



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIO HUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Identificación del Síndrome de Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con éste fenómeno en el Ecuador.

TRABAJO DE TITULACIÓN.

AUTORA: Mora Burneo, Claudia Sofía

DIRECTOR: Espinoza Iñiguez, Jhon Remigio Mg.

CENTRO UNIVERSITARIO LOJA

2016



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

Febrero, del 2016

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister

Jhon Remigio Espinoza Iñiguez.
DOCENTE DE LA TÍTULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: “Identificación del Síndrome de Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con éste fenómeno en el Ecuador“, realizado por Mora Burneo Claudia Sofía, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la ejecución del mismo.

Loja, febrero de 2016

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo Claudia Sofía Mora Burneo, declaro ser autora del presente trabajo de titulación: “Identificación del Síndrome de Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con éste fenómeno en el Ecuador” de la Titulación de Psicología, siendo Mg. Jhon Remigio Espinoza Iñiguez director del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado o de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

Claudia Sofía Mora Burneo

1103496343

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a los médicos/as y enfermeras, no solo de nuestra localidad sino del país, son ellos quienes representan la razón principal de este estudio y quienes nos formamos en la carrera de psicología estamos arrancando con estos profesionales de la salud, quienes pusieron su confianza en nosotros y nos enseñaron un poquito de su vasta experiencia.

También quiero dedicar, no solo este trabajo de tesis, sino todo este proyecto de vida a mi familia, en especial, a quienes fueron mi guía, ejemplo y puntos de apoyo y aprendizaje, quienes me inspiraron y me llevaron a convencerme de que este era el camino por el cual enrumbaría mi vida.

A ellos y al principal... Dios.

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi gratitud a todos quienes recorrieron conmigo este camino de altos y bajos, de esfuerzos continuos, de paciencia, responsabilidad y disciplina. A Dios en primer lugar, como mi creador y formador, por confiar en mis capacidades plenas en virtud de aquel camino que tiene planeado para mí y por quienes ha permitido estén a mí alrededor.

A mis hijos, Nicolás, Adriana y Emilia, quienes son la razón por la cual entiendo los propósitos de mi vida, quienes me motivan a vivir plenamente, quienes llenan mi vida de generosidad y cariño. Porque gracias a ellos los valores se han convertido en una forma de vida y nada me llenaría más que poder trasmitirlo a todos quienes así lo necesiten.

A mi madre Myrela, mis hermanos Roberto y José Antonio, porque cada uno de ellos me ha dado confianza y apoyo, me han enseñado con su ejemplo la constancia, el esfuerzo, la lucha, el optimismo y el amor. A mi abuelita y madre Susana y mis tías Lorena y Silvia, porque con su ejemplo he seguido este camino con optimismo y fortaleza.

Por último y no menos importante mi agradecimiento va a todos los médicos/as y enfermeras del hospital N.N de la ciudad de Loja por su paciencia, apoyo y confianza, sin ellos este trabajo no hubiese sido posible, en especial a su director el Dr. Nelson Samaniego quien con su apoyo las puertas del hospital me fueron abiertas. Gracias, porque la confianza, la paciencia y disciplina son valores que tienen nombre y apellido, manteniéndose latente y permanente en este nuevo camino, esta nueva aventura y este nuevo amanecer.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | |
|---|------------|
| APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN | ii |
| DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS..... | iii |
| DEDICATORIA..... | iv |
| AGRADECIMIENTO..... | v |
| ÍNDICE DE CONTENIDOS..... | vi |
| CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO..... | 6 |
| 1.1. Estrés..... | 7 |
| 1.1.1. Antecedentes: origen y definición. | 7 |
| 1.1.2. Desencadenantes del estrés. | 8 |
| 1.1.3. Tipos Estresores..... | 10 |
| 1.1.4. Estrés Laboral. | 12 |
| 1.1.5. Moderadores del Estrés..... | 12 |
| 1.1.6. Consecuencias del Estrés | 16 |
| 1.1.7. Medidas preventivas y control de estrés. | 17 |
| 1.2. Síndrome de Burnout..... | 20 |
| 1.2.1. Definición del burnout. | 20 |
| 1.2.2. Delimitación histórica del síndrome de burnout..... | 21 |
| 1.2.3. Poblaciones propensas al Burnout. | 22 |
| 1.2.4. Fases y desarrollo del Síndrome de Burnout. | 23 |
| 1.2.5. Características, causas y consecuencias del burnout..... | 24 |
| 1.2.6. Modelos Explicativos del Burnout. | 27 |
| 1.2.7. Prevención y tratamiento del Burnout | 29 |
| 1.3. Conceptualización de las Variables de Investigación. | 31 |
| 1.3.1. Burnout y la relación con variables sociodemográficas y laborales..... | 31 |
| 1.3.2. El Burnout y la relación con la salud mental | 33 |
| 1.3.3. El burnout y la relación con el apoyo social. | 37 |

| | |
|--|------------|
| 1.3.4. El burnout y la relación con la personalidad..... | 40 |
| 1.3.5. El burnout y el afrontamiento. | 43 |
| CAPÍTULO II: METODOLOGÍA..... | 48 |
| 2.1. Objetivos..... | 49 |
| 2.1.1. Objetivo general | 49 |
| 2.1.2. Objetivos específicos..... | 49 |
| 2.2. Hipótesis | 49 |
| 2.3. Tipo de diseño de investigación | 50 |
| 2.4. Contexto..... | 50 |
| 2.5. Población | 51 |
| 2.6. Instrumentos y técnicas..... | 51 |
| 2.7. Procedimiento experimental..... | 54 |
| CAPITULO III: PRESENTACION DE RESULTADOS..... | 56 |
| CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN | 90 |
| CAPÍTULO V: CONCLUSIONES..... | 95 |
| CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES | 98 |
| CAPÍTULO VII: BIBLIOGRAFÍA | 100 |
| CAPÍTULO VIII: ANEXOS..... | 105 |

