

**PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE “QUEMARSE POR EL TRABAJO” BURNOUT, EN EMPLEADOS DE SUCURSALES DE UN BANCO DOMINICANO.<sup>1</sup>**

---

**Lourdes Peña Sévez\***  
**Reynaldo Valerio Chico\*\***

**RESUMEN**

Este estudio determina la prevalencia del síndrome “quemarse por el trabajo”- burnout en prestatarios del servicio personal a clientes, en uno de los mayores bancos dominicanos y lo compara con los niveles de prevalencia determinados en las investigaciones realizadas con prestatarios de servicios asistenciales. La prevalencia se calcula como la proporción de individuos en Fases VI a VIII del Modelo de Golembiewski. El burnout se mide utilizando el Maslach Burnout Inventory para Servicios Asistenciales (MBI-HSS). Se seleccionó una muestra aleatoria estratificada de 184 empleados y se obtuvieron 178 encuestas válidas. Se encontró alta prevalencia de burnout, siendo mayor en mujeres, rangos extremos de edad y de antigüedad, Cajeros, Oficiales de Plataforma, Oficiales de Negocio y Gerentes de Oficina. Las puntuaciones medias en las dimensiones del burnout son similares a las de prestatarios de servicios asistenciales en España y a las normas del MBI-HSS. Se presentan sugerencias para estudios futuros.

**PALABRAS CLAVES:**

Burnout, Síndrome de quemarse por el trabajo, Prevalencia, Bancos, Dimensiones burnout, Fases burnout, Prestatarios de Servicios, Servicios Bancarios.

---

\* MARH, profesora de Psicología Organizacional del Área de Sociales y de la Maestría de RRHH del Área de Negocios del INTEC. Consultora en DO con 10 años en gestión humana en la banca nacional. E-mail: lpena@intec.edu.do

\*\* Psicólogo, profesor del Área de Negocios del INTEC. Facilitador de programas dirigidos a personal de sucursales bancarias por los últimos cuatro años. E-mail: ReynaldoValerio@EstrategiaHumana.com.

1 Instituto Tecnológico de Santo Domingo, INTEC. Decanato de Investigaciones y Extensión. Esta investigación fue originalmente propuesta y aceptada por el Consejo de Investigación del Decanato de Extensión e Investigación bajo el título: Estudio del Síndrome de Burnout en Sucursales Bancarias de las Provincias de Santo Domingo y el D.N., R.D.

#### ABSTRACT.

This study determines the prevalence of the burnout syndrome among personal service providers, to customers, in one of the major Dominican banks, and compares it with levels of prevalence found in other studies conducted among human services providers. Prevalence of burnout is determined by the proportion of individuals in Phases VI through VIII of Golembiewski's Model. Burnout is measured using the Maslach Burnout Inventory for Human Services (MBI-HSS). From a sample of 184 employees, 178 valid questionnaires were obtained. Results show high prevalence of burnout, being it higher among women, in the highest and lowest ranks of age and years of service, and also among Cashiers, Service Officers, Business Officers and Branch Managers. Average scores found in all burnout dimensions are similar to scores of human service providers in Spain and to the normative data of MBI-HSS. Suggestions for future research are presented.

#### KEY WORDS

Burnout Syndrome, Engagement, Prevalence, Bank, branch office employee, Burnout dimensions, Burnout Phases, Engagement Dimensions, Service Providers.

## Introducción

Es frecuente que se perciba a los empleados bancarios como personas muy “estresadas”, por lo que nos preguntamos: ¿Pueden llegar esos niveles de estrés a hacerse crónicos, poniendo en riesgo la salud personal y el éxito organizacional?

Los altos estándares de calidad demandados actualmente en la prestación de servicios generan fuertes niveles de presión en sus prestatarios. En la prestación de servicios bancarios estas demandas van unidas a estrictos controles de seguridad, tanto por el manejo de valores como por las regulaciones de prevención de lavado de activos, y las regulaciones propias del sistema financiero. Además, la combinación de la presión del público con el sistema de consecuencias resulta un fuerte estresor, ya que las violaciones a los procedimientos pueden llevar al despido, investigaciones policiales por fraude, e incluso a la cárcel.

Se considera que el Estrés laboral es una de las principales fuentes de riesgo a nivel psicológico y social en las organizaciones en general y en las de servicio en particular, siendo el *Síndrome de Quemarse por el Trabajo o Síndrome de Burnout* una de las maneras más habituales y peligrosas de materializar este riesgo (Gil-Monte, Carretero y Roldán, 2005).

El *Burnout* no es sinónimo de estrés psicológico, sino más bien una respuesta a fuentes de estrés crónico (estresores) que se originan

en la relación profesional-cliente, y en la relación profesional-organización. Prácticamente todos los estudios le consideran una respuesta al estrés laboral crónico. Esto significa que el *burnout* no desaparece simplemente eliminando los estresores que le originaron, sino que, una vez incorporado, se deberán utilizar una serie de acciones combinadas para facilitar la recuperación de la persona afectada.

En los estudios iniciales del Síndrome, se consideró que aquellos que se dedican a la prestación de servicios asistenciales constituyen el público de mayor riesgo de padecer *Burnout*. En el artículo dedicado al burnout en la Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo de la OIT, la Dra. Maslach hace alusión a las profesiones especialmente vulnerables al síndrome:

“[*el burnout*] Se ha conceptualizado como una experiencia de estrés individual embebida en un contexto de relaciones sociales complejas y que abarca el concepto que la persona tiene de sí misma y de los demás. Como tal, ha sido objeto de una atención especial en las profesiones relacionadas con la prestación de servicios en donde a) la relación entre proveedores y destinatarios constituye el eje central del trabajo y b) la prestación del servicio, la atención, el trato o la educación pueden ser experiencias altamente emocionales. Son varias las profesiones que cumplen estos criterios, entre ellas las relacionadas con la asistencia sanitaria, los servicios sociales, los servicios de salud mental, el derecho penal y la educación”. (Maslach, 2001).

