraron 8 años.

Evalúan 3 escalas o componentes del sujeto considerado “quemado”.

Consta de 22 ítems en total:

Cansancio emocional (9 ítems);

Despersonalización (5 ítems) y

Realización Personal (8 ítems).

Cada ítem consiste en una frase que se debe contestar eligiendo una de las opciones asignadas con un valor de 0 a 6 en la escala de Lickert, donde:

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

La puntuación total se obtiene sumando todos los puntos o grados de frecuencia anotados en los elementos correspondientes a las Escalas del MBI.

Los elementos que comprende cada escala y sus puntuaciones directas (PD) máximas se especifican en la tabla 1:

TABLA 2**COMPOSICIÓN DE LAS ESCALAS DEL MBI**

Escala	Elementos									PD
										Máxima
CE	1	2	3	6	8	13	14	16	20	54
DP	5	10	11	15	22					30
RP	4	7	9	12	17	18	19	21		48

FUENTE: MBI Inventario Burnout de Maslach & Jackson (1997)

Criterios para la interpretación:

Las puntuaciones directas obtenidas en la fase de corrección y puntuación no son interpretables por sí mismas, es necesario compararlas con las obtenidas por determinados grupos, o bien transformarlas en valores o escala de significación universal que sitúa las puntuaciones del sujeto en relación con las obtenidas por ese grupo normativo. Si bien existen baremos tanto originales como españoles, en diferentes grupos ocupacionales, para el propósito de la presente investigación se ha valorado el Burnout en base a puntuaciones obtenidas por la muestra de validación.

Las tablas de baremos españoles, como peruanos (en prensa) permiten la conversión de las puntuaciones directas en dos escalas de valor universal: de percentiles, escala ordinal que va desde 1 a 99, y la escala típica S, cuya media vale 50 y su desviación típica es de 20 unidades, en esta escala la mayoría de los sujetos se encuentran entre los valores 3 y 97. Teniendo como punto de mira el Síndrome que mide el MBI, se clasificarán 3 categorías de puntuaciones: Bajas (Puntuaciones S de 3 a 33) Medias (de 37 a 63) y Altas (de 67 a 97).

Se harán las comparaciones con las normas obtenidas en los estudios peruanos.

CONFIABILIDAD

En los estudios originales con el MBI se obtuvo una consistencia interna mediante el Alpha de Cronbach en una muestra de 1316 casos y obtuvieron los siguientes índices: 0,90 en CE; 0,79 en DP y 0,71 en RP. En este estudio se ha encontrado valores de: 0,876 para CE; 0,817 para DP y 0,740 para RP. Lo que significa que existe una consistencia interna adecuada en las tres escalas, por lo tanto este instrumento es confiable, es decir, produce resultados consistentes y coherentes.

Este instrumento ha mostrado tener una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 0.9 (Capilla, 2000). Igualmente los coeficientes de los estudios originales, han sido estimados mediante el coeficiente alfa de Cronbach en una muestra de 1,316 casos, donde 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 diversos análisis originales, se empleó el procedimiento de test – retest.

VALIDEZ

En estudios factoriales originales y españoles se ha visto que los elementos que componen el MBI definen una estructura tridimensional que apunta posiblemente a esas mismas direcciones. Además de este tipo de validez factorial, el MBI está apoyado por otros tipos de validez como es la convergente y la discriminante.

Ficha Técnica de la Escala API de Evaluación de los Desórdenes Emocionales

La escala API sobre una base teórica conductual cognitiva, desarrolla una evaluación de la conducta emocional inadaptada asumiendo que esta es una clase de respuesta inadaptada compuesta por los niveles autonómicos, emocionales, motores, sociales y cognitivos. Una alteración o desorden emocional implica una variabilidad significativa, según los casos de desórdenes emocionales, en cada uno de dichos componentes o niveles.

El concepto experimental de conducta emocional inadaptada es considerado clínicamente como desorden emocional (Anicama, 1993).

La evaluación de los desórdenes emocionales se efectúa mediante 5 escalas componentes:

Escala Autonómica (23 ítems)

Escala Emocional (23 ítems)

Escala Motor (23 ítems)

Escala Social (23 ítems)

Escala Cognitiva (23 ítems)

Además de una Escala de Mentiras (15 ítems).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS ESPECÍFICAS DE LOS DESORDENES EMOCIONALES

AUTONÓMICA. Palpitaciones, taquicardia, bloqueo al respirar, sudoración palmar o total, hipertensión, dolores de cabeza, vértigos, desmayos, alteración del sueño, disturbio de la orina, alteración de la libido, disturbios gástricos (estreñimiento, constipación, espasmo del colon), fatiga física, abundantes síntomas somáticos, pérdida de peso (anorexia y dismenorrea)

EMOCIONALES. Irritación o responsivo, sentimiento de ansiedad, hipersensibilidad, impulsividad, ansiedad dirigida a un objeto, sentirse constante de fatiga y cansancio, sentirse dominados por tristeza y melancolía, sentirse solitario, lamentar falta de afecto, labilidad emocional: llanto, chillar; falta de respuesta de regocijo o alegría.

MOTORAS. Tensión muscular, conducta de evitación y/o aproximación al objeto temido, temblor en alguna parte o todo el cuerpo, tartamudeo, dolor fibroso (dolor de espalda), diskinesia ocular (parpadeo intenso) retraso psicomotor: hablar lento, caminar lento, volumen de voz bajo, estar quieto, permanecer en cama, inhabilidad para su ordinario trabajo o interferencia

en el trabajo, conducta pre-suicida, conducta de aproximación y apropiación de objetos, hiperactivo.

SOCIALES. Reducción de la interacción social: mínima participación, no atender su arreglo personal, interferencia con otras conductas sociales, pérdida de gratificación: refuerzo, conductas antisociales: Robar y violar la ley; conductas agresivas y de violencia, no asumir responsabilidad.

COGNITIVO. Pensamientos persistentes acerca de algo, expectativas negativas, autocrítica acentuada y autoculpa, baja autoestima: percepción e ideas de fracaso, impotencia y desamparo; inhabilidad para concentrarse, amnesia, expresión y sentimientos de incompetencia, quejas acerca de pérdidas afectivas.

Validez y confiabilidad del instrumento

El instrumento tiene una alta validez y confiabilidad, la cual detallamos a continuación:

a) Para la prueba de validez y confiabilidad total de análisis de ítems los puntajes de correlación ítem - test indican lo siguiente:

Escala Autonómica	= 0.8048 ***
Escala Emocional	= 0.8821 ***
Escala Motora	= 0.7820 ***
Escala social	= 0.7300 ***
Escala Cognitiva	= 0.7488 ***
Escala L	= 0.5022 ***

(*) Significativos cuando $p < .001$**

b) Para las pruebas de validez se halló lo siguiente:

Para **validez de constructo** 100% de acuerdo entre los jueces.

Para **validez externa** se obtuvieron las siguientes correlaciones:

$r = 0.9211$ entre API total y la EAA de Zung.

$r = 0.8217$ entre API total y la EAMD de Zung.

$r = 0.5497$ entre API total y la Escala de Beck.

$r = 0.8010$ entre API total y la Escala N de Eysenck.

$r = 0.793$ entre API total y las escalas neuróticas del MMPI.

c) Para las pruebas de confiabilidad:

La prueba test - retest muestra una $r = 0.7917$ *** cuando $p < .001$; así como coeficiente alpha de consistencia interna de Cronbach fue de 0.8725.

Por tanto la escala API resulta un instrumento altamente significativo en términos de su validez y confiabilidad psicométrica demostrada.

2.5. Métodos de análisis de datos.

Para el procesamiento de los datos obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos, se hizo uso de un programa estadístico SPSS versión 20.0, con lo cual se determinó el coeficiente de correlación entre la variable Síndrome de Burnout con la variable Desórdenes Emocionales.

Se procedió al análisis estadístico para obtener los siguientes resultados:

- a. Se procedió a describir los datos de cada variable a estudiar calculando el promedio, la varianza, la desviación estándar y el error estándar.
- b. Se procedió a aplicar una prueba de bondad de ajuste para precisar si cada uno de los datos siguen o no la curva de distribución normal. Se utilizó la prueba de Kolmogórov-Smirnov, la cual determinó la utilización de pruebas no paramétricas como la "U" de Mann Whitney y la "H" de kruskal Wallis.

- c. Luego se calculó las diferencias significativas para cada variable: Síndrome de Burnout y desórdenes emocionales, según cada una de las variables de control: sexo, edad y ocupación actual.
- d. Finalmente se comprobaron las hipótesis de correlación: Para el caso de una correlación entre dos variables se utilizó la correlación r de Pearson.

Todos los cálculos de las diferencias significativas y las correlaciones se obtuvieron a un nivel de significación igual a $p < .05$, $p < .01$ y $p < .001$.