RESUMEN EJECUTIVO

La salud física y mental en los profesionales de la salud forma parte fundamental en el bienestar de sus pacientes, ante la falta de eficiencia de éstos investigamos un síndrome llamado Burnout con el objetivo principal de descubrir su incidencia, origen, causas y consecuencias dentro de su ámbito laboral y personal.

La población que se tomó como muestra fue de quince médicos y quince enfermeras del hospital N.N ubicado en la ciudad de Loja dando como resultado final un caso positivo de síndrome de Burnout, el cual manifestó síntomas multidimensionales en el ámbito cognitivo, somático y emocional por lo que se hizo necesario el análisis de la relación entre las variables de salud general, de afrontamiento, de apoyo social y de personalidad con respecto a variable principal de este estudio.

PALABRAS CLAVES: Salud física y mental, burnout, incidencia, origen, causas, consecuencias, población, síntomas, variables.

ABSTRACT

The physical and mental health in the professionals is a fundamental part in the well-being of their patients, in the absence of commitment and efficiency of these investigated a syndrome called Burnout with the aim of discovering its incidence, origin, causes and consequences within their field work and personal.

The people who was taken as a sign was of fifteen doctors and fifteen nurses from the hospital N.N. located in the city of Loja, giving as a result a positive case of Burnout Syndrome, which said multidimensional symptoms in cognitive, somatic and emotional level so it became necessary the analysis of the relationship between the variables of general health coping, social support and personality with respect to primary endpoint of this study.

Key words: Physical and mental health, burnout, incidence, origin, causes, consequences, population, symptoms, variables.

INTRODUCCIÓN

La Universidad Técnica Particular de Loja, en su modalidad de estudios a distancia y a través de la escuela de psicología, planteó el programa de graduación "Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el Ecuador".

Esta investigación recopiló información acerca de los riesgos laborales de carácter psicosocial como es el síndrome de Burnout (desgaste profesional del trabajador), pues ocupa una de las principales causas de enfermedad laboral y absentismo.

En Estados Unidos, el costo estimado del estrés ocupacional es de ciento cincuenta billones de dólares al año (Wright y Smye, 1996). En el Reino Unido se calcula que el costo del estrés asciende cada año hasta el 10% del producto interno bruto, como consecuencia de las enfermedades, rotación del personal y muerte prematura.

Según los datos de la encuesta nacional de condiciones de salud y trabajo en el sistema general de riesgos profesionales realizada por el Ministerio de Protección Social (2007) en Colombia, dos de cada tres trabajadores manifestaron estar expuestos a factores de riesgo psicosocial durante la última jornada laboral completa y un 20% a 33% manifestaron sentir altos niveles de estrés.

La necesidad de estudiar el Burnout (desgaste profesional), está relacionada con el estudio de los procesos de estrés laboral (Gil-Monte y Peiró 1997), ya que se consideró como un problema directamente relacionado con el ambiente de trabajo y fue mencionado como uno de los riesgos psicosociales procedentes de la actividad laboral con influencia en la salud del trabajador.

El objetivo de este proyecto, fue identificar el nivel del Burnout en los empleados de instituciones sanitarias ya que esta población se enfrenta frecuentemente a situaciones de vida y muerte, el trabajo puede ser física y emocionalmente agotador. El estrés laboral que se deriva de este contexto implica el desarrollo de problemas de salud, psicológico y conductuales.

El burnout se compone de tres dimensiones: (1) agotamiento o cansancio emocional definido como fatiga que puede manifestarse física y/o psíquicamente, es la sensación descrita como no poder dar más de sí mismo a los demás; (2) despersonalización como desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras

personas especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo; (3) baja realización personal o logro caracterizado por una dolorosa desilusión para dar sentido a la propia vida y hacia los logros personales con sentimientos de fracaso y baja autoestima. (Álvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991; Apples, 1998; Atance, 1997; Chacón, Vecina, Barón y De Paúl, 1999; García, 1995; Gil-Monte, 1991, 2001; Guerrero y Vicente, 2001; Moreno, Oliver y Aragoneses, 1991; Olmedo, Santed, Jiménez y Gómez, 2001; Tortella-Feliu, 2001; Wright y Bonett, 1997; Yela, 1996).

(Gil-Monte y Peiró, 1997; Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 1998) señalaron que “las respuestas ante el Burnout aparecen cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que suelen emplear los profesionales de la salud”. Este fallo supone sensación de fracaso profesional y en las relaciones interpersonales con los pacientes. En esta situación, la respuesta desarrollada son sentimientos de baja realización personal en el trabajo y de agotamiento emocional. Ante esos sentimientos el individuo desarrolla actitudes y conductas de despersonalización como una nueva forma de afrontamiento. Así, el síndrome de quemarse por el trabajo es un paso intermedio en la relación estrés-consecuencias del estrés de forma que, si permanece a lo largo del tiempo, el estrés laboral tendrá consecuencias nocivas para el individuo, en forma de enfermedad o falta de salud con alteraciones y para la organización.