Un Síndrome es una agrupación de signos y síntomas basada en su frecuente co-ocurrencia y que caracterizan un padecimiento o una situación determinada. El burnout es un Síndrome porque existen una serie de conductas claramente identificables, las cuales son comunes a aquellos que lo padecen. El Síndrome de *burnout* ha sido traducido al español de muchas maneras, la más utilizada es *Síndrome de Quemarse por el Trabajo* (en adelante SQT), pero sea cual sea su traducción éste se trata de un constructo específico.

Un constructo es “un concepto que tiene el significado agregado de haber sido inventado o adoptado para un propósito científico especial, de forma deliberada y consciente” (Kerlinger y Lee, 2001).

Como concepto el Síndrome de *Burnout* se define como “una respuesta al estrés laboral crónico que conlleva una experiencia subjetiva de carácter negativo compuesta por cogniciones, emociones y

actitudes negativas hacia el trabajo, hacia las personas con las que se relaciona el individuo en su trabajo, en especial los clientes, y hacia el propio rol profesional” (Gil-Monte, 2000). Este autor lo considera como una patología que tiene su origen en el entorno laboral y no en el trabajador.

Como constructo, el Síndrome ha sido definido como “un síndrome de desgaste emocional, despersonalización y reducida realización personal que puede ocurrir entre personas que trabajan con otras personas en alguna medida”, (Maslach y Jackson, 1981, 1986).

El *Cansancio Emocional* se define como una reducción de los recursos emocionales y un sentimiento por parte de los trabajadores de que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel psicológico. La Despersonalización constituye un conjunto de actitudes y sentimientos negativos y cínicos respecto a los clientes, que lleva a los prestatarios a ver a los clientes como “merecedores de sus propios problemas”. La Reducida Realización Personal se refiere a la tendencia a autoevaluarse negativamente, en particular en lo concerniente al trabajo con los clientes, lo que origina que los prestatarios de servicios se sientan infelices acerca de sí mismos e insatisfechos con sus logros en el trabajo (Maslach, Jackson y Leiter, 1996).

### **Instrumentos utilizados para medir el Burnout**

El término burnout fue utilizado por primera vez por Freudenberger (1974), para referirse a los asistentes voluntarios que al cabo de uno a tres años sufrían una progresiva pérdida de energía, desmotivación para el trabajo y síntomas de ansiedad y depresión. Como constructo fue difundido por primera vez por la psicóloga Cristina Maslach, en 1977, en el congreso anual de la Asociación Psicológica Americana y cobró tanta importancia que en noviembre de 1981 se celebró en Filadelfia la Primera Conferencia Nacional sobre el burnout. Fue en ese mismo año cuando se creó el Maslach Burnout Inventory – MBI. Muchos artículos se han escrito y se han desarrollado varios modelos e instrumentos alternativos de medición, sin embargo, el MBI es el instrumento generalmente utilizado en la mayoría de las investigaciones sobre el tema.

El MBI ha sido revisado y su validez ha sido analizada reiteradas veces. Actualmente, el MBI original se denomina MBI-HSS (Human Services Survey), indicando que está especialmente dirigido a los prestatarios de servicios humanos. Además se han desarrollado

dos instrumentos adicionales, el MBI-ES (Educators Survey) para docentes y el MBI-GS (General Survey) que es una versión adaptada para ocupaciones sin contacto personal directo con quienes reciben el servicio o cuyo contacto es casual.

Para la realización de este estudio evaluamos la pertinencia del uso del instrumento original MBI-HSS (Human Services Survey), diseñado para quienes trabajan en la prestación de servicios asistenciales que implican un gran involucramiento con sus pacientes-clientes, o si utilizábamos el instrumento generalizado MBI-GS (General survey) que se enfoca en la crisis en la relación de la persona con su trabajo y no necesariamente como una crisis en la relación de la persona con otras personas en el trabajo.

Optamos por utilizar el MBI-HSS cambiando la palabra “paciente” por “cliente”, para asociar directamente las respuestas obtenidas con la prestación personal de servicios bancarios y compararlas con las obtenidas para los prestadores de servicios asistenciales. Esto así apoyados en que su versión en inglés el NBI-HSS ha incorporado la palabra “recipients” para darle un sentido más genérico referido a las personas para las cuales el sujeto evaluado provee servicio, cuidado o tratamiento.

Especulamos que la prestación personal de servicios en general, y de servicios bancarios en particular, genera un nivel de estrés similar, aunque quizás en grado diferente, al generado en la prestación de servicios asistenciales. Consideramos que son muchas las similitudes en las condiciones manejadas por cualquier prestatario de servicios, aunque reconocemos que en los servicios asistenciales se impacta la vida de los “pacientes”, “educandos” y “acusados” en forma más holística que en los servicios a clientes de organizaciones comerciales.

### **Causas y Consecuencias del Burnout o SQT:**

En cuanto a las causas del Síndrome, la Dra. Maslach indica que: “En general, los factores propios del trabajo muestran una relación más estrecha con el burnout que los factores biográficos o personales. En cuanto a los antecedentes de agotamiento, los tres factores más importantes parecen ser el conflicto de rol, la carencia de control o autonomía, y la ausencia de apoyo social en el trabajo. Estos efectos del burnout se encuentran con mayor frecuencia en las distintas formas de abandono e insatisfac-

ción con el trabajo y suponen un deterioro de la calidad de la atención o los servicios prestados a los usuarios o pacientes” (Maslach, 2001).