Los datos recogidos mediante los instrumentos son analizados utilizando la estadística descriptiva: frecuencias ,donde se obtuvieron las medidas de concentración y dispersión como: media aritmética, desviación estándar y el coeficiente de variabilidad y para la contratación de la hipótesis se utilizó la estadística inferencial, mediante el coeficiente de correlación de Pearson, que permitió analizar la correlación que existe entre las variables clima organizacional y desempeño docente de la muestra en estudio, cuya fórmula es la siguiente:

$$r = \frac{n \sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[n \sum X^2 - (\sum X)^2][n \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

CAPÍTULO III
RESULTADOS

CAPÍTULO III: RESULTADOS

3.1. Presentación y análisis de los resultados.

Características generales de la muestra total de estudiantes de la Universidad Alas Peruanas de Chota-Cajamarca

La Tabla 3, muestra la distribución de la muestra total según el sexo. Se aprecia que existe un claro predominio del sexo femenino (65,3%) en relación al sexo masculino (34,7%).

Tabla 3

Distribución de la muestra según sexo

Sexo	Frec.	%
Masculino	70	34,7
Femenino	132	65,3
Total	202	100,0

Fuente: Aplicación del Inventario de Burnout
Fecha: Octubre del 2013

Por su parte, la Tabla 4 exhibe la distribución de la muestra según rango de edad. Se observa que la mayoría de participantes que conforman la muestra (62,9%) se encuentran entre los 16 y 20 años, siguiendo los participantes de las edades comprendidas entre los 21 y 25 años (28,7%).

Tabla 4

Distribución de la muestra según edad

Edad	Frec.	%
16 a 20 años	127	62,9
21 a 25 años	58	28,7
26 a 30 años	9	4,5
31 años a más	8	4,0
Total	202	100,0

Fuente: Aplicación del Inventario de Burnout
Fecha: Octubre del 2013

El 95,5% (193) de la muestra total tenían como ocupación estudiar en la Universidad y un porcentaje menor de 4,5% (9) se dedica a dos actividades: trabajar y estudiar al mismo tiempo, tal como lo revela la Tabla 5.

Tabla 5

Distribución de la muestra según ocupación actual

Ocupación	Frec.	%
Estudia	193	95,5
Trabaja y estudia	9	4,5
Total	202	100,0

Fuente: Aplicación del Inventario de Burnout
Fecha: Octubre del 2013

Análisis estadístico para la variable Síndrome de Burnout

La Tabla 6 presenta los resultados de los promedios (\bar{x}), desviaciones estándar (D.E.) y coeficientes de variación (C.V.) de la variable Síndrome de Burnout según muestra total. Se estima que la sub escala con mayor promedio es realización personal (33,27), seguido de cansancio emocional (18,46). Para el puntaje total de Burnout el promedio alcanzado fue de 60,14. Los valores de coeficiente de variación, en cada una de las sub escalas, así como en el puntaje total para Burnout, están indicando la existencia de una dispersión aceptable en las puntuaciones obtenidas.

Tabla 6

Medias, desviaciones estándar y coeficientes de variación para las sub escalas y puntaje total de la variable Síndrome de Burnout

Síndrome de Burnout		D.E.	C.V.
Cansancio emocional	18,46	8,81	77,61
Despersonalización	8,41	6,49	42,19
Realización Personal	33,27	9,37	87,93
Puntaje total	60,14	14,99	224,84

Fuente: Aplicación del Inventario de Burnout
Fecha: Octubre del 2013

La Tabla 7 presenta los promedios, desviaciones estándar y coeficientes de variación para la variable Síndrome de Burnout y sus sub escalas según sexo. Se observa que los promedios del sexo femenino son superiores en las sub escalas: cansancio emocional (18,74), despersonalización (8,80) y puntaje total de Síndrome de Burnout (60,85). Cabe destacar que con respecto a la sub escala realización personal, solo existe un ligero puntaje decimal que diferencia el promedio del sexo femenino (33,31) con el del sexo masculino (33,20).

Así mismo, los coeficientes de variación están mostrando dispersiones aceptables en ambos grupos.

Tabla 7

Medias, desviaciones estándar y coeficientes de variación para las sub escalas y puntaje total de la variable Síndrome de Burnout según **sexo**

Síndrome de Burnout		D.E.	C.V.
Masculino			
Cansancio emocional	17,91	9,31	86,80
Despersonalización	7,69	5,67	32,16
Realización Personal	33,20	10,06	101,35
Puntaje total	58,80	15,68	246,13
Femenino			
Cansancio emocional	18,74	8,55	73,12
Despersonalización	8,80	6,88	47,37
Realización Personal	33,31	9,02	81,52
Puntaje total	60,85	14,62	213,88

Fuente: Resultados obtenidos con el software SPSS

Fecha: Octubre del 2013

En la Tabla 8 se presentan los promedios, desviaciones estándar y coeficientes de variación para la variable Síndrome de Burnout y sus sub escalas según edad. Se observa que el promedio en la sub escala cansancio emocional es mayor en el grupo de 31 años a más (19,75). En la sub escala de despersonalización el puntaje es mayor en el grupo de 16 a 20 años (9,06). En la sub escala realización personal, el grupo de 21 a 25 años (35,41) es quien alcanzó un puntaje mayor a diferencia de otros grupos de edades. Finalmente, con respecto al puntaje total de Síndrome de Burnout, el grupo de 16 a 20 años (60,43) fue quien destaco en el puntaje promedio, en comparación de los otros grupos de edades.

Tabla 8

Medias, desviaciones estándar y coeficientes de variación para las sub escalas y puntaje total de la variable Síndrome de Burnout según **edad**

Síndrome de Burnout		D.E.	C.V.
16 a 20 años			
Cansancio emocional	19,17	9,13	83,36
Despersonalización	9,06	6,82	46,63
Realización Personal	32,20	9,00	81,08
Puntaje total	60,43	15,53	241,27
21 a 25 años			
Cansancio emocional	17,12	8,25	68,07
Despersonalización	7,81	5,74	33,03
Realización Personal	35,41	9,30	86,56
Puntaje total	60,34	13,15	173,07
26 a 30 años			
Cansancio emocional	15,89	7,42	55,11
Despersonalización	5,78	6,87	47,19
Realización Personal	34,56	10,59	112,27
Puntaje total	56,22	18,17	330,19
31 años a más			
Cansancio emocional	19,75	8,74	76,50

Despersonalización	5,38	4,37	19,12
Realización Personal	33,25	13,09	171,35
Puntaje total	58,38	17,36	301,41

Fuente: Resultados obtenidos con el software SPSS

Fecha: Octubre del 2013

La Tabla 9 presenta los promedios, desviaciones estándar y coeficientes de variación para la variable Síndrome de Burnout y sus sub escalas según la ocupación actual. Se aprecia que los promedios del grupo que trabaja y estudia son superiores en las sub escalas: cansancio emocional (19,78) y realización personal (37,11); mientras que la sub escala despersonalización (8,44) consiguió un puntaje elevado sólo en el grupo que estudia. Para el promedio del puntaje total de Síndrome de Burnout, la ocupación que logró un puntaje sobresaliente fueron los que trabajan y estudian cotidianamente (64,67). Así también, los coeficientes de variación están indicando dispersiones aceptables en ambos grupos.

Tabla 9

Medias, desviaciones estándar y coeficientes de variación para las sub escalas y puntaje total de la variable Síndrome de Burnout según **ocupación**

Síndrome de Burnout		D.E.	C.V.
Estudia			
Cansancio emocional	18,39	8,84	78,16
Despersonalización	8,44	6,52	42,60
Realización Personal	33,09	9,48	89,99
Puntaje total	59,93	15,14	229,26
Trabaja y estudia			
Cansancio emocional	19,78	8,48	71,94
Despersonalización	7,78	6,09	37,19
Realización Personal	37,11	5,66	32,11
Puntaje total	64,67	11,07	122,75

Fuente: Resultados obtenidos con el software SPSS

Fecha: Octubre del 2013

Se procedió a realizar la prueba de bondad de ajuste de Kolmogórov-Smirnov para determinar la distribución normal según el sexo. En la Tabla 10 se aprecia que deben utilizarse pruebas no paramétricas para el respectivo análisis de comparación de grupos.

Tabla 10

Resultados de la prueba estadística de bondad de ajuste para las sub - escalas y puntaje total de la variable Síndrome de Burnout según **sexo**

Síndrome de Burnout	Sexo	K-S	P
Cansancio emocional	Masculino	.099n.s.	.087
	Femenino	.066n.s.	.348
Despersonalización	Masculino	.111*	.033
	Femenino	.105**	.001
Realización Personal	Masculino	.112*	.030
	Femenino	.086*	.018
Puntaje total	Masculino	.087n.s.	.114
	Femenino	.065n.s.	.067

Fuente: Resultados obtenidos con el software SPSS

Fecha: Octubre del 2013

No significativo ($p > .05$)

Significativo ($p < .05$)

Muy significativo ($p < .01$)

A continuación se procedió al cálculo de la Prueba “U” de Mann Whitney para determinar si las diferencias halladas entre el grupo masculino y femenino de estudiantes universitarios eran significativas. Tal como se puede apreciar en la Tabla 11 no existen diferencias significativas ($p > .05$).