En estudios realizados respecto a esta temática en lo referente a la prevalencia de Burnout en a nivel de Iberoamérica indicamos los siguiente datos: en los médicos residentes en España fue de 14,9%, del 14,4% en Argentina, y del 7,9% en Uruguay. Los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias entre 2,5% y 5,9%. Por profesiones, Medicina tuvo una prevalencia del 12,1%, Enfermería del 7,2%. Entre los médicos el Burnout predominaba en los que trabajaban en urgencias (17%) e internistas (15,5%). (Grau, A, Flichtentrei, D, Suñer, R, Prats, M, y Braga, F, 2007)

Actualmente el Ecuador a través del Código de Trabajo solicita conocer los factores de riesgos psicosociales entre ellos el Burnout en el diseño del perfil del puesto. Por tal razón la Universidad Técnica Particular de Loja quiso contribuir a la temática iniciando con la identificación del desgaste profesional en los trabajadores de las instituciones sanitarias de nuestro país.

En esta investigación se abordaron temáticas que aporten a nuestro conocimiento, en referencia al burnout, salud mental, apoyo social y el afrontamiento como mediadores, y la personalidad.

El primer capítulo tuvo relación con etiología del estrés, modelos transaccionales del estrés, núcleo del estrés, moduladores del estrés.

El segundo capítulo estuvo fundamentado en la delimitación teórica del Burnout, naturaleza, causas, consecuencias, evolución y síntomas, estrategias de prevención y tratamiento, población de alto riesgo, es decir la visión global del trabajo investigativo.

En tercer capítulo, se analizó las variables que se relacionan con la temática como son las características sociodemográficas y laborales, salud mental, las estrategias o modos de afrontamiento, el apoyo social, y los rasgos de personalidad que podrían estar asociados a un mayor riesgo de desarrollar Burnout.

El diseño de investigación constituye “El plan o estrategia que se desarrolla para obtener información que se requiere en una investigación”. (Hernández. 2006), por lo que debió responder a las preguntas de investigación.

Mediante la investigación pudimos conocer si ha existido el síndrome de Burnout de acuerdo a las sub escalas: agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal en los trabajadores de instituciones sanitarias, salud mental, estrategias de afrontamiento, apoyo social y los rasgos de personalidad.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1. Estrés

Los seres humanos aún no asumen emocionalmente las exigencias de un mundo cada vez más exigente y globalizado donde las demandas superan a la capacidad de la persona que entrega su fuerza productiva, que en muchas ocasiones no está bien remunerada en comparación al esfuerzo que realiza, sin contar el enfrentamiento cotidiano que en el ámbito laboral se da, para sobresalir y lograr mayores beneficios, provocando situaciones desagradables y estresantes.

Al referirse al estrés, Naranjo (2009) ha sido un tema de interés y preocupación para diversos científicos de la conducta humana, por cuanto sus efectos inciden tanto en la salud física y mental, como en el rendimiento laboral y académico de la persona. Provoca preocupación y angustia y puede conducir a trastornos personales, desórdenes familiares e incluso sociales. (p.171).

Estas situaciones estresantes envuelven a las organizaciones, perturbando la tranquilidad de las personas y haciendo deplorable el ambiente laboral, que luego se traslada al entorno familiar y social y a la propia organización, que requiere el mejor rendimiento individual y colectivo. Es horade encontrar alternativas para palear esta angustiosa situación y revertirla en un aspecto positivo donde exista confort.

1.1.1. Antecedentes: origen y definición.

Jiménez (2011) en su tesis de grado expone de una manera sucinta el devenir de la concepción del estrés laboral, de la siguiente manera:

El físico Robert Hooke, en el siglo XVII, describe al estrés como la relación entre la “carga “externa ejercida sobre el objeto y la deformación experimentada por el mismo, dependiendo del resultado de las propiedades estructurales del objeto y de las características de la fuerza externa; este planteamiento realizado desde la física manifiesta el carácter interactivo del concepto. El término estrés se aplica a los seres humanos a partir del siglo XVIII para aludir al estado de resistencia ofrecido frente a las influencias extrañas. (p.16).

Por el año de 1936, Selye introdujo ya el término “estrés” como un síndrome específico constituido por cambios inespecíficos del organismo inducidos por las demandas que se le hacen, y le relaciona también como un trance perturbador, que

afecta a la homeostasis y es desencadenado por distintos factores como las emociones, el esfuerzo, la fatiga, el miedo, el dolor, la pérdida de sangre y los sucesos imprevistos. (pág.17).

En 1989 y tras controvertidas discusiones científicas sobre si el estrés era el estímulo o la respuesta del organismo, los autores Paterson y Neufeld comienzan a considerar el término estrés como un término genérico que hace referencia a un área o campo de estudio determinado.(pág.17).

De acuerdo con Rout (2002)el estrés Es un proceso complejo en el cual el individuo responde a demandas o situaciones ambientales (estresores) con un patrón de respuestas por parte del organismo que pueden ser fisiológicas, conductuales, cognitivas, emocionales o una combinación de estas, al momento de ser interpretadas estas demandas o situaciones como amenazantes. (p.131).

Se entiende que los estresores son vivencias que de alguna manera marcan la vida de las personas, son eventos vitales, inolvidables, muy adheridos a los sentimientos, como, contraer nupcias, muerte de un cónyuge, dar por terminado la relación matrimonial, etc.; o pequeños incidentes que pueden ocurrir en la cotidianidad de la vida diaria, como llegar tarde a un compromiso, porque se descompuso el vehículo, etc.