El interés en el Burnout continúa creciendo aceleradamente debido a sus consecuencias personales, laborales y organizacionales. El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España (en adelante INSHT), resume las causas del Síndrome de la siguiente manera:

“La exposición a factores de riesgo psicosocial, a fuentes de estrés en dosis nocivas y, en concreto, a variables como carga de trabajo, falta de control y autonomía, ambigüedad y conflicto de rol, malas relaciones en el trabajo, falta de apoyo social, falta de formación para desempeñar las tareas, descompensación entre responsabilidad-recursos-autonomía, etc., cuando se produce en trabajos en los que su contenido tiene unas demandas emocionales importantes y de prestación de servicios humanos, puede dar lugar a la aparición de un proceso de estrés crónico que desemboque en un daño para la salud del trabajador, el SQT. El origen del SQT se sitúa en las demandas de interacción que se producen en el entorno de trabajo, fundamentalmente con los clientes de la organización. Cuando esas exigencias son excesivas y conllevan una tensión en el aspecto emocional y cognitivo, generan las condiciones propicias para que también las fuentes de estrés mencionadas con anterioridad actúen y produzcan en el individuo un patrón de respuestas que constituyen los síntomas del SQT. Esta es la razón de que los profesionales que trabajan con personas sean los colectivos de riesgo” (INSHT, NTP-705, 2006).

### **Antecedentes:**

No se encontraron antecedentes de estudios similares. En España, la Unidad de Investigación de Psicología Organizacional y del Trabajo, registra en su historial una investigación sobre “*Estrés En Empleados De Entidades Financieras*”<sup>2</sup>.

---

1 Escribimos a sus autores para acceder a los resultados del mismo pero no obtuvimos respuesta <http://www.uv.es/uiopot/estres.htm>

Buscamos antecedentes en estudios de prevalencia en otros sectores, los cuales sirvieran de base comparativa para el análisis de los resultados. A pesar de haberse realizado reiteradamente en casi todos los países de habla hispana, los datos obtenidos no resultan comparables por la variabilidad de métodos utilizados y de formas de expresar los resultados. Esto se debe fundamentalmente al carácter multidimensional del Síndrome.

En un artículo publicado por la Revista española de Economía de la Salud, sobre una entrevista al Dr. Gil-Monte, este afirma:

“Algunos porcentajes indican que aproximadamente un tercio de los trabajadores del sector sanitario podrían estar afectados. Sin embargo, pienso que estas estadísticas aparecen infladas debido a la mala utilización que profesionales ajenos a la Psicología hacen de los cuestionarios para fines diagnósticos. Estudios realizados en la Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (UNIPSICO) de la Universidad de Valencia, de la que soy director, sugieren que el porcentaje de afectados en el sector sanitario está alrededor del 10 ó del 12% de los profesionales, y que en torno a un 5% estaría de baja, o la necesitaría, como consecuencia del SQT, pues han desarrollado problemas psicosomáticos, niveles de ansiedad vinculados al trabajo, o síntomas depresivos no tolerables. Estas estadísticas no contemplan los accidentes laborales que, sin ser el SQT, tienen su origen en la patología. Por ejemplo, pinchazos o cortes causados por pérdidas de atención o de concentración, o por pérdidas de reflejos vinculados al SQT” (Rodríguez y Vázquez, ReES- 2003).

El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España (INSHT) indica que:

“No existen datos precisos de prevalencia, respecto a la población general, de los colectivos de mayor riesgo. En relación al sexo, globalmente, los estudios no establecen claras diferencias significativas. En cuanto a la edad coinciden en que, por causas diversas, se dan más casos en el intervalo de 30 a 50 años. Respecto a variables como el estado civil, número de hijos, formación académica, puesto de trabajo, tipo de contrato, etc., no se han obtenido de momento diferencias significativas que determinen una tendencia. Los estudios se han centrado en colectivos específicos como profesionales sanitarios, maes-

tros, fuerzas de seguridad, servicios sociales, funcionarios de prisiones, etc. (en general, en esas profesiones que mantienen un contacto directo con las personas que son los beneficiarios del propio trabajo). Algunas prospecciones sobre estos colectivos muestran unos porcentajes de prevalencia que oscilan del 10% al 50% de trabajadores afectados. No obstante el SQT no es exclusivo de estas profesiones, existen estudios en vendedores, ingenieros y técnicos, deportistas, supervisores, directores, secretarios, etc., incluso existen estudios en profesiones que no son del sector servicios. Estos datos son meramente orientativos y proceden fundamentalmente de estudios sobre colectivos específicos realizados en otros países. Las cifras indican que el problema presenta una cierta magnitud. Esta realidad conlleva, sin duda, consecuencias nocivas sobre la salud laboral, tanto a nivel individual como organizativo”. (INSHT/NTP-704, 2006).

### **Propósito de esta investigación. Predicciones y expectativas generales.**

Determinar si existe una prevalencia significativa del Síndrome de burnout –SQT– en los prestatarios de servicios bancarios. Además, comparar los niveles en la prevalencia y en los índices obtenidos en las dimensiones del burnout con los reportados para las profesiones asistenciales.

Se asume que si ambos resultados resultan similares, también lo serán las consecuencias del burnout en la salud laboral y en la calidad del servicio ofrecido. Si es así, sería razonable considerar que el sector bancario se encuentra expuesto a un importante riesgo laboral, al generar fuertes demandas de calidad de servicio, de altos niveles de productividad y de altos niveles de empatía en el servicio personalizado, sin tomar las previsiones necesarias para que su capital humano cuente con adecuadas estrategias de afrontamiento ni ajustes organizacionales preventivos del burnout, ni los diagnósticos y acciones terapéuticas para quienes lo padecen.