Tabla 11

Resultados de la Prueba "U" de Mann Whitney para determinar diferencias significativas para Síndrome de Burnout según **sexo**

Síndrome de Burnout	"Z"	p
Cansancio emocional	-.919n.s.	.358
Despersonalización	-.920n.s.	.358
Realización Personal	-.078n.s.	.937
Puntaje total	-.811n.s.	.417

n.s. Diferencias no significativas ($p > .05$)

Fuente: Resultados obtenidos con el software SPSS

Fecha: Octubre del 2013

Por otro lado, se realizó la prueba de bondad de ajuste de Kolmogórov- Smirnov para apreciar la distribución normal según la edad. En la Tabla 12 se aprecian que los coeficientes de K-S. Indican que deben utilizarse pruebas no paramétricas para el respectivo análisis de comparación de grupos según la edad.

Tabla 12

Resultados de la prueba estadística de bondad de ajuste para las sub - escalas y puntaje total de la variable Síndrome de Burnout según **edad**

Síndrome de Burnout	Edad	K-S	P
Cansancio emocional	16 a 20	.054n.s.	.125
	21 a 25	.088n.s.	.309
	26 a 30	.214n.s.	.252
	31 a más	.186n.s.	.466
Despersonalización	16 a 20	.113***	.000
	21 a 25	.106n.s.	.100
	26 a 30	.264n.s.	.070
	31 a más	.230n.s.	.160
Realización Personal	16 a 20	.059n.s.	.217
	21 a 25	.115n.s.	.052
	26 a 30	.294*	.024
	31 a más	.277n.s.	.071
	16 a 20	.082*	.036
Puntaje total	21 a 25	.052n.s.	.937
	26 a 30	.186n.s.	.153
	31 a más	.248n.s.	.157

Fuente: Resultados obtenidos con el software SPSS

Fecha: Octubre del 2013

n.s.No significativo ($p > .05$)

*Significativo ($p < .05$)

*** Altamente significativo ($p < .001$)

Luego se procedió al cálculo de la Prueba “H” de Kruskal-Wallis para determinar si las diferencias halladas entre los grupos por edades eran significativas. Se puede apreciar en la Tabla 13 que no existen diferencias significativas ($p > .05$).

Tabla 13

Resultados de la Prueba “H” de Kruskal-Wallis para determinar diferencias significativas para Síndrome de Burnout según **edad**.

Síndrome de Burnout	“X²”	p
Cansancio emocional	3.210n.s.	.360
Despersonalización	5.319n.s.	.150
Realización Personal	7.086n.s.	.069
Puntaje total	0.086n.s.	.993

n.s. Diferencias no significativas ($p > .05$)

Fuente: Resultados obtenidos con el software SPSS

Fecha: Octubre del 2013

Se procedió a realizar la prueba de bondad de ajuste de Kolmogórov-Smirnov para determinar la distribución normal según la ocupación. La Tabla 14 nos muestra que deben utilizarse pruebas no paramétricas para el respectivo análisis.

Tabla 14

Resultados de la prueba estadística de bondad de ajuste para las sub escalas y puntaje total de la variable Síndrome de Burnout según ocupación

Síndrome de Burnout	Ocupación	K-S	p
Cansancio emocional	Estudia	.050*	.045
	Trabaja y estudia	.246n.s.	.123
Despersonalización	Estudia	.098***	.000
	Trabaja y estudia	.217 n.s.	.277
Realización Personal	Estudia	.081**	.004
	Trabaja y estudia	.261 n.s.	.078
	Estudia	.070*	.021
Puntaje total	Trabaja y estudia	.240n.s.	.142

Fuente: Resultados obtenidos con el software SPSS

Fecha: Octubre del 2013

n.s. No significativo ($p > .05$)

* Significativo ($p < .05$)

** Muy significativo ($p < .01$)

*** Altamente significativo ($p < .001$)

Se continuó con el cálculo de la Prueba “U” de Mann Whitney para determinar si las diferencias halladas entre el grupo de los que estudian y trabajan y estudian, eran significativas. Se puede apreciar en la Tabla 15 que no existen diferencias significativas ($p > .05$)

Tabla 15

Resultados de la Prueba “U” de Mann Whitney para determinar diferencias significativas para Síndrome de Burnout según **ocupación actual**

Síndrome de Burnout	“Z”	p
Cansancio emocional	-.593n.s.	.553
Despersonalización	-.202n.s.	.840
Realización Personal	-1.185n.s.	.236
Puntaje total	-1.208n.s.	.227

n.s. Diferencias no significativas ($p > .05$)

Fuente: Resultados obtenidos con el software SPSS

Fecha: Octubre del 2013

Análisis estadístico para la variable Desórdenes emocionales

En la Tabla 16, se muestran las medias, desviaciones estándar y coeficientes de variación de los componentes y el puntaje total de la variable desórdenes emocionales. Se aprecia que los estudiantes obtuvieron una media de 25.16 en el componente autonómica, una media de 25.35 en el componente emocional, una media de 20.06 en el componente motora, una media de 30.41 en el componente social, una media de 31.04 en el componente cognitiva y una media de 132.02 en el puntaje total de desórdenes emocionales. Los coeficientes de variación están indicando la existencia de una dispersión aceptable en la mayoría de componentes y en el puntaje total, con excepción del componente emocional, donde las puntuaciones tienen una dispersión elevada.

Tabla 16

Medias, desviaciones estándar y coeficientes de variación para la variable Desordenes emocionales y sus componentes según **muestra total**

Desordenes emocionales		D.E.	C.V.
Autonómica	25,16	6,54	42,89
Emocional	25,35	6,74	45,43
Motora	20,06	5,53	30,64
Social	30,41	6,35	40,36
Cognitiva	31,04	6,67	44,55
Puntaje total	132,02	23,22	539,60

Fuente: Resultados obtenidos con el software SPSS

Fecha: Octubre del 2013

Se puede apreciar en la Tabla 17, que el grupo femenino tiene puntuación mayor al del grupo masculino en el componente motora (20,23). Con respecto a los demás componentes y puntaje total de desórdenes emocionales, la diferencia entre puntajes de media de ambos grupos es mínima. En este caso los coeficientes de variación están también indicando la existencia de una dispersión aceptable para ambos grupos en la mayoría de componentes y en el puntaje total.

Tabla 17

Medias, desviaciones estándar y coeficientes de variación para la variable Desordenes emocionales y sus componentes según **sexo**

Desordenes emocionales		D.E.	C.V.
Masculino			
Autonómica	25,09	6,79	46,22
Emocional	25,59	8,02	64,39
Motora	19,76	5,86	34,36
Social	30,01	6,17	38,07
Cognitiva	31,09	7,02	49,38
Puntaje total	131,53	25,80	665,84
Femenino			

Autonómica	25,20	6,43	41,45
Emocional	25,23	5,97	35,74
Motora	20,23	5,37	28,84
Social	30,62	6,46	41,74
Cognitiva	31,02	6,50	42,35
Puntaje total	132,29	21,84	477,03

Fuente: Resultados obtenidos con el software SPSS

Fecha: Octubre del 2013

En la Tabla 18 se presentan las medias, desviaciones estándar y coeficientes de variación para la variable desórdenes emocionales y sus componentes, según la edad de los estudiantes. El grupo de 16 a 20 años sobresale en los componentes emocional y motora. El grupo de 21 a 25 años solo consiguió puntaje alto en el componente social. Mientras que el grupo de 31 años a más obtuvo puntajes altos en los componentes autonómicos, cognitiva y puntaje total de desórdenes emocionales. Por su parte los coeficientes de variación, en todos los grupos están indicando la existencia de una dispersión aceptable.

Tabla 18

Medias, desviaciones estándar y coeficientes de variación para la variable Desordenes emocionales y sus componentes según **edad**

Desordenes emocionales		D.E.	C.V.
16 a 20 años			
Autonómica	25,28	6,69	44,87
Emocional	25,43	7,06	49,89
Motora	20,53	5,71	32,60
Social	30,31	6,29	39,66
Cognitiva	31,32	6,35	40,37
Puntaje total	132,88	23,77	565,39
21 a 25 años			
Autonómica	24,24	6,30	39,76
Emocional	25,28	6,30	39,78
Motora	19,53	5,47	29,93

Social	31,17	6,64	44,11
Cognitiva	30,36	6,86	47,11
Puntaje total	130,59	22,96	527,29
26 a 30 años			
Autonómica	24,56	4,15	17,27
Emocional	25,11	5,20	27,11
Motora	18,33	4,15	17,25
Social	29,11	1,96	3,86
Cognitiva	31,11	7,16	51,36
Puntaje total	128,22	9,78	95,69
31 años a más			
Autonómica	30,50	6,32	40,00
Emocional	24,88	7,14	50,98
Motora	18,50	4,10	16,85
Social	27,87	8,18	66,98
Cognitiva	31,38	10,23	104,83
Puntaje total	133,13	29,39	863,83

Fuente: Resultados obtenidos con el software SPSS

Fecha: Octubre del 2013

En la Tabla 19 se presentan las medias, desviaciones estándar y coeficientes de variación para la variable desórdenes emocionales y sus componentes según ocupación actual. Se aprecia que el grupo que estudia sobresale en los componentes motor y social; mientras que el grupo que estudia y trabaja sobresale en los demás componentes y en el puntaje total. Cabe mencionar que para el componente emocional la diferencia en el puntaje de la media es mínima.

Con respecto a los coeficientes de variación, en todos los grupos están indicando la existencia de una dispersión aceptable.