El estrés laboral es parte consustancial de las sociedades grandes, donde están sometidos a elevados niveles de exigencia, provocando la alteración del entorno laboral, por la saturación física o mental de los trabajadores, lo que genera diversas consecuencias que pueden afectar a su salud. El estrés constituye una condición a la que todos los seres humanos se ven expuestos en alguna circunstancia de su vida.

1.1.2. Desencadenantes del estrés.

El origen del estrés puede considerarse como de naturaleza externa o interna. Cuando los agentes externos o ambientales son excesivamente fuertes, hasta los individuos mejor capacitados pueden sufrir estrés. Cuando alguien es muy frágil psicológicamente, aún los agentes estresantes más ligeros le afectan de modo considerable.

Según el material de Melgosa(2000), la interacción con otras personas puede convertirse en una importante fuente para desencadenar situaciones de estrés, también lo contrario; estar solo es altamente estresante dependiendo de las

circunstancias. Según este autor las ocupaciones con elevado nivel de estrés se dan en el controlador aéreo, en el piloto, el médico, la madre de niños pequeños, el maestro, el empresario, entre otros. (p.151).

Los **factores medio ambientales**, contribuyen a una mayor o menor cantidad de estrés, situación que puede evitarse haciendo cambios en la forma de vida, como manteniendo agradable el lugar de trabajo, cuidar un jardín bonito, respirar aire puro, lo que depende del lugar donde se encuentre la persona.

Otro factor que se debe considerar para tener ese ambiente agradable y tranquilo tanto en el trabajo como en la casa es el control de los ruidos desagradables que provocan un elevado nivel de estrés, así lo manifiesta Brannon y Feist (2001) “el ruido se considera un tipo de contaminación (acústica) ya que resulta nocivo”.

Lo que para algunas personas un sonido puede representar música, para otras puede resultar estresante, desagradable, proclive a alterar los estados de la salud de las personas, quienes están expuestas a sonidos fuertes pueden presentar náuseas, dolores de cabeza, dolor de oído, etc., provocando agresividad o mal humor.

Siguiendo a las autoras de la tesis, Solórzano (2012) dentro de los **factores hormonales** se señala a la pubertad como la etapa de la vida en la que los cambios hormonales son causas de que se produzca el estrés, pues si se operan cambios en el cuerpo del adolescente; si sus órganos sexuales comienzan a funcionar y nuevas hormonas comienzan a ser segregadas. (p.4)

Una vez que la mujer ha pasado por la pubertad, su cuerpo ha sido diseñado para trabajar mejor en la presencia de hormonas sexuales femeninas, lo que constituye una fuente importante de estrés. En muchas mujeres el estrés causado por la disminución de hormonas, es suficiente para causar un episodio de sobre-estrés temporal y es conocido como síndrome pre-menstrual. Igual cosa sucede en el período de postparto, aborto y menopausia.

Dentro del **estrés alérgico**, Solórzano (2012) consideran el cuadro de angioedema, caracterizado por la infiltración edematosa de la dermis y/o submucosa según su localización, con tumefacción y aumento de tamaño de la zona involucrada, presente también en forma similar en los cuadros de urticaria, todo lo cual provoca estados

depresivos que pueden tener serias complicaciones tanto en el familia como en el trabajo. (p.7)

Al respecto Peiro (1999) sostiene que “el fenómeno conocido como estrés se produce cuando hay un desajuste entre los requisitos del puesto de trabajo en las organizaciones y las posibilidades de rendimiento de cada sujeto, debido a demandas inadecuadas, cuando no existen demandas concretas, pero sí una alta motivación hacia el rendimiento mediante incentivos en función del trabajo realizado; o, a factores individuales”. (p.15)

Cuando la persona no es apta para desarrollar su tarea, ya sea por falta de conocimiento o porque no posee las habilidades suficientes, el trabajo se convertirá en una fuente de frustración, desencadenando estados estresantes. La búsqueda de una adecuación justa permitirá evitar problemas posteriores de salud, bajas laborales, rendimiento inadecuado e insatisfacción generalizada en el trabajo.

Siguiendo el estudio de Peiró (1999): “la realidad laboral es muy variada, pero lo que es indiscutible que la mayor parte de las personas dedican una buena parte de su vida en actividades laborales, y en su previa preparación. Los factores estresantes son por tanto muy diversos según el tipo de trabajo que realice cada persona, y además es necesario considerar el contexto en el que un determinado trabajador se encuentre. De todas formas, aun con la complejidad se puede realizar la agrupación de dichos desencadenantes”. (p.13).

1.1.3. Tipos Estresores

Según Lazarus & Folkman (1986), “existen características que determinan el que una situación devenga como estresante, entre ellas se destacan: el cambio o novedad, la falta de información, la no predictibilidad, incertidumbre, ambigüedad, inminencia, duración y significación para la persona, entre otras” (p.245). Al igual destacan las condiciones biológicas del organismo y la carencia de habilidades para hacerle frente:

Los estresores en los que afianza el estrés, pueden aparecer el rato menos pensado siempre y cuando encuentren el escenario que provoca dicho estado; pueden ser de tipo biogénico o psicosociales, que tienen su origen tanto de estímulos externos a la propia persona como de aspectos internos. Los estresores internos pueden ser estímulos de características físicas, como la sensación de malestar por mala

digestión, el dolor producido por una herida, una enfermedad; o de características más cognitivas como el recuerdo de una situación desagradable, pensamientos sobre la propia inutilidad o lo difícil que puede ser el futuro inmediato, sentimientos de culpa, ambiciones no conseguidas. (p.246).