Por lo antes expuesto, este estudio se dedicará a determinar si la prevalencia del burnout se sitúa en niveles similares a los arrojados por estudios anteriores en el sector de la salud, y si los niveles en sus dimensiones (AG= agotamiento emocional, DP=despersonalización y BRP= baja realización personal) serían similares a los obtenidos en el referido sector.

Aunque no existen resultados concluyentes que expliquen la re-

lación del burnout con las variables sociodemográficas, por estudios previos en el sector salud, se espera encontrar mayor prevalencia del burnout en mujeres, jóvenes y empleados de mayor antigüedad. Como línea de comparación se tomaron los resultados de estudios previos en servicios asistenciales en España y EEUU.

## **Método**

Se realizó un estudio transversal, exploratorio en cuanto al grupo de estudio y descriptivo en cuanto a la metodología utilizada, en una población de 546 empleados de 39 sucursales. Por razones de logística, se limitó al Distrito Nacional y la Provincia de Santo Domingo. La prevalencia de burnout se determinó como la proporción de individuos con niveles medio o alto, correspondientes a las Fases VI a VIII del Modelo de Golembiewski.

El burnout se determinó utilizando el Maslach Burnout Inventory para Servicios Asistenciales (MBI-HSS). Se compararon los resultados obtenidos con las puntuaciones medias en las dimensiones del burnout en prestatarios de servicios asistenciales en España y las normas del MBI-HSS para Médicos y Enfermeras, resultando idénticas a las normas para Educadores, prestatarios de Servicios Sociales y de Salud, Policías, Abogados y otros.

## **Participantes**

Se seleccionó una muestra aleatoria estratificada de 184 empleados y se obtuvo 178 encuestas válidas en 33 Sucursales. En cuanto a género, los participantes se distribuyeron en 105 mujeres (59%), 64 hombres (36%) y 9 que no especificaron. Por rangos de edades se distribuyeron en 69 en un rango de 19 a 26 años (38.8%), 48 de 27 a 30 (27%), 45 de 31 a 42 años (25.3%) y 10 personas con 43 años o más (5.6%), además de 5 que no especificaron su edad. En cuanto a antigüedad en la empresa, 104 de 1 a 5 años (58.4%), 47 de 6 a 17 (26.4), 11 de 18 a 22 (6.2) y 12 que no especificaron.

Los puestos considerados en la muestra fueron 71 Cajeros, 39 Representantes de Negocios, 13 Oficiales de Reserva/Caja, 17 Oficiales de Plataforma, 18 Oficiales de Negocios y 20 Gerentes de Oficina. En cuanto a formación académica, 86 tienen un nivel Técnico, 66 nivel de Licenciatura, 14 con Maestría y ninguno con Doctorado. Del total de participantes, 104 estudian actualmente (58%).

En cuanto a zona geográfica, la muestra se concentró en el Distrito

Nacional, con 126 participantes. En la provincia de Santo Domingo se distribuyó en 2 en el Municipio de Sto. Dgo. Norte, 29 Sto. Dgo. Este y 21 en Sto. Dgo. Oeste para un total de 52 en la provincia

## **Dispositivos y Materiales**

Se utilizaron dos instrumentos para la obtención de los datos:

- 1- Una Encuesta Demográfica (género, edad, tiempo en el puesto, tiempo en la empresa, nivel académico, puesto que ocupa, área geográfica de la oficina).
- 2- El Maslach Burnout Inventory, en su versión para servicios asistenciales (MBI-HSS). Se utilizó para determinar los niveles de Burnout. Como traducción se utilizó la versión en español que figura en todos los estudios consultados, realizados en este idioma, la cual corresponde a una versión española, anteriormente autorizada. Sustituimos la palabra “paciente” por “cliente”, para adecuarla al contexto laboral investigado, lo cual es práctica común en los estudios realizado con este instrumento.

Dado el alcance de nuestro estudio, no realizamos validación propia de la traducción del MBI, sino que aceptamos el estudio realizado por Grajales (2000), en México, y otro por Manso-Pinto (2006), en Chile, los cuales determinaron que había coincidencia entre los resultados obtenidos con la versión traducida y los estudios de la versión original en inglés. El único ítem que arrojó debilidades asociadas a la traducción fue el No. 15, por lo que plantea que se reconsidere su formulación para evitar el uso de la negación. Sus conclusiones proponen que:

“se reconsidere la forma como se expresa el ítem No.15 dado el uso de la negación NO y su correspondencia con la forma de contestar a la declaración, pues conduce en algunos casos a una doble negación; lo que mejor puede ser resuelto con una afirmación positiva. Y podría hacer variar los resultados hasta este momento observados”.

El ítem 15 dice: “Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis clientes”. En vista de la confusión originada por la doble negación en esta pregunta procedimos a clarificar verbalmente su significado al momento de la aplicación del cuestionario, pues decidimos no introducir cambios adicionales por escrito

en el mismo a fin, de preservar la comparabilidad de los resultados con los estudios previos.

## **Procedimiento**

### **• Recolección de la Información y Fuente de Datos:**

Se obtuvo la autorización del Banco para realizar el estudio, a través del departamento de Gestión Humana, que la logística para facilitar la participación del personal.

Los instrumentos de evaluación se entregaron personalmente a cada participante. Para la selección de los participantes se determinó una muestra estratificada por puesto, los cuales se distribuyeron entre las sucursales utilizando una tabla de números aleatorios. Se determinaron cantidades de puestos por sucursal, no personas en específico.

La muestra se dividió entre las 39 Sucursales participantes. Por restricciones logísticas sólo se visitaron 33 sucursales, por lo que se decidió incrementar el número de puestos encuestados en cada una, a fin de mantener invariable el tamaño de la muestra estratificada. La participación de las personas fue anónima y voluntaria, y los cuestionarios fueron autoaplicados y completados en el área de trabajo.