Tabla 19

Medias, desviaciones estándar y coeficientes de variación para la variable Desordenes emocionales y sus componentes según **ocupación actual**

Desordenes emocionales		D.E.	C.V.
Estudia			
Autonómica	24,99	6,48	42,00
Emocional	25,35	6,77	45,97
Motora	20,15	5,61	31,47
Social	30,46	6,39	40,88
Cognitiva	30,92	6,73	45,38
Puntaje total	131,86	23,42	548,67
Trabaja y estudia			
Autonómica	28,78	7,36	54,19
Emocional	25,33	6,26	39,25
Motora	18,33	3,31	11,00
Social	29,44	5,63	31,77
Cognitiva	33,67	4,69	22,00
Puntaje total	135,56	19,35	374,77

Fuente: Resultados obtenidos con el software SPSS

Fecha: Octubre del 2013

Se realizó una prueba estadística de bondad de ajuste, para determinar si las puntuaciones de los componentes de los desórdenes emocionales según el sexo, se ajustan a una distribución normal. La Tabla 20 presenta los resultados de la prueba estadística de Kolmogórov-Smirnov, apreciándose que se deberá emplear estadísticas **no paramétricas** para su análisis.

Tabla 20

Resultados de la Prueba de Kolmogórov-Smirnov para la variable Desórdenes emocionales y sus componentes según **sexo**

Desórdenes emocionales	Sexo	K-S	p
Escala autonómica	Masculino	.119*	.015
	Femenino	.094**	.006
Escala emocional	Masculino	.153***	.000
	Femenino	.093**	.008
Escala motora	Masculino	.146**	.001
	Femenino	.062n.s.	.197
Escala social	Masculino	.115*	.022
	Femenino	.069n.s.	.721
Escala cognitiva	Masculino	.071n.s.	.123
	Femenino	.105 **	.001
Puntaje total	Masculino	.092n.s.	.121
	Femenino	.059n.s.	.095

Fuente: Resultados obtenidos con el software SPSS

Fecha: Octubre del 2013

n.s. No significativo ($p > .05$)

* Significativo ($p < .05$)

** Muy significativo ($p < .01$)

*** Altamente significativo ($p < .001$)

Para determinar si existen diferencias significativas entre el grupo femenino y el masculino se procedió al cálculo de la "U" de Mann Whitney. En la Tabla 21 se observa que no se encontraron diferencias significativas ni en los componentes ni en el puntaje total de los desórdenes emocionales ($p > .05$) según sexo.

Tabla 21

Resultados de la Prueba “U” de Mann Whitney para determinar diferencias significativas para Desordenes emocionales y sus componentes según **sexo**

Desordenes emocionales	“Z”	p
Autonómica	-.137n.s.	.891
Emocional	-.176n.s.	.860
Motora	-1.081n.s.	.280
Social	-.907n.s.	.364
Cognitiva	-.334n.s.	.738
Puntaje total	-.799n.s.	.424

Fuente: Resultados obtenidos con el software SPSS

Fecha: Octubre del 2013

n.s. Diferencias no significativas ($p > ,05$)

Por otro lado, se realizó la prueba de bondad de ajuste de Kolmogórov- Smirnov para apreciar la distribución normal según la edad. En la Tabla 22 se aprecian que los coeficientes de K-S. indican que deben utilizarse pruebas no paramétricas para el respectivo análisis de comparación de grupos según la edad.

Tabla 22

Resultados de la prueba estadística de bondad de ajuste para las sub escalas y puntaje total de la variable Desórdenes emocionales según **edad**.

Desórdenes emocionales	Edad	K-S	P
Escala autonómica	16 a 20	.079*	.048
	21 a 25	.107n.s.	.094
	26 a 30	.175n.s.	.298
	31 a más	.183n.s.	.363
Escala emocional	16 a 20	.106**	.001
	21 a 25	.134*	.012
	26 a 30	.210n.s.	.886
	31 a más	.218n.s.	.246

Escala motora	16 a 20	.112***	.000
	21 a 25	.092n.s.	.493
	26 a 30	.310n.s.	.058
	31 a más	.229n.s.	.746
Escala social	16 a 20	.087*	.020
	21 a 25	.094n.s.	.314
	26 a 30	.270n.s.	.058
	31 a más	.207n.s.	.746
Escala cognitiva	16 a 20	.064n.s.	.813
	21 a 25	.106n.s.	.163
	26 a 30	.216n.s.	.521
	31 a más	.322*	.015
Puntaje total	16 a 20	.060n.s.	.055
	21 a 25	.110n.s.	.077
	26 a 30	.188n.s.	.379
	31 a más	.157n.s.	.397

Fuente: Resultados obtenidos con el software SPSS

Fecha: Octubre del 2013

n.s. No significativo ($p > .05$)

* Significativo ($p < .05$)

** Muy significativo ($p < .01$)

*** Altamente significativo ($p < .001$)

Posteriormente, se calculó la prueba no paramétrica “H” de Kruskal Wallis, cuyos resultados se muestran en la Tabla 23, apreciándose que no existen diferencias significativas en los componentes, ni en el puntaje total de los desórdenes emocionales ($p > .05$) según la edad.

Tabla 23

Resultados de la Prueba “H” de Kruskal Wallis para determinar diferencias significativas para Desórdenes emocionales y sus componentes según **edad**.

Desordenes emocionales	“X²”	P
Autonómica	6.327 n.s.	.097
Emocional	.024n.s.	.999
Motora	2.754n.s.	.431
Social	2.183n.s.	.535
Cognitiva	1.179n.s.	.758
Puntaje total	1.128n.s.	.770

Fuente: Resultados obtenidos con el software SPSS

Fecha: Octubre del 2013

n.s. Diferencias no significativas ($p > ,05$)

Por otro lado, se procedió a realizar la prueba de bondad de ajuste de Kolmogórov-Smirnov para determinar la distribución normal según la ocupación actual. En la Tabla 24 se aprecia que deben utilizarse pruebas no paramétricas para el respectivo análisis de comparación entre grupos.

Tabla 24

Resultados de la prueba estadística de bondad de ajuste para las sub escalas y puntaje total de la variable Desórdenes emocionales según **ocupación actual**

Desórdenes emocionales	Ocupación	K-S	p
	Estudia	.091**.	.001
Escala autonómica	Estudia y trabaja	.228n.s.	.195
	Estudia	.109***	.000
Escala emocional	Estudia y trabaja	.177n.s.	.346
	Estudia	.088**	.001
Escala motora	Estudia y trabaja	.207n.s.	.846
	Estudia	.078**	.007
Escala social	Estudia y trabaja	.309*	.013
	Estudia	.070*	.023
Escala cognitiva	Estudia y trabaja	.160n.s.	.953
	Estudia	.065*	.048
Puntaje total	Estudia y trabaja	.226n.s.	.612

Fuente: Resultados obtenidos con el software SPSS

Fecha: Octubre del 2013

n.s. No significativo ($p > .05$)

* Significativo ($p < .05$)

** Muy significativo ($p < .01$)

*** Altamente significativo ($p < .001$)

Se procedió a realizar el cálculo de la “U” de Mann Whitney para determinar si las diferencias halladas entre el grupo de estudiantes que sólo estudia y el que trabaja y estudia, eran significativas. En la Tabla 25 se observa que no existen diferencias significativas en los desórdenes emocionales y sus componentes según ocupación actual ($p > .05$).

Tabla 25

Resultados de la Prueba “U” de Mann Whitney para determinar diferencias significativas para Desordenes emocionales y sus componentes según **ocupación actual**

Desordenes emocionales	“Z”	p
Autonómica	1.877 n.s.	.171
Emocional	.023n.s.	.879
Motora	.769 n.s.	.380
Social	.475n.s.	.491
Cognitiva	1.570n.s.	.210
Puntaje total	.288n.s.	.591

Fuente: Resultados obtenidos con el software SPSS

Fecha: Octubre del 2013

n.s. Diferencias no significativas ($p > .05$)

Prueba de hipótesis entre el Síndrome de Burnout y los desórdenes emocionales

Con el propósito de probar la hipótesis principal de correlación y analizar cuál es la relación entre las puntuaciones de las variables: Síndrome de Burnout y desórdenes emocionales, se procedió a calcular la prueba de Correlación producto-momento de Pearson y su significancia, determinada por el paquete estadístico SPSS versión 20.0.

La Tabla 26 presenta el coeficiente de correlación producto-momento y su significancia estadística. Como se puede apreciar el coeficiente de correlación producto-momento es directa, de una magnitud moderada, lo cual está indicando que existe una correlación débil entre ambas variables; además este hallazgo es muy significativo ($p < .01$).

Tabla 26

Correlación bivariada entre el puntaje total de Síndrome de Burnout y Desordenes emocionales

Variables	R	P
Síndrome de Burnout y Desordenes emocionales	,209 **	.003
**	Muy significativo ($p < .01$)	

Fuente: Resultados obtenidos con el software SPSS
Fecha: Octubre del 2013

Por otro lado, para evaluar las correlaciones específicas entre cada una de las sub escalas de la variable Síndrome de Burnout y los componentes de los desórdenes emocionales, se procedió al cálculo del coeficiente de correlación bivariada producto-momento de Pearson, cuyos resultados se muestran en la Tabla 27. Como se puede apreciar, el cansancio emocional correlacionó de manera positiva, moderada y altamente significativa ($p < .001$) con las escalas componentes autonómica, emocional y motora. Para con el componente social se halló una correlación positiva, baja y muy significativa ($p < .01$). En cuanto al componente cognitiva sólo se halló correlación positiva, débil y no significativa ($p > .05$).