Los estresores externos pueden tener su origen en aspectos físicos como la temperatura ambiental extrema, ruido o la luz intensa; o implicar aspectos cognitivos, por ejemplo: ver que dos personas hablan en voz baja y de vez en cuando lo miran y se ríen. Aunque funcionan como estresores tanto los aspectos físicos como los cognitivos, estos últimos son más frecuentes e importantes. (p.247).

En la revista On Line Temas laborales Chaparro (2004) afirma que “para identificar los factores desencadenantes y consecuentes, es necesario tener en cuenta el contenido y las condiciones del trabajo, el tipo de contrato, las relaciones sociales en la empresa, la salud, el bienestar y la productividad, de esta manera se entiende que los individuos son vulnerables dentro de cualquier contexto en el que se desenvuelven”. (p.197)

Los estresores localizados en los estudios realizados, se ajustan a la clasificación de Peiro, (1999) y aparecen contextualizados. Una vez clasificados, se agrupan en:

- 1) **Estresores del ambiente físico:** Aspectos del ambiente físico de trabajo que pueden desencadenar experiencias de estrés laboral: el ruido, la vibración, la iluminación, la temperatura, la humedad, etc.
- 2) **Demandas del propio trabajo:** La propia actividad laboral puede presentar fuentes del estrés como el turno de trabajo, la sobrecarga de trabajo o la exposición a riesgos, etc.
- 3) **Los contenidos del trabajo:** También potenciales desencadenantes del estrés laboral como la oportunidad de control, el uso de habilidades que permite la realización de las tareas, el feedback que se recibe por la propia ejecución del trabajo, la identidad de la tarea y la complejidad del propio trabajo.
- 4) **El desempeño de roles:** El conflicto, la ambigüedad y la sobrecarga de rol.
- 5) **Las relaciones interpersonales y grupales:** Entre ellas se menciona a las relaciones con los superiores, con los compañeros, subordinados, clientes, etc.
- 6) **El desarrollo de la carrera:** Se mencionan estresores como la inseguridad laboral, las diferentes transiciones de rol, las situaciones de las distintas etapas de desarrollo, las promociones excesivamente rápidas o las demasiado ralentizadas, etc.

- 7) **Nuevas tecnologías:** Son también fuentes potenciales de estrés los problemas de diseño, de implantación y de gestión de esas tecnologías.
- 8) **Estructura o del clima organizacional:** Pueden resultar estresantes una excesiva centralización o un clima muy burocratizado o de poco apoyo social entre los miembros de la organización.
- 9) **Relaciones entre el trabajo y otras esferas de la vida:** Como la vida en familia y las demandas conflictivas entre la actividad laboral y los roles familiares. (p.198).

1.1.4. Estrés Laboral.

“El estrés laboral es un cumulo de fenómenos que experimentaría el trabajador con el acompañamiento de situaciones tensionantes generados directamente del trabajo afectando así la salud emocional o física del trabajador”. Medrano (2011).

Dicho autor, señala que cuando la fuente de la tensión emocional y física proviene de la misma organización, ya sea por problemas externos, afectando las condiciones laborales también se podría dar por crisis netamente organizacional como son abuso de trabajo, autoritarismo, acoso laboral o crisis comunicacionales. (parr.3).

El estrés laboral, en algunas ocasiones provocado por problemas en el trabajo, falta de comunicación o conflictos estructurales, será el motivo para que los trabajadores tomen la decisión de cambiar de ambiente de trabajo, lo que puede ocasionar un perjuicio a la organización, al propio trabajador; o, bien, convertirse en una decisión acertada que permitirá al trabajador sentirse más relajado y alcanzar un eslabón más en su proceso de realización personal

La sociedad hoy en día, afronta un serio problema derivado del estrés laboral, lo que perjudica no sólo a los trabajadores al provocarles incapacidad física o mental en el cumplimiento de sus actividades cotidianas, sino también a las organizaciones. Al producirse el desequilibrio entre las demandas profesionales y la capacidad del sujeto, se genera una serie de fenómenos en el organismo de la persona en el que participan los estresores.

1.1.5. Moderadores del Estrés

En base a criterios expresados por Basabe (s.f.) los moderadores son todos los factores que influyen en la relación que se da entre las circunstancias en las que sitúa la persona y sus

consecuencias sobre la salud, enfermedad y calidad de vida, están constituidos por variables tanto del medio ambiente como del propio individuo que no están en relación directa con la respuesta de estrés, pero que actúan como condicionantes.

Zaldívar (2002), comenta que los factores de riesgo son los aspectos personales o situaciones en la vida de los individuos que están asociadas con un aumento en la probabilidad de sufrir los efectos del estrés y enfermar. Los factores protectores son aquellas características personales o elementos del ambiente, o la percepción que se tiene sobre ellos, capaces de disminuir los efectos negativos que el proceso de estrés puede tener sobre la salud y el bienestar. (párr.4-5).

Otros autores se refieren a los factores moderadores “son procesos benéficos que potencian el polo positivo del trabajo, permiten la recuperación de la fuerza de trabajo a través del consumo simple y ampliado produciendo salud, bienestar, vida y desarrollo”. Tenezaca & Valverde 2014, p.56).