Al visitar la oficina, se contactaba al Supervisor a cargo de la misma, se le informaba que esta visita era parte de una investigación relacionada con el ambiente de trabajo realizada por el Intec, y se le pedía que otorgara un receso de 15 a 20 minutos al número predeterminado de participantes potenciales por puesto, para que completaran los cuestionarios.

A cada participante se le informó sobre la investigación, sólo especificando que estaba relacionada con el ambiente de trabajo, para evitar sesgos en las respuestas. Además se les indicó que era conducida por la Universidad INTEC y que, aunque el banco había decidido colaborar, ellos podían elegir si participaban o no, garantizándoles anonimato. Todos aceptaron participar. Se aclaró la doble negación del ítem #15 del MBI-HSS.

### **• Análisis de la Información:**

— Los participantes fueron analizados en grupos por categorías, en función de algunas variables demográficas y de otras relacionadas con el puesto. La prevalencia en cada categoría (ejemplo edad) se determinó a partir del promedio ponderado de los valores individuales de cada grupo (ejemplo participantes de 18, 19 y 20 años).

- La prevalencia de burnout se determinó a partir de la proporción de individuos evaluados en los niveles medio o alto, correspondientes a las fases VI a VIII del Modelo desarrollado por Golembiewski y Munzenrider (1983).
- Las fases del burnout se determinaron a partir de las puntuaciones obtenidas en cada una de las tres dimensiones evaluadas en el Maslach Burnout Inventory para servicios asistenciales de Maslach y Jackson (1981), siguiendo la metodología propuesta por Golembiewski y Munzenrider (1983):
  1. Se dicotomizaron las puntuaciones obtenidas en el MBI-HSS en altas (A) y bajas (B), obteniendo ocho posibles Fases de burnout. Se clasificaron estas Fases desde la I (bajas puntuaciones de burnout en todas las dimensiones) hasta la VIII (elevadas puntuaciones en todas sus dimensiones), siendo la aparición del síndrome progresiva desde la Fase I hasta la VIII.
  2. Se determinó el grado de burnout, de acuerdo a los siguientes parámetros propuestos por el modelo:
    - Burnout leve en los individuos que puntuaron en las fases I, II ó III,
    - Burnout medio los que puntúan en las fases IV ó V,
    - Burnout elevado cuando los individuos puntuaran en las fases VI, VII u VIII.
  3. Como línea de comparación se tomaron los resultados de estudios previos en servicios asistenciales en España y EEUU.
    - Se calcularon y analizaron las tres dimensiones propuestas por Maslach, Jackson y Leiter para servicios asistenciales (MBI-HSS, 1996), en base a las indicaciones contenidas en la Tercera edición del Manual del MBI.

## **Resultados**

Se determinó una prevalencia de burnout de 18.5% en niveles elevado a moderado, correspondientes a las Fases VI a VIII del Modelo de Golembiewski.

Fases Burnout	Cantidad Participantes	% Prevalencia
I	124	70%
II	18	10%
III	3	2%
IV	1	1%
V	13	7%
VI	15	8%
VII	2	1%
VIII	2	1%

Fuente: *Elaboración propia*

### **En cuanto a los aspectos demográficos:**

- Se determinó una mayor prevalencia del burnout en mujeres (20.3%) que en hombres (15.2%).
- La prevalencia del burnout tuvo un comportamiento de ola en relación con la edad de los participantes. Se determinó alta en los jóvenes de 19 a 26 años con un 23.2%, se redujo a su menor valor, 8.3%, entre los 27 a 30 años, volvió a incrementarse a 24.4%, su mayor valor, entre los 31 y 42 años y nuevamente se redujo a 10% en las personas de 43 años o más.

### **En relación con el puesto de trabajo:**

- En cuanto a los puestos de trabajo, se obtuvieron los siguientes resultados en la prevalencia del burnout (PB):
  - Cajeros (PB = 28.2%)
  - Representantes de Negocios (PB = 7.7%)
  - Oficiales de Reserva y de Caja (PB = 7.7 %)
  - Oficiales de Plataforma (PB = 17.6%)
  - Oficiales de Negocio (PB = 16.7 %)
  - Gerentes de Oficina (PB = 16.0 %)

### **En cuanto a aspectos relacionados con la formación académica:**

- Se determinaron niveles similares en cuanto a la prevalencia del burnout en los empleados del nivel Técnico (20.9 %) y Licenciatura (19.7 %). Los participantes con nivel de maestría arrojaron los menores niveles de prevalencia de burnout (14.3 %).
- Los estudiantes mostraron una prevalencia de burnout ligeramente mayor (18.3 %) que los No estudiantes (17.6%).

### En cuanto a las dimensiones específicas del burnout:

CUADRO COMPARATIVO ESTUDIOS PREVALENCIA POR DimensiónES DEL BURNOUT		AGOTAMIENTO EMOCIONAL (AE)	DESPERSONALIZACION (DP)	REALIZACION PERSONAL (RP)
<b>Rep. Dom.</b>	<b>2007, (n=178), Personal Sucursales Bancarias</b>	<b>11.8%</b>	<b>14.0%</b>	<b>2.2%</b>
<b>España</b>	2002, (n=300), Trabajadores incluyendo Médicos	13.9%	11.1%	6.6%

Fuente: Elaboración Propia

CUADRO COMPARATIVO DE LA PUNTUACIONES MEDIAS EN LAS DimensiónES DE BURNOUT		AGOTAMIENTO EMOCIONAL (AE)	DESPERSONALIZACION (DP)	REALIZACION PERSONAL (RP)
--	--	----------------------------	-------------------------	---------------------------