En tanto, la despersonalización, correlacionó de manera positiva, moderada y altamente significativa ($p < .001$) con el componente motor; se encontró una correlación positiva, moderada y significativa ($p < .05$) tanto para el componente emocional como el social; mientras que para los componentes autonómico y cognitivo sólo se obtuvo una correlación positiva, baja y no significativa ($p > .05$). Por último, la escala de realización personal no correlacionó de manera significativa con ninguno de los componentes de los desórdenes emocionales ($p > .05$).

Tabla 27

Correlación bivariada entre las sub escalas del Síndrome de Burnout y los componentes de los desórdenes emocionales

Variables	Síndrome de Burnout					
	Cansancio emocional	P	Despersonalización	p	Realización personal	p
Autonómica	.226 ***	.001	.026 n.s.	.709	-.131 ns	.063
Emocional	.251 ***	.000	.138*	.050	-.135 ns	.055
Motora	.362 ***	.000	.305***	.000	-.136 ns	.054
Social	.191 **	.006	.146*	.039	-.066 ns	.352
Cognitiva	.043 n.s.	.547	.117 n.s.	.097	-.071 ns	.313
n.s.	No significativo ($p > .05$)					
*	Significativo ($p < .05$)					
**	Muy significativo ($p < .01$)					
***	Altamente significativo ($p < .001$)					

CAPÍTULO IV
DISCUSIÓN

4.1. Discusión de los resultados

En la presente tesis se investigó el Síndrome de Burnout y los desórdenes emocionales en estudiantes universitarios de la especialidad de ciencias de la salud perteneciente a la Universidad Alas Peruanas de Chota-Cajamarca, con una muestra de 202 personas, muestra estratificada según sexo, edad y ocupación actual.

De acuerdo a la hipótesis general para determinar si existe relación significativa entre el Síndrome de Burnout y desordenes emocionales en los estudiantes universitarios, se ha determinado una correlación muy significativa y directa. Es decir, que si el puntaje de Síndrome de Burnout es alto en esta muestra, los componentes de los desórdenes emocionales también serán altos o aumentan. Este hallazgo concuerda con lo investigado por Trejo, Torres y Valdivia (2011), quienes con el propósito de identificar la asociación entre el Síndrome de Burnout y la depresión, un desorden emocional de mayor prevalencia en el Perú, concluyeron que se encontró una correlación positiva entre ambas variables en personal de enfermería. Estos datos concuerdan también con los obtenidos por Alcalá, Rojas y Sánchez (2012) que con el propósito de conocer el nivel de Burnout y depresión en profesores de la Universidad Pedagógica, tuvieron como resultados una relación significativa entre los componentes de Burnout y la depresión, como un nivel de desorden emocional.

Los resultados permiten también comprobar la hipótesis específica cinco por la cual se demuestra que hay una correlación positiva, moderada y altamente significativa ($p < .001$) entre la sub escala cansancio emocional con los componentes autonómica, emocional y motora. Con respecto al componente social se halló una correlación positiva, baja y muy significativa ($p < .01$). En cuanto al componente cognitiva sólo se halló correlación positiva, débil y no significativa ($p > .05$). La sub escala despersonalización, correlacionó de manera positiva, moderada y altamente significativa ($p < .001$) con el componente motora; para los componentes emocional y social se encontró correlación positiva, moderadamente baja y significativa ($p < .05$); mientras que para los componentes autonómica y cognitiva sólo se obtuvo una

correlación positiva, baja y no significativa ($p > .05$). Por último, la sub escala realización personal no correlacionó de manera significativa con ninguno de los componentes de los desórdenes emocionales ($p > .05$).

Según resultados podemos señalar que los estudiantes tienen como factor desencadenante el excesivo agotamiento emocional que gradualmente lleva a quien lo experimenta, a un estado de distanciamiento emocional y cognitivo en sus actividades diarias, con la consecuencia de responder inadecuadamente a las demandas académicas, es en el proceso del distanciamiento que ocurre una despersonalización caracterizada por indiferencias y actitudes cínicas hacia las responsabilidades o hacia las personas que demandan la atención de quien lo padece (Forbes, 2011). El padecer de Burnout es más que un cansancio habitual y envuelve una serie de padecimientos a nivel psicológico, físico y social, como se mencionó con anterioridad. A nivel psicosocial genera la aparición de diferentes niveles y características de los desórdenes emocionales como la depresión, cinismo, ansiedad, irritabilidad y dificultad de concentración; los problemas conductuales pueden progresar hacia conductas de alto riesgo como los juegos de azar, comportamientos que exponen la propia salud y conductas orientadas al suicidio, entre otros.

Finalmente, no hubo diferencias significativas ($p > .05$) ni por la variable sexo, edad, ni ocupación actual, tanto para las sub escalas y puntaje total de Síndrome de Burnout como los componentes de los desórdenes emocionales. Estos datos discrepan con los estudios descritos en el apartado de antecedentes, específicamente con el estudio desarrollado por Aranda, Pando, Velásquez, Acosta y Pérez (2003), quienes sí hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$) entre los datos sociodemográficos con la presencia de factores psicosociales negativos en el trabajo, y con el área que valora la presencia de factores psicosociales dependientes del sistema de trabajo con la dimensión agotamiento emocional de la escala utilizada.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

V. CONCLUSIONES

Al término del presente trabajo de investigación se llega a las siguientes conclusiones:

- ✓ Para la hipótesis general, se concluye que si existe una correlación positiva, de una magnitud moderada y muy significativa ($p < .01$) entre las variables Síndrome de Burnout y desordenes emocionales; lo cual permite expresar una relación directa; es decir, a mayor nivel de Síndrome de desgaste ocupacional o profesional, mayores serán las respuestas emocionales inadaptativas.
- ✓ Para la hipótesis específica 1, se concluye que no existen diferencias significativas en la variable Síndrome de Burnout según las variables de control: sexo, edad y ocupación actual ($p > .05$). Asimismo, se percibió que la sub escala con mayor promedio era realización personal (33,27), seguido de cansancio emocional (18,46).
- ✓ Para la hipótesis específica 2, se concluye que no existen diferencias significativas en la variable desordenes emocionales según las variables de control: sexo, edad y ocupación actual ($p > .05$). Además, se percibió que el componente con mayor promedio de los desórdenes emocionales es la cognitiva (31.04).
- ✓ Con respecto a la hipótesis específica 3, se halló una correlación positiva, moderada y altamente significativa ($p < .001$) entre el cansancio emocional con los componentes autonómica, emocional y motora. Con el componente social se consiguió una correlación positiva, baja y muy significativa ($p < .01$). En cuanto al componente cognitiva sólo se halló correlación positiva, débil y no significativa ($p > .05$). Por otro lado despersonalización correlacionó de manera positiva, moderada y altamente significativa ($p < .001$) con el componente motora; para los componentes emocional y social se encontró una correlación positiva, moderada y significativa ($p < .05$); mientras que para los componentes autonómica y cognitiva sólo se obtuvo una correlación positiva, baja y no significativa ($p > .05$). Por último, realización personal no correlacionó de manera significativa con ninguno de los componentes de los desórdenes emocionales ($p > .05$).

CAPÍTULO VI
RECOMENDACIONES

VI. RECOMENDACIONES.

- ✓ A los estudiantes, tomar conciencia y adoptar nuevas “aptitudes” y “actitudes de cambio para mejorar en calidad ya que es una Facultad de la Universidad que forma profesionales de la salud; por lo tanto, tienen una importancia trascendental en las sociedades y su intervención, así como la del sacerdote, supone una vocación especial para poder cumplir adecuadamente su misión: ayudar al bienestar del Ser Humano.
- ✓ Se hace pertinente desarrollar programas preventivos promocionales de salud que ayuden a controlar el síndrome de fatiga o de agotamiento en los estudiantes.
- ✓ También es pertinente que se desarrollen programas para regular los niveles de desórdenes emocionales que en el caso de los universitarios se pone más complejos cuando se presentan las situaciones de estrés como dar exámenes, hablar delante de sus compañeros o ser preguntados en clase.
- ✓ Con este trabajo de investigación sugerimos a los estudiantes, trazarse metas y objetivos a nivel personal, así como también programar y mejorar su motivación hacia el estudio en pos de lograr aprendizajes significativos y ser mejores profesionales
- ✓ Ampliar los grupos de investigación a otras universidades.