Estos factores, disminuirían la vulnerabilidad y la probabilidad de enfermar, al aumentar la tolerancia ante la carga negativa producida por el estrés. Estos factores están caracterizados por tener una dirección sea positiva o negativa, la que es requerida en la valoración del nivel de vulnerabilidad.

Según la visión de Zaldívar (2002) los factores moderadores pueden describirse de la manera siguiente:

Estilo de Vida: de una manera genérica, el estilo de vida comprende todos aquellos patrones cognitivos, afectivos, emocionales y conductuales que muestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos consistentes y que pueden constituirse en factores de riesgo o seguridad, dependiendo de su naturaleza. (párr.7).

Un estilo de vida saludable es una fuente de energía positiva y un importante factor en la configuración del perfil de seguridad, por lo que existe una estrecha relación entre el estilo de vida que las personas evidencian y el estado de salud y/o enfermedad, está vinculado a los comportamientos que menguan los riesgos de enfermar, entre los que se cuenta: buen régimen de ejercicios, sueño y distracción; correcta distribución y aprovechamiento del tiempo; adecuado control y tratamiento de las emociones y tensiones de carga negativa, control y abuso de sustancias como la cafeína, nicotina y alcohol, etc.

El control: de acuerdo a Zaldívar (2002), al tener algún control sobre las situaciones o eventos estresores, aumenta el grado de tolerancia al estrés y reduce la severidad de sus efectos negativos. Existen personas que tienen una baja capacidad de control del medio, lo que se convierte en un determinante para ser más vulnerables en su afrontamiento a los eventos estresores. (párr.12).

Las personas que tienen un alto nivel de control, se pueden enfrentar a situaciones problemáticas, encontrando soluciones oportunas; se convierte en el baluarte del grupo, son de decisiones firmes y con un elevado grado de autoestima, son en general buenos trabajadores y la organización confía en su capacidad, otorgándoles un buen grado de confianza.

Autoestima, “el autoestima es el juicio personal de valía, que es expresado en las actitudes que el individuo adopta hacia sí mismo”. Zaldívar (2002). Existe cierta coincidencia en cuanto a la relación entre el nivel de autoestima y la tolerancia al estrés; que determina la incidencia que tiene la autoestima con algunas de las situaciones que tienen las personas con su ambiente y la respuesta a las situaciones desencadenantes del estrés. El nivel de autoestima del sujeto, es importante a la hora de dar respuesta y de afrontar situaciones de estrés. (párr.9)

El afrontamiento: “es una actitud del individuo, ante los problemas y situaciones estresoras que lo lleven a buscar, en cada caso, aquella manera de afrontarla de la forma más realista de acuerdo con las demandas de ajuste que se requieran”. (Zaldívar, 2002, párr.15)

Por lo que frente a situaciones negativas, se debe buscar mecanismos de defensa clásicos, como ciertas conductas o estrategias para enfrentar los estados emocionales que; trabajan en la solución de problemas, disminuyendo la aceleración fisiológica, etc.

Las principales funciones del afrontamiento son: a) intentar la solución del problema; b) regular las emociones; c) proteger la autoestima; d) manejar las interacciones sociales. (Zaldívar, 2002, párr.16).

Un tipo de afrontamiento puede corresponder a un problema o puede estar centrado en una emoción, situación determinante en la vulnerabilidad y las posibilidades de enfermar. Aquí la persona debe desarrollar una actitud ante los problemas y situaciones negativas que lo

lleven a buscar, en cada caso, aquella manera de afrontarla de forma positiva, real, y acorde a las demandas de satisfacción personal.

Apoyo social: el apoyo social es un importante pilar dentro de los factores de afrontamiento, así se menciona que “actúa como un importante modulador del estrés, su presencia y su percepción aumenta la sensación de control y dominio ante situaciones estresoras, ofrece una guía y orientación para la acción, contribuye a identificar recursos personales y sociales y ofrece retroalimentación sobre conductas que mejoran la competencia personal“. Zaldívar, 2002, párr.18).

Es indudable que el apoyo social tiene un gran valor, los contactos sociales se constituyen en un elemento protector para la persona, sobre todo cuando la persona está atravesando situaciones negativas, angustiosas y se hace necesario que se minimice la percepción de amenaza. El apoyo social aumenta la sensación de control y dominio ante situaciones estresantes.

Fortaleza personal: en el concepto de fortaleza personal, se consideran aspectos tales como: grado de compromiso que los sujetos asumen con lo que emprenden, la tendencia a evaluar las dificultades como reto, como algo que pone a prueba sus capacidades y no como una amenaza; el sentimiento de control sobre las propias circunstancias y la tendencia a enfocar los problemas de forma realista y con optimismo, centrado en la acción y la búsqueda de alternativas variadas de posibles soluciones.(Zaldívar, 2002, párr.20).

A criterio del autor que se lo está siguiendo es importante la fortaleza personal en la tolerancia al estrés; en la fortaleza personal, se consideran aspectos tales como: la tendencia a evaluar las dificultades como reto, el control sobre las propias circunstancias y la tendencia a tratar los problemas de forma realista y con optimismo, grado de compromiso que los sujetos asumen con lo que emprenden, poner a prueba sus capacidades y no como una amenaza; centrado en la acción y la búsqueda de alternativas variadas de posibles soluciones, etc.

El perfil de seguridad lo integra la composición de factores protectores: estilo de vida saludable; sentimiento de control; autoestima positiva; estilo de afrontamientos; red de contactos sociales que posibiliten la percepción de disponer de los apoyos necesarios; fortaleza personal; La tenencia de un sistema de valores.

La tenencia de todos estos factores, no significa que la persona no tenga un perfil de seguridad, lo importante es la tener optimismo, con el cual se expresa estos factores, ser negativo significa tener un perfil de riesgo. Acrecentar la resistencia al estrés, equivale al incremento de los factores protectores y la reducción de la vulnerabilidad, por lo que cualquier esfuerzo en este sentido vale la pena.

1.1.6. Consecuencias del Estrés

Las consecuencias que desencadenan el estrés, expuestas por Rodríguez (2002) con las que se coincide, son las siguientes:

Efectos Fisiológicos:

- Aumento de la tasa cardiaca, la presión arterial, la sudoración, del ritmo respiratorio, la tensión muscular, así como de los niveles de adrenalina y noradrenalina.
- Incremento de los niveles de azúcar en la sangre.
- Disminución del riego sanguíneo periférico y de la actuación del sistema digestivo.
- Incremento del metabolismo basal, del colesterol y liberación de ácidos grasos en la sangre.
- Aumento de los niveles de corticoides.
- Inhibición del sistema inmunológico. Dificultad para respirar.
- Sensación de nudo en la garganta. Sequedad en la boca. Dilatación de las pupilas.

Efectos Cognitivos:

- Preocupaciones.
- Dificultad para la toma de decisiones.
- Sensación de confusión. Incapacidad para concentrarse.
- Dificultades para dirigir la atención.
- Sentimiento por falta de control.
- Estrechamiento de la atención.
- Desorientación.
- Olvidos frecuentes.
- Bloqueos mentales.

- Hipersensibilidad a la crítica.

Efectos Motores:

- Hablar rápido.
- Temblores.
- Tartamudeo.
- Voz entrecortada.
- Imprecisión.
- Precipitaciones.
- Explosiones emocionales.
- Predisposición a accidentes.
- Consumo de drogas (psicofármacos, alcohol, café).
- Comer en exceso o inapetencia. Bostezos.
- Trastornos del sueño. (p.12-13).

Si la persona se somete a entornos estresantes, no quiere decir que es algo malo y que necesariamente va a desencadenar situaciones negativas. Cuando las respuestas de estrés son consecuencia de innumerables estímulos o situaciones ambientales y son excesivamente intensas, frecuentes y duraderas, pueden producir una variedad de trastornos fisiológicos en el organismo.

1.1.7. Medidas preventivas y control de estrés.

En el terreno de las organizaciones las estrategias para la disminución del estrés laboral deben tomar en cuenta la cultura de la propia organización, en función del nivel arquitectónico, valores y presunciones básicas que operan en la misma.

Seguendo a Rodríguez (2002) deben evaluarse variables que puedan influir en el comportamiento de las personas y grupos que se desarrollan en una organización tales como: estilos de dirección, liderazgo, comunicación organizacional e interpersonal, clima socio psicológico, estilos de solución de conflictos, distribución de funciones, organización y diseño de los puestos de trabajo, satisfacción laboral, motivación, entre otras. Se proponen algunas estrategias. (p.14).

- Análisis de los puestos de trabajo, que establezcan las exigencias del mismo y por consiguiente encuentren los efectos negativos del trabajo sobre el hombre que desempeñará esas funciones, entre ellos el estrés laboral.
- Sistemas de selección de personal que tomen en cuenta los efectos negativos de la relación del hombre con su actividad laboral, que permitan escoger personas menos vulnerables al estrés, que se caractericen por la flexibilidad en la comunicación y manejo de los conflictos, o en su defecto, detectar la vulnerabilidad de estas personas.
- Programas de capacitación en competencias laborales y sociales para potenciar y fortalecer a los miembros de la organización.
- Promover y tomar en cuenta las habilidades necesarias para asumir los distintos cargos y dar seguimiento a quienes los ocupan, previendo los posibles estresores.
- Evaluaciones permanentes a las personas que ocupan puestos capaces de generar efectos negativos.
- Tener en cuenta factores o grupos de riesgos tales como: embarazadas, personal de edad avanzada, que hayan padecido enfermedades.
- Implementar entrenamientos, y/o sesiones de relajación antes, durante y después de la jornada laboral, proponer y facilitar la realización acciones para el uso del tiempo libre y desarrollo de adecuadas relaciones interpersonales.

La teoría psicológica marxista del desarrollo de la personalidad, según dicho autor, “la organización por sí sola, aun implementando las mejores acciones para la disminución del estrés, no tendrá resultado feliz si el individuo no se compromete y establece nuevos estilos de vida que le permitan asumir el reto de aprender a manejar el estrés”, por lo que es importante proponer vías para el enfrentamiento individual. (p. 15-17).

El estrés entonces se lo enfrenta desde dos perspectivas: la individual y la organizacional, en las que las variables no son estáticas y están sujetas a la explicación del funcionamiento de ellas en la organización y al comportamiento de los individuos que operan bajo los efectos de las mismas.

Estrategias de intervención a nivel personal.

El autor Rodríguez (2002) expone algunas estrategias de intervención a nivel personal y estrategias para encontrarse uno mismo, las que se las sintetiza así:

- El trabajo debe, antes que todo, darnos satisfacción y tener objetivos viables para cada persona.
- Debe hacer balance entre lo que cada quien procura para sí y lo que procura para los demás.
- No ser perfeccionista. Si alguien tiene impulsos perfeccionistas, debe adoptar una actitud de continuo desengaño ante esta utopía fatalista.
- Recordar que todos somos diferentes y que aquello que funciona para otros no necesariamente funciona para uno.
- Hay que optar por el camino de la simplicidad, pues resulta más fácil enfrentarse con las vicisitudes de la vida si evitamos las complicaciones innecesarias.
- Preguntémonos si nuestros problemas son en realidad críticos.
- Pensar positivamente, vivir en forma negativa, bajo un criterio trágico produce muchas zozobras.
- No postergar enfrentarse a problemas molestos, vale más sumergirse en ellos para obtener lo mejor que sea posible, que estar a la expectativa. (p.16).

Estrategias para encontrarse uno mismo

- Evite estar demasiado tiempo rumiando sus problemas personales, magnificándolos y cayendo en un círculo de autocompasión.
- Sea consciente de las causas de sus sentimientos de soledad, aprenda a identificar su raíz causal antes de que estos ocurran.
- Sea agresivo en su actitud ante la vida involúcrese en algo emocionante y constructivo.
- Evite caer en sentimiento de vacío y temor ante el futuro. Identifique y dele las perspectivas oportunas a cada temor, pues la incertidumbre es el enemigo oculto.
- Aprenda a recompensarse, por lo general somos generoso para los demás, pero para nosotros mismos.
- Haga algo por ayudar a otra persona. Ponerse al servicio de otro pues genera le ayudará a salir de sus propios problemas, los sacará de su mente.
- Comprométase en actividades físicas, el ejercicio es sumamente terapéutico pues genera sentimientos placenteros que inciden en su estado de ánimo.
- Busque personas que deseen escucharle o ayudarle, evite aquellas que resaltan sus frustraciones y promueven su hundimiento.
- No realice nada que le haga sentir peor.

- Sea su propio amigo y así tendrá un amigo toda la vida. Si usted se aprecia lo demás lo apreciarán, si se ama los demás lo amarán. (p.16-18).

1.2. Síndrome de Burnout.

Respecto a la delimitación conceptual del síndrome de burnout, no existe una definición unánimemente aceptada. Un estudio de revisión conceptual realizado por Gil-Monte (1997), confirma esta diversidad de definiciones y la confusión existente como consecuencia, a la hora de tratar sobre este constructo como objeto de conocimiento. A pesar de ello, existe consenso en considerar que este síndrome aparece en el individuo como una respuesta al estrés laboral crónico. (p.35)

1.2.1. Definición del burnout.

El Síndrome de Burnout, Gil-Monte & Peiró (1997) lo definen “como una respuesta al estrés laboral crónico que lo integran actitudes y sentimientos negativos dirigidos a las personas con las que se trabaja y el propio desempeño profesional que se orienta por una la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta situación es propia de las profesiones de servicio sanitario, pero no se limita sólo a ellas”. (p.19).

El término burnout hasta hace poco era ignorado es ahora cuando está recobrando notoriedad, aunque no existe una claridad y precisión conceptual. Pese a ello, se puede reconocer una serie de características comunes en distintas definiciones revisadas, prevaleciendo en todas la importancia que tiene seguir estudiando el tema para proponer alternativas paliatorias para este sector de la sociedad que padece este síndrome. (p.20).

Entonces, el síndrome de Burnout o también llamado el síndrome del trabajador quemado, está relacionado al estrés crónico laboral que denota un estado de fatiga física, emocional y mental. Quienes lo padecen muestran despersonalización hacia los demás y cansancio extremo, acompañado de un vacío interior el cual ocasiona bajo rendimiento y realización personal.

Zapf (2002) hizo estudios empíricos sobre Burnout, aportó criterios conceptuales, realizó una meta-análisis y encontró que las emociones negativas en el trabajo combinadas con los problemas organizacionales estaban asociadas con altos niveles de Burnout. Desde su punto de vista teórico, analiza aspectos tales como la

regulación automática de las emociones, el comportamiento “superficial” y el comportamiento “profundo”. (p.238).

Este autor considera que conceptos con las emociones y el requerimiento de ser sensibles a las emociones de otros pueden tener efectos positivos y negativos, y que el control y apoyo social moderan las relaciones entre las variables de emociones en el trabajo, Burnout y satisfacción laboral.

Siguiendo a Zapf (2002) las manifestaciones frecuentes los síntomas emocionales en ocasiones se expresan mediante comportamientos y conductas que dejan mucho que decir, porque son alteraciones de conducta y conducen a un ausentismo laboral, abuso de alcohol, consumo de otros tóxicos, etc., sin descartar la presencia de síntomas psicosomáticos, como insomnio, trastornos gastrointestinales y cefaleas. (p.240).

1.2.2. Delimitación histórica del síndrome de burnout.

Cialzeta (2013) en su tesis de maestría en salud pública, analiza en forma concreta cómo se fue introduciendo el estudio del síndrome de Burnout, así se refiere: “el síndrome de agotamiento profesional, cuyo término en inglés es burnout, fue definido por primera vez por el psicólogo clínico Herbert J. Freudenberger en 1974 como un conjunto de síntomas inespecíficos médico-biológicos y psicosociales, que se desarrollan en la actividad laboral”. (p.32).

En esa misma época, se buscaba respuestas emocionales entre las personas que trabajaban con los profesionales de ayuda y es en 1977, en el Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicólogos, el término se utiliza en personas que trabajan en los sectores de servicios humanos, profesionales de la salud y de la educación