**ESCALA DE CLASIFICACIÓN PARA EL NIVEL ALTO (Manual de MBI -1996)**

		<b>27 ó más</b>	<b>13 ó más</b>	<b>31 ó menos</b>
<b>Rep. Dom.</b>	<b>2007, (n=178), Personal Sucursales Bancarias</b>	<b>21.0</b>	<b>8.7</b>	<b>34.6</b>
<b>España</b>	1994, (n=46), Psiquiatras	22.6	10.4	28.6
	1995, (n=311), Médicos, Enfermeras, Auxiliares y otros	23.7	11.1	27.1
	1999, (n=363), Médicos, Enfermeras y Auxiliares	20.5	7.3	35.5
	2002, (n=157), Médicos	22.0	8.3	35.2
<b>PROMEDIO</b>		22.2	9.3	31.6
<b>EEUU</b>	1996, Normas Manual MB, n=1104), Médicos y Enfermeras	22.2	7.1	36.5
	1996, Normas Manual MB, n=(11,067), Educadores, Servicios Sociales, Salud, Policías, Abogados y otros	21.0	8.7	34.6

Fuente: Elaboración Propia

## **Conclusión**

En los resultados del presente estudio se obtuvieron puntuaciones medias en las tres dimensiones del burnout similares a la de estudios previos en servicios asistenciales de salud en España. También resultaron similares a las normas del MBI en EEUU para servicios asistenciales de salud, e idénticos a las normas para Educadores, Servicios Sociales, Salud, Policías, Abogados y otros.

En cuanto a la prevalencia encontrada en las tres dimensiones del burnout, en los prestatarios de servicios bancarios estas resultaron superiores en la Despersonalización, similares en el Agotamiento Emocional y significativamente inferiores en la Baja Realización Personal.

El estrés laboral y el burnout constituyen dos de los principales riesgos laborales de carácter psicosocial, porque están identificados como causantes significativos del deterioro de las condiciones de trabajo, ocurrencia de accidentes y ausentismo.

“Una sentencia reciente del Tribunal Supremo (octubre del 2000), ratificando la sentencia de 2 de noviembre de 1999 dictada por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Autónoma del País Vasco, respalda legalmente esa importancia al reconocer el síndrome de quemarse por el trabajo como una dolencia psíquica causante de períodos de incapacidad temporal, y como un accidente laboral” (Gil-Monte, 2001).

Presentamos un análisis comparativo de los estresores de los profesionales de la salud vs. los prestatarios de servicios bancarios, el cual indica que:

a) En el nivel individual:

Profesionales de la Salud	Prestatarios de Servicios Bancarios
<ul style="list-style-type: none"> <li>- La existencia de sentimientos de altruismo e idealismo lleva a los profesionales a implicarse excesivamente en los problemas de los usuarios, y convierten en un reto personal la solución de los problemas.-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La demanda de un alto compromiso con estándares de servicio de “clase mundial”, y con la oferta de un “servicio personalizado” lleva a los prestatarios de mayor potencial a convertir en un reto personal la solución de los problemas de los clientes.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contacto directo con la enfermedad, con el dolor y con la muerte.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contacto directo con las necesidades y urgencias económicas y situaciones de peligro potencial por la prevención de lavado de dinero, fraudes, etc.</li> <li>- El Cliente que debe ser atendido excelentemente constituye también un peligro potencial.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consecuentemente, se sienten culpables de los fallos, tanto propios como ajenos, lo cual redundará en bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y alto agotamiento emocional.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Son profesionales en los que inciden especialmente estresores como:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• La escasez de personal genera sobrecarga laboral y la necesidad de turnos de trabajo y horarios extendidos,</li> <li>• Trato con usuarios problemáticos,</li> <li>• Falta de especificidad de funciones y tareas, lo que supone conflicto y ambigüedad de rol,</li> <li>• Falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones,</li> <li>• Rápidos cambios tecnológicos.</li> </ul> </li> </ul>	

b) En el plano de las relaciones interpersonales:

Profesionales de la Salud	Prestatarios de Servicios Bancarios
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las relaciones con los usuarios, y con los compañeros de igual o diferente jerarquía, cuando son tensas, conflictivas y prolongadas, van a aumentar los sentimientos de quemarse por el trabajo.</li> <li>- Asimismo, la falta de apoyo en el trabajo por parte de los compañeros y supervisores, o por parte de la dirección o de la administración de la organización son fenómenos característicos de estas profesiones que aumentan también los sentimientos de quemarse por el trabajo.</li> </ul>	

c) Desde un nivel organizacional:

<b>Profesionales de la Salud</b>	<b>Prestatarios de Servicios Bancarios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajan en organizaciones que responden al esquema de una burocracia profesionalizada. Estas organizaciones inducen problemas de coordinación entre sus miembros, sufren la incompetencia de los profesionales, los problemas de libertad de acción, la incorporación rápida de innovaciones, y las respuestas disfuncionales por parte de la dirección a los problemas organizacionales. Todo ello resulta en estresores del tipo de ambigüedad, conflicto y sobrecarga de rol.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajan en organizaciones que responden al esquema de estructuras divisionales que dependen de la sede central para la prestación de sus servicios. Son estrictamente regulados por una teoestructura distante, cuyos miembros rara vez han tenido experiencia como prestatarios de servicios, por lo que sus aproximaciones a este trabajo son de tipo conceptual y basado en el comportamiento de parámetros e indicadores.</li> <li>- No cuentan con canales adecuados para transmitir sus observaciones sobre las verdaderas expectativas y necesidades de sus clientes.</li> <li>- Tienen ambigüedad, conflicto y sobrecarga de rol porque deben cumplir simultáneamente con demandas contradictorias de ventas, servicios y eficiencia operacional, unido a la poca o nula tolerancia a los errores.</li> </ul>

d) En el entorno social:

<b>Profesionales de la Salud</b>	<b>Prestatarios de Servicios Bancarios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se encuentran como desencadenantes las condiciones actuales de cambio social por las que atraviesan estas profesiones.</li> <li>- Ejemplo: la aparición de nuevas leyes y estatutos que regulan el ejercicio de la profesión, nuevos procedimientos en la práctica de tareas y funciones, cambios en los programas de educación y formación, cambios en los perfiles demográficos de la población que requieren cambios en los roles, aumento de las demandas cuantitativa y cualitativa de servicios por parte de la población, pérdida de estatus y/o prestigio, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El continuo cambio tecnológico,</li> <li>- Clientes cada vez más conocedores y demandantes,</li> <li>- Leyes nacionales e internacionales de prevención de lavado cada vez más estrictas,</li> <li>- Posibles implicaciones en fraudes operacionales o electrónicos, internos o externos,</li> <li>- Asaltos a mano armada, etc.</li> <li>- Demandas continuas de estudios de actualización profesional combinadas con largas jornadas laborales y demandas de tiempo familiar.</li> </ul>

Fuente: *Elaboración propia, basada en el análisis para el Sector Salud de Gil-Monte (2004).*

<p><b>PARA EL TRABAJADOR</b></p>
<ul style="list-style-type: none"><li><b>A.</b> Psicosomáticos: cansancio hasta el agotamiento y malestar general (que, a su vez, median en deterioro de la calidad de vida), fatiga crónica y alteraciones funcionales en casi todos los sistemas del organismo (cardiorrespiratorio, digestivo, reproductor, nervioso, reproductivo, etc.) con síntomas como dolores de cabeza, problemas de sueño, úlceras y otros desórdenes gastrointestinales, pérdida de peso, molestias y dolores musculares, hipertensión, crisis de asma, etc.</li><li><b>B.</b> Conductuales: conducta despersonalizada en la relación con el cliente, ausentismo laboral, desarrollo de conductas de exceso como abuso de barbitúricos, estimulantes y otros tipos de sustancias (café, tabaco, alcohol, etc.), cambios bruscos de humor, incapacidad para vivir de forma relajada, incapacidad de concentración, superficialidad en el contacto con los demás, comportamientos de alto riesgo, aumento de conductas hiperactivas y agresivas.</li><li><b>C.</b> Emocionales: predomina el agotamiento emocional, síntomas disfóricos, distanciamiento afectivo como forma de autoprotección, ansiedad, sentimientos de culpabilidad, impaciencia e irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, sentimiento de soledad, sentimiento de alienación, sentimientos de impotencia, desorientación, aburrimiento, vivencias de baja realización personal, sentimientos depresivos.</li><li><b>D.</b> Actitudinales: actitudes de desconfianza, apatía, cinismo e ironía hacia los clientes de la organización, hostilidad, suspicacia y poca verbalización en las interacciones.</li><li><b>E.</b> Sociales y de relaciones interpersonales: actitudes negativas hacia la vida en general, disminuye la calidad de vida personal, aumento de los problemas de pareja, familiares y en la red social extralaboral del sujeto (debido a que las interacciones son hostiles, la comunicación es deficiente, no se verbaliza, se tiende al aislamiento, etc.).</li></ul>
<p><b>PARA LA ORGANIZACION</b></p>
<p>Se manifiesta en un deterioro de la comunicación y de las relaciones interpersonales (indiferencia o frialdad con las personas con las que trabaja); disminuye la capacidad de trabajo, disminuye el compromiso, bajan el rendimiento y la eficacia, se da un mayor absentismo y una mayor desmotivación, aumentan las rotaciones y los abandonos de la organización, resulta muy afectada la calidad de los servicios que se presta a los clientes, surgen sentimientos de desesperación e indiferencia frente al trabajo, se produce un aumento de quejas de usuarios o clientes, etc.</p>

Fuente: Cuadro No. 1, (INSHT, NTP-705, 2006), publicación de libre acceso.

En la misma publicación se indica que “los síntomas que se producen en el SQT son indicadores de que se puede hacer visible la exposición a factores de riesgo cuando ya están actuando sobre el trabajador de un modo nocivo. Como consecuencia de una exposición a factores de riesgo que producen un SQT, los síntomas aparecen en el individuo en cantidades diferentes, de mayor porcentaje (80%, ansiedad) a menor (22%, la indiferencia): ansiedad, irritación, tristeza,

inadecuación, impotencia, fatiga, inquietud, dificultad de concentración, frustración, depresión, incompetencia, sentimientos de culpa, excesivas horas de trabajo, poca realización personal, disminución de interés por el trabajo, sentimiento de inutilidad, negatividad, disminución de la motivación, disminución de intereses extralaborales e indiferencia” (INSHT, NTP-705, 2006).

No existe consenso sobre la relación entre las tres dimensiones del Síndrome. En el Manual del MBI indica que el agotamiento emocional constituye un aspecto clave y que el desarrollo de la despersonalización guarda relación con este agotamiento. No se hace referencia directa a la relación de entre estas dimensiones y la de Baja Realización Personal. Dado este carácter multidimensional del burnout, las acciones para su reducción y/o prevención también necesitan dirigirse en múltiples dimensiones.

### **Estrategias de Afrontamiento e Intervenciones sugeridas:**

#### **En el nivel individual:**

- Divulgar la existencia del burnout como riesgo laboral para los prestatarios de servicios.
- Promover estrategias de afrontamiento centradas en el control del problema, entre las que se encuentran el entrenamiento en solución de problemas, uso de la asertividad, uso de la resiliencia, manejo eficaz del tiempo, alineamiento de objetivos personales y laborales y técnicas de manejo personal del estrés.