REFERENCIAS

CAPITULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Accinelli-Tanaka, R. y León-Barúa R. (1981a). Tuberculosis pulmonar y depresión. *Diagnóstico*, 7, 221-224.
- Albee, G. (2000). Commentary on prevention and counseling psychology. *The Counseling Psychologist*, 28(6), 845-853.
- Alcalá, V., Rojas, O. y Sánchez, J. (2012). Relación entre el Síndrome de Burnout y los síntomas de depresión en una muestra de docentes de Educación Básica Estudiantes de la Lic. en Educación de la UPN, 097 DF Sur. XI Congreso Nacional de Investigación Educativa. Sujetos de la Educación. Ponencia.
- Anicama, J. (1989). Un modelo integrado del análisis experimental del comportamiento inadaptado. *Revista Peruana de Análisis de la Conducta*, 1(1), 66 - 89.
- Anicama, J. (1993). *Construcción, validación y normalización de una escala de evaluación de los Desórdenes emocionales: API, en población universitaria*. (Tesis de Doctorado en Ciencias con mención en Psicología). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.
- Aranda, C., Pando, M., Velásquez, I., Acosta, M. y Pérez, M. (2003). Síndrome de Burnout y factores psicosociales, en estudiantes de Posgrado del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Guadalajara, México. *Revista de Psiquiatría Facultad de Medicina Barna*, 30 (4), 193-199.
- Borda, M., Navarro, E., Aun, E., Berdejo, H., Racedo, K. y Ruiz, J. (2007). Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. *Salud Uninorte*, 23 (1), 43-51.
- Capilla, P. (2000). El Síndrome de Burnout o de desgaste profesional. *Revista Fundación*, 58 (7), 13-34.
- Carlotto, M., Namakura, A. y Cámara, S. (2006). Síndrome de Burnoutemestudiantes universitarios da área da Saúde. *Psico*, 37(1), 57
- Castro, C., David, O. y Ortiz, L. (2011). Síndrome de Burnout en estudiantes de pregrado de la Universidad de Nariño. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14 (4), 223-246.
- Chacón, M., Grau, J., Guerra, M. y Massip, C. (2006). Afrontamientos y emociones en profesionales de enfermería oncológica con Síndrome de desgaste profesional. *Psicología y Salud*, 16 (2), 115-128.
- Cherniss, C. (1993). The role of professional self-efficacy in the etiology of Burnout. En W. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional Burnout: Recent developments in theory and research*. UK: Taylor & Francis.

- Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980): Burnout: Stages of Desillusionment in the Helping Professions, en Human Science Press, New York.
- Dale, M. (1979). Preventing worker Burnout in child welfare. *Child Welfare*, 58(7), 443-450.
- Freudenberger, H. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30 (1), 159-165.
- Forbes, R. (2011). El Síndrome de Burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa. *Revista Éxito Empresarial*. 160, 1-4.
- Gil Monte, P., Peiró, J. y Valcárcel, M. (1995). El Síndrome de Burnout entre profesionales de enfermería: una perspectiva desde los modelos cognitivos de estrés laboral. En L. González, A. de la Torre y J. de Elena (Comp.). *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, Gestión de Recursos Humanos y Nuevas Tecnologías*. Salamanca, Eudema. 211
- Golembiewski, R. Munzenrider, R., & Carter, D. (1983). Progressive Phases of Burn-out and their Worksite Covariants. *Journal of Applied Behavioral Science*, 19, 464-481.
- Gómez, J. (1991). Los profesionales en la Medicina Intensiva: Aspectos personales, sociales y profesionales del trabajo médico en la UCI. En: Abizanda Campos R. (Ed.) *La UCI como centro de responsabilidad, planificación y control*, (pp: 191-203.) Madrid: Idepsa.
- Gutiérrez, R. (2009). Prevalencia del Síndrome de Burnout en estudiantes de Educación Media Superior. *Investigación Educativa Duranguense*, 5 (11), 18-23.
- Leiter, M. (1993). Burnout as a developmental process: Consideration of models. In: W. B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (pp. 115–129). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Leiter, M. y Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on Burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308.
- Lee, R. & Ashforth, B. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job Burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81, 123.
- León-Barúa, R. (2007). Depresión inducida por estrés emocional o ¿estado de “agotamiento nervioso”? *Rev. Soc. Perú Med. Interna*, 20(4), 149-152.
- Machlowitz, M. (1980). *Workaholics: Living with them, working with them*. Reading: Addison-Wesley.
- Martínez, I. y Marques, A. (2005). Burnout en estudiantes universitarios de España y Portugal y su relación con variables académicas. *Aletheia*, 21, 21-30.

- Maslach, C. & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced Burnout. *Journal of Occupational Behavior*, (2), 99-113.
- McCornell, E. (1982). Burnout in the nursing profession: coping strategies, causes and costs. St. Louis: Mosby.
- Ochoa, M. (1995). *Conducta emocional inadaptada y autoestima en estudiantes del primer al quinto año de psicología de una universidad nacional*. (Tesis de licenciatura). UNFV, Lima, Perú.
- Párraga, J. (2005). *Eficacia del Programa I.R.I.S. para reducir el Síndrome de Burnout y mejorar las disfunciones emocionales en profesionales sanitarios*. (Tesis doctoral). Universidad de Extremadura. España.
- Pavlov, I. (1932). Neuroses in man and animals. *J. Amer. Med. Assoc.*,99: 1012-1014.
- Pines, A. & Kafry, D. (1978). Coping with Burnout. Paper presented at the *Annual Convention of the American Psychology Association*. Toronto.
- Pines, A. & Kafry, D. (1981). Coping with Burnout. En J. Jones (Ed.), *The Burnout Syndrom*(pp.391-410). Parkridge, IL: London HousePress.
- Ramos, F y Buendía, J. (2001).El Síndrome de Burnout: concepto, evaluación y tratamiento. En: Buendía, J. y Ramos, F. *Empleo, estrés y salud*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Shiroma-Matayoshi P., León-Barúa R. y Berendson-Seminario R. (2001). Ansiedad, somatización, depresión, obsesión-compulsión y cólera-hostilidad: diversas manifestaciones de un único trastorno emocional. *Acta Psiquiát Am Lat.* 47(3), 229-33.
- Trejo, H., Torres, J. y Valdivia, M. (2011). Asociación entre Síndrome de Burnout y depresión en personal de enfermería que labora en un Hospital de Alta Especialidad del Estado de México. *Archivos de Investigación Materno Infantil*, 3 (1), 44-47.
- Vega-Sánchez, S. y León-Barúa R. (1976). Perfil psicopatológico de pacientes con meteorismo. *ArqGastroenterol*, 13, 103-8.

ANEXOS

INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH – MBI

NOMBRES: _____ **SEXO:** H (1) M (2)

EDAD: _____ **ESTADO CIVIL:** Soltero(1) Casado(2) Divorciado(3) viudo(4)

OCUPACION: Sólo estudio () Sólo trabajo () Estudio y Trabajo ()

CONDICION LABORAL: NOMBRADO (1) CONTRATADO (2)

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Tiene que saber que no existen respuestas mejores o peores. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento, poniendo una X en la casilla correspondiente y número que considere más adecuado.

			Nunca	Algun a vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
			0	1	2	3	4	5	6
1	CE	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2	CE	Al final de la jornada me siento agotado.							
3	CE	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4	RP	Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5	DP	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6	CE	Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7	RP	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8	CE	Me siento "quemado" por el trabajo.							

9	RP	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10	DP	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11	DP	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12	RP	Me encuentro con mucha vitalidad.							
13	CE	Me siento frustrado por mi trabajo.							
14	CE	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15	DP	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los cuales tengo que atender.							
16	CE	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17	RP	Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18	RP	Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							
19	RP	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20	CE	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21	RP	Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22	DP	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

ESCALA DE EVALUACION CONDUCTUAL DE LA PERSONALIDAD – API

LISTA DE CHEQUEO CONDUCTUAL

Según **JOSE ANICAMA G.**

Nombre: _____ Edad: _____

Ocupación: Sólo estudio() Sólo trabajo() Estudio y Trabajo() Sexo: _____

Fecha: ___ / ___ / ___ Universidad: _____

INTRUCCIONES

Las proposiciones de la presente lista se refieren a experiencia de la vida diaria, de tal modo que describen como Ud. Se comporta, siente, piensa y actúa. No es un test clásico, dado que no hay respuestas correctas ni incorrectas, todas las respuestas son válidas.

Califique Ud. De 0 a 3 según su propio criterio de acuerdo a la siguiente escala:

- (0) Nunca, no ocurre
- (1) Algunas veces ocurre
- (2) Muchas veces ocurre
- (3) Siempre ocurre

Trabaje rápidamente y recuerde contestar todas las preguntas. No utilice mucho tiempo en cada pregunta, queremos su primera reacción y no un proceso de pensamiento prolongado. Ahora voltee la página y comience.

		1	2	3	
		Día/Mes/Año			Ptje.
ESCALAS					
Cond. Autónoma	Nº 1				
Cond. Emocionales	Nº 2				
Cond. Motoras	Nº 3				
Cond. Sociales	Nº 4				
Cond. Cognitivas	Nº 5				
Escala "L"	Nº 6				
PUNTAJE TOTAL					

LISTA DE CHEQUEO DE CONDUCTAS AUTONOMICAS

ESCALA N° 1	Nun ca	A veces	Muchas Veces	Siem pre	
	0	1	2	3	Ptje.
1. Mi respiración es normal.					
2. Siento que me ahogo y no puedo respirar.					
3. Me sonrojo con facilidad, me pongo colorado.					
4. A veces me río de chistes groseros.					
5. Mi corazón late fuerte y rápido con frecuencia.					
6. Sufro de gases, de gastritis con frecuencia.					
7. Tengo diarreas, "se me afloja el estómago".					
8. Tengo estreñimiento.					
9. Sufro de vómitos o náuseas.					
10. Orino con frecuencia.					
11. Generalmente tengo las manos secas y calientes.					
12. Algunas veces me enojo, me enfado.					
13. Me suda, me transpira mucho el cuerpo.					
14. Estoy comiendo menos que antes.					
15. Conservo mi peso con frecuencia.					
16. Por las noches me despierto varias veces y pierdo el sueño.					
17. Tengo pesadillas, o sueños que me perturban por las noches.					
18. Al acostarme me quedo dormido fácilmente.					
19. Me despierto cansado, agotado.					
20. Siempre digo la verdad.					
21. La mayor parte del tiempo tengo dolores de cabeza.					
22. Cuando tengo problemas siento adormecimiento y punzadas en algunas partes de mi cuerpo.					
23. A pesar de mis problemas, aún me atraen las personas de sexo opuesto.					
PUNTAJE:					

LISTA DE CHEQUEO DE CONDUCTAS EMOCIONALES					
ESCALA Nº 2	Nunca	A veces	Muchas Veces	Siempre	
	0	1	2	3	Ptje.
1. Empiezo a sudar y/o temblar cuando paso cerca de algún animal.					
2. Siento algunos miedos y temores.					
3. Respondo con nerviosismo y temor (temblo, sudo) ante la presencia de alguna autoridad en clases o en público.					
4. Mis sentimientos los cambio con facilidad.					
5. Ante situaciones imprevistas (temblores o accidentes) actuó con serenidad, con calma.					
6. Llora con facilidad.					
7. Alardeo, me alabo a mí mismo un poco a veces.					
8. Me siento cansado(a), agotado(a) emocionalmente.					
9. Realizo las tareas difíciles sin ningún temor ni vacilación.					
10. Me resiento y me encolerizo con facilidad.					
11. Me río sin motivo alguno cuando estoy nervioso, tenso.					
12. Cuando tengo problemas, los evito, no me gusta enfrentarlos.					
13. Tengo autocontrol de mis emociones y sentimientos.					
14. Algunas veces (cuando no me siento bien) estoy malhumorado.					
15. Antes de ingresar a una reunión, examen, o una exposición, río, siento náuseas y/o ganas de ir al baño.					
16. Tengo miedo de ser censurado, criticado, rechazado o ignorado.					
17. Con frecuencia puedo expresar mis emociones.					
18. Con frecuencia puedo expresar mis pensamientos.					
19. Algunas veces siento deseos de maldecir.					
20. Con frecuencia puedo manifestar mis comportamientos.					
21. Mis sentimientos son fácilmente heridos.					
22. Con frecuencia me siento deprimido, triste, melancólico sin causa justificada.					
23. Siento como si me estuviera deshaciendo en pedazos.					
PUNTAJE:					

LISTA DE CHEQUEO DE CONDUCTAS MOTORAS

ESCALA N° 3	Nunca	A veces	Muchas Veces	Siempre	
	0	1	2	3	Ptje.
1. Ante situaciones y/u objetos temidos siempre me aproximo o acerco a ellos.					
2. Evito aproximarme a personas temidas.					
3. Evito asumir responsabilidades.					
4. Con frecuencia agarro o tomo cosas u objetos que no me pertenecen.					
5. Cuando niño haciendo siempre inmediatamente lo que me decían sin refunfuñar, ni renegar.					
6. Mis músculos están frecuentemente relajados, livianos.					
7. Trabajo más lento que la mayoría de la gente de mi edad y sexo.					
8. Permanezco sentado muy poco tiempo estando en clase o en una reunión.					
9. A veces he intentado atentar contra mi vida.					
10. Respondo con agresión física y/o verbal en una discusión (golpeo).					
11. A veces he llegado tarde a una cita o a mi trabajo.					
12. Con frecuencia pierdo el equilibrio al caminar.					
13. Tengo impulsos de romper o destrozarse las cosas.					
14. Con frecuencia tartamudeo en una conversación.					
15. Tengo dolores en la espalda.					
16. Mis ojos están frecuentemente sin parpadear intensamente.					
17. Hablo más lento que la mayoría de la gente.					
18. Se me paralizan los brazos y las piernas.					
19. Se me hace más fácil ganar que perder un juego.					
20. Mis pies están frecuentemente quietos, calmados sin temblar.					
21. Tengo disminución o pérdida de mi tono de voz.					
22. Tengo parálisis facial.					
23. Me lavo las manos a cada rato, una y otra vez.					
PUNTAJE:					

LISTA DE CHEQUEO DE CONDUCTAS SOCIALES					
ESCALA N° 4	Nunca	A veces	Muchas Veces	Siempre	
	0	1	2	3	Ptje.
1. Cuando me presentan a una persona no sé cómo empezar una conversación con ella.					
2. Me cuesta trabajo conversar con extraños.					
3. Solicito permiso cuando es necesario hacerlo.					
4. Todas mis costumbres o hábitos son buenos y correctos.					
5. Generalmente solicito ayuda cuando la necesito.					
6. Me cuesta trabajo perdonar fácilmente.					
7. Con frecuencia doy instrucciones que los demás siguen fácilmente.					
8. Sé convencer a otras personas que mis ideas son mejores y más útiles que la de ellos.					
9. Cuando alguien me necesita o requiere ayuda no sé cómo hacerlo.					
10. Prefiero trabajar solo en lugar de integrar grupos.					
11. Me es difícil divertirme en una fiesta alegre.					
12. Declararía siempre todo a la aduana, aun sabiendo que nunca sería descubierto.					
13. Conduzco y organizo a los grupos en forma adecuada.					
14. Mis padres deciden siempre lo que yo debo hacer.					
15. Prefiero que las ordenes y las decisiones sean tomadas por otras personas.					
16. Generalmente me preocupa estar bien arreglado y aseado.					
17. Algunas veces converso de cosas que desconozco y no sé nada.					
18. El aportar ideas al grupo me parece muy importante.					
19. Con frecuencia trato de planificar mis tareas anticipadamente.					
20. Me resulta fácil fijarme metas de manera realista.					
21. Cuando discuto con alguien, generalmente no me interesa llegar a un acuerdo.					
22. Cuando estoy frente a una persona que está enojada, colérica, me pongo nervioso(a) y no sé qué hacer.					
23. Cuando alguien hace algo que no me gusta; por lo general, no se lo hago saber.					
PUNTAJE:					

LISTA DE CHEQUEO DE CONDUCTAS COGNITIVAS					
ESCALA N° 5	Nunca	A veces	Muchas Veces	Siempre	
	0	1	2	3	Ptje.
1. Con frecuencia impongo mis ideas sobre las ideas de los demás.					
2. Me gusta que las cosas se hagan como yo las ordeno.					
3. Cuando alguien me pide algo, me cuesta trabajo decirle "no".					
4. Critico a veces a los demás.					
5. Me es difícil tolerar los errores a los demás.					
6. Por ningún motivo cambiaría mi rutina diaria.					
7. En ningún momento acepto que mis ideas sean cuestionadas.					
8. Prefiero vivir una vida feliz.					
9. Considero que la ciencia es el mejor medio para lograr una vida justa y de bienestar.					
10. Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.					
11. Si fallo como pareja, significa que soy una persona inadecuada.					
12. Percibo que mi conducta es controlada por otras personas.					
13. De vez en cuando pienso en cosas demasiado malas para hablar de ellas.					
14. Para mí, el futuro es promisorio, alentador.					
15. Si yo ganara más dinero trabajando, podría obtener todas las cosas que quiero.					
16. Tengo ideas fijas, permanentes, para terminar la tarea que estoy haciendo.					
17. Pienso permanentemente en la comida, o en la limpieza, o en el orden.					
18. Me parece que demuestro ser poco hábil.					
19. Soy tan agradable como debería ser.					
20. Estoy libre de prejuicios de cualquier tipo.					
21. Desearía ser más digno de confianza.					
22. Debería depositar mayor confianza en mi familia.					
23. Por lo general, me agrada todo aquel que conozco.					
PUNTAJE:					

Ficha Técnica del Inventario de Burnout de Maslach y Jackson

Fue desarrollado por Maslach, C. y Jackson, S. (1986) en California y adaptado por Ediciones TEA de Madrid en 1997, su aplicación es individual y colectiva, dura no más de 15 minutos.

Los elementos del MBI están redactados para expresar sentimientos o actitudes personales y su versión definitiva, pasó por unas fases experimentales que duraron 8 años.

Evalúan 3 escalas o componentes del sujeto considerado “quemado”. Consta de 22 ítems en total:

Cansancio emocional (9 ítems);

Despersonalización (5 ítems) y

Realización Personal (8 ítems).

Cada ítem consiste en una frase que se debe contestar eligiendo una de las opciones asignadas con un valor de 0 a 6 en la escala de Lickert, donde:

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

La puntuación total se obtiene sumando todos los puntos o grados de frecuencia anotados en los elementos correspondientes a las Escalas del MBI.

Los elementos que comprende cada escala y sus puntuaciones directas (PD) máximas se especifican en la tabla 1:

TABLA 1**COMPOSICIÓN DE LAS ESCALAS DEL MBI**

Escala	Elementos									PD Máxima
CE	1	2	3	6	8	13	14	16	20	54
DP	5	10	11	15	22					30
RP	4	7	9	12	17	18	19	21		48

FUENTE: MBI Inventario Burnout de Maslach & Jackson (1997)

Criterios para la interpretación:

Las puntuaciones directas obtenidas en la fase de corrección y puntuación no son interpretables por sí mismas, es necesario compararlas con las obtenidas por determinados grupos, o bien transformarlas en valores o escala de significación universal que sitúa las puntuaciones del sujeto en relación con las obtenidas por ese grupo normativo. Si bien existen baremos tanto originales como españoles, en diferentes grupos ocupacionales, para el propósito de la presente investigación se ha valorado el Burnout en base a puntuaciones obtenidas por la muestra de validación.

Las tablas de baremos españoles, como peruanos (en prensa) permiten la conversión de las puntuaciones directas en dos escalas de valor universal: de percentiles, escala ordinal que va desde 1 a 99, y la escala típica S, cuya media vale 50 y su desviación típica es de 20 unidades, en esta escala la mayoría de los sujetos se encuentran entre los valores 3 y 97. Teniendo como punto de mira el Síndrome que mide el MBI, se clasificarán 3 categorías de puntuaciones: Bajas (Puntuaciones S de 3 a 33) Medias (de 37 a 63) y Altas (de 67 a 97).

Se harán las comparaciones con las normas obtenidas en los estudios peruanos.

CONFIABILIDAD

En los estudios originales con el MBI se obtuvo una consistencia interna mediante el Alpha de Cronbach en una muestra de 1316 casos y obtuvieron los siguientes índices: 0,90 en CE; 0,79 en DP y 0,71 en RP. En este estudio se ha encontrado valores de: 0,876 para CE; 0,817 para DP y 0,740 para RP. Lo que significa que existe una consistencia interna adecuada en las tres escalas, por lo tanto este instrumento es confiable, es decir, produce resultados consistentes y coherentes.

Este instrumento ha mostrado tener una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 0.9 (Capilla, 2000). Igualmente los coeficientes de los estudios originales, han sido estimados mediante el coeficiente alfa de Cronbach en una muestra de 1,316 casos, donde 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 diversos análisis originales, se empleó el procedimiento de test – retest.

VALIDEZ

En estudios factoriales originales y españoles se ha visto que los elementos que componen el MBI definen una estructura tridimensional que apunta posiblemente a esas mismas direcciones. Además de este tipo de validez factorial, el MBI está apoyado por otros tipos de validez como es la convergente y la discriminante.

Ficha Técnica de la Escala API de Evaluación de los Desórdenes Emocionales

La escala API sobre una base teórica conductual cognitiva, desarrolla una evaluación de la conducta emocional inadaptada asumiendo que esta es una clase de respuesta inadaptada compuesta por los niveles autonómicos, emocionales, motores, sociales y cognitivos. Una alteración o desorden emocional implica una variabilidad significativa, según los casos de desórdenes emocionales, en cada uno de dichos componentes o niveles. El concepto experimental de conducta emocional inadaptada es considerado clínicamente como desorden emocional (Anicama, 1993).

La evaluación de los desórdenes emocionales se efectúa mediante 5 escalas componentes:

Escala Autonómica (23 ítems)

Escala Emocional (23 ítems)

Escala Motor (23 ítems)

Escala Social (23 ítems)

Escala Cognitiva (23 ítems)

Además de una Escala de Mentiras (15 ítems).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS ESPECÍFICAS DE LOS DESORDENES EMOCIONALES

AUTONÓMICA. Palpitaciones, taquicardia, bloqueo al respirar, sudoración palmar o total, hipertensión, dolores de cabeza, vértigos, desmayos, alteración del sueño, disturbio de la orina, alteración de la libido, disturbios gástricos (estreñimiento, constipación, espasmo del colon), fatiga física, abundantes síntomas somáticos, pérdida de peso (anorexia y dismenorrea)

EMOCIONALES. Irritación o responsivo, sentimiento de ansiedad, hipersensibilidad, impulsividad, ansiedad dirigida a un objeto, sentirse constante de fatiga y cansancio, sentirse dominados por tristeza y melancolía, sentirse

solitario, lamentar falta de afecto, labilidad emocional: llanto, chillar; falta de respuesta de regocijo o alegría.

MOTORAS. Tensión muscular, conducta de evitación y/o aproximación al objeto temido, temblor en alguna parte o todo el cuerpo, tartamudeo, dolor fibroso (dolor de espalda), diskinesia ocular (parpadeo intenso) retraso psicomotor: hablar lento, caminar lento, volumen de voz bajo, estar quieto, permanecer en cama, inhabilidad para su ordinario trabajo o interferencia en el trabajo, conducta pre-suicida, conducta de aproximación y apropiación de objetos, hiperactivo.

SOCIALES. Reducción de la interacción social: mínima participación, no atender su arreglo personal, interferencia con otras conductas sociales, pérdida de gratificación: refuerzo, conductas antisociales: Robar y violar la ley; conductas agresivas y de violencia, no asumir responsabilidad.

COGNITIVO. Pensamientos persistentes acerca de algo, expectativas negativas, autocrítica acentuada y autoculpa, baja autoestima: percepción e ideas de fracaso, impotencia y desamparo; inhabilidad para concentrarse, amnesia, expresión y sentimientos de incompetencia, quejas acerca de pérdidas afectivas.

Validez y confiabilidad del instrumento

El instrumento tiene una alta validez y confiabilidad, la cual detallamos a continuación:

a) Para la prueba de validez y confiabilidad total de análisis de ítems los puntajes de correlación ítem - test indican lo siguiente:

Escala Autonómica	= 0.8048 ***
Escala Emocional	= 0.8821 ***
Escala Motora	= 0.7820 ***
Escala social	= 0.7300 ***
Escala Cognitiva	= 0.7488 ***
Escala L	= 0.5022 ***

(*) Significativos cuando $p < .001$**

b) Para las pruebas de validez se halló lo siguiente:

Para **validez de constructo** 100% de acuerdo entre los jueces.

Para **validez externa** se obtuvieron las siguientes correlaciones:

$r = 0.9211$ entre API total y la EAA de Zung.

$r = 0.8217$ entre API total y la EAMD de Zung.

$r = 0.5497$ entre API total y la Escala de Beck.

$r = 0.8010$ entre API total y la Escala N de Eysenck.

$r = 0.793$ entre API total y las escalas neuróticas del MMPI.

c) Para las pruebas de confiabilidad:

La prueba test - retest muestra una $r = 0.7917$ *** cuando $p < .001$; así como coeficiente alpha de consistencia interna de Cronbach fue de 0.8725.

Por tanto la escala API resulta un instrumento altamente significativo en términos de su validez y confiabilidad psicométrica demostrada.

**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL
UCV**

 UCV UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL UCV	Código : F08-PP-PR-02.02 Versión : 09 Fecha : 23-03-2018 Página : 1 de 1
--	--	---

Yo Consuelo Tingal Vásquez, identificada con DNI N° 16783700 egresada de la Escuela Profesional de Posgrado de la Universidad César Vallejo, autorizo (X) , No autorizo () la divulgación y comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado:

“SÍNDROME DE BURNOUT Y DESÓRDENES EMOCIONALES EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS DE CHOTA – CAJAMARCA, 2013”, en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Fundamentación en caso de no autorización:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....


 FIRMA

DNI: 16783700

FECHA: 30 de Noviembre del 2018

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Responsable del SGC	Aprobó	Vicerrectorado de Investigación
---------	----------------------------	--------	---------------------	--------	---------------------------------

**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL
UCV**

 UCV UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL UCV	Código : F08-PP-PR-02.02 Versión : 09 Fecha : 23-03-2018 Página : 1 de 1
--	--	---

Yo Tatyhanik Yahiro Briones Cieza, identificada con DNI N° 42805538 egresada de la Escuela Profesional de Posgrado de la Universidad César Vallejo, autorizo () , No autorizo () la divulgación y comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado: “SÍNDROME DE BURNOUT Y DESÓRDENES EMOCIONALES EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS DE CHOTA – CAJAMARCA, 2013”, en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Fundamentación en caso de no autorización:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



 FIRMA
 DNI: 42805538

FECHA: 06 de Noviembre del 2018

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Responsable del SGC	Aprobó	Vicerrectorado de Investigación
---------	----------------------------	--------	---------------------	--------	---------------------------------

ACTA DE ORIGINALIDAD DE TESIS

Yo, Bertila Hernández Fernández, Asesora del curso de desarrollo del trabajo de investigación y revisor de la tesis de las estudiantes, Br. Tatyhanik Yahiro Briones Cieza y Br. Consuelo Tingal Vásquez, titulada: SÍNDROME DE BURNOUT Y DESÓRDENES EMOCIONALES EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS DE CHOTA – CAJAMARCA, 2013, constato que la misma tiene un índice de similitud de 25 % verificable en el reporte de originalidad del programa *Turnitin*.

El suscrito analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Chiclayo, 05 de marzo de 2018



Dra. Bertila Hernández Fernández
DNI: 16526129

REPORTE TURNITIN

Síndrome de Burnout y Desórdenes Emocionales en Estudiantes de la Universidad Alas Peruanas de Chota – Cajamarca, 2013