#### **En el nivel grupal e interpersonal,**

- Mejorar las relaciones interpersonales y fomentar el apoyo social y emocional por parte de los compañeros y supervisores,
- Implementación de Programas de evaluación periódica y coaching por parte de profesionales que retroalimenten sobre su desempeño y desarrollo del rol.

#### **En el nivel organizacional,**

- Desarrollar programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente y el clima de la organización. Como parte de estos programas se recomienda ampliar programas de inducción enfatizando su componente de socialización anticipada a la reali-

dad laboral y evitar el choque con sus expectativas irreales.

- Implementar procesos integración grupal e interpersonal y programas para mejorar el ambiente y el clima organizacional y las redes de comunicación organizacional.
- Reestructurar y rediseñar los puestos de trabajo para facultar al personal y darles mayor participación, estableciendo objetivos claros para los roles profesionales, aumentando los reconocimientos y clarificando las líneas de autoridad.

Dada la alta prevalencia del síndrome y la importancia de la atención al cliente, sugerimos replicar este estudio en otras empresas, tanto del sector bancario.

**Hemos identificado la necesidad de correlacionar este estudio con:**

- a) Estudios relacionados con el concepto opuesto al *burnout* que es el *Engagement o compromiso laboral*. Toda la Gestión del Capital Humano se basa en la búsqueda de generar este compromiso.
- b) Estudios para profundizar en el análisis de las causas del *burnout* y en la elaboración de propuestas de acciones efectivas para preservar e impulsar la calidad del servicio mediante estrategias de afrontamiento e intervenciones organizacionales, que no sólo reduzcan el *burnout* sino que incrementen los niveles de *engagement* en el personal.
- c) Estudios longitudinales para evaluar el impacto de la implementación de las estrategias de afrontamiento personal e intervenciones organizacionales generalmente sugeridas, a fin de determinar su efectividad en el ámbito nacional dominicano.

## Referencias

1. Fidalgo Vega, M. (2006), Síndrome de estar quemado por el trabajo o “burnout” (I): definición y proceso de generación. España: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España (INSHT), NTP 704. [http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp\\_704.htm](http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_704.htm)

2. Freudenberger, H.J. (1974), Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, Vol. 30, 1, pp.159-165.

3. Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del Síndrome de Quemarse por el Trabajo. *Anales de Psicología*, vol. 15, nº 2, 261- 268. España: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.

4. Gil-Monte, P. R. (2000). Aproximaciones psicosociales y estudios diagnósticos sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Monográfico, *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*,16 (2):101-102. España: Universidad de Valencia.

5. Gil-Monte, P. R. (2001). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Psicología Científica.Com*.

6. Gil-Monte, P. R. (2002). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey, *Revista Salud Pública de México*; Vol. 44(1): 33-40.

7. Gil-Monte, P. R. (2003) Burnout syndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás? *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. Volumen 19, n.º 2 - Págs. 181-197. España: Universidad de Valencia.

8. Gil-Monte, Carretero y Roldán, (2005). Algunos Procesos Psicosociales Sobre el Síndrome de Quemarse Por El Trabajo (Burnout) en Profesionales de Enfermería. *Ansiedad y Estrés*, 11(2-3), 281-290. España: Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional, Universidad de Valencia.

9. Golembiewski, R. T.; Munzenrider, R. F., y Carter, D. (1983): “Progresive Phases of Burn-out and their Worksite Covariants”, en *Journal of Applied Behavioral Science*, n.º 19, pp. 464-481.

10. Grajales, T. (2000). Estudio de la validez factorial del MBI versión española entre profesionales mexicanos. México: Universidad de Montemorelos. <http://www.tgrajales.net/mbivalidez.pdf>

11. Guillén Gestoso C, Guil Bozal R, Mestre Navas J, :Estrés Laboral Cap. 17. *Psicología del Trabajo para las Relaciones Laborales*, Guillén Gestoso C, Guil Bozal R (ed). Madrid, McGraw Hill, 2000. P. 269 – 292.

12. Kerlinger, F., & Lee, H. (2001). *Investigación del comportamiento: Métodos de Investigación en Ciencias Sociales* (4ta, ed.). México: Mc Graw Hill.

13. Manso-Pinto, J., (2006), Estructura Factorial del Maslach Burnout Inventory Versión Human Services Survey - Chile. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, Vol. 40, Num. 1 pp. 115-118

14. Maslach, C. (1978). *Job Burnout: How People Cope*. Public Welfare, Spring, pp. 56-58.

15. Maslach, C., Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.

16. Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory: Manual* (3rd ed.). Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

17. Moreno-Jiménez B, Rodríguez Carvajal R, Escobar Redonda E: La Evaluación del Burnout Profesional, Factorialización del MBI-GS. Un Análisis Preliminar. Departamento de Psicología Biológica y de la Salud, Universidad Autónoma de Madrid.

18. Organización Internacional del Trabajo, (2001). *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*. Vol II, Parte V Factores Psicosociales y de Organización, Cap. 34 Factores Psicosociales y

de Organización, Paper 34.74. Burnout, Mashlach C. España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

19. Peiró, J. M. (2001). El Estrés Laboral: Una perspectiva individual y colectiva. Revista del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, no.13, pág 18 a 38. España: [http://www.mtas.es/insht/revista/A\\_13\\_ST02.htm](http://www.mtas.es/insht/revista/A_13_ST02.htm).

20. Rodríguez, C. B. (2003, mayo-junio). Entrevista a Pedro R. Gil-Monte. Revista Española de Economía de la Salud, 2(3), 139-140.

**Recibido: 13/08/07**

**Aprobado: 15/10/07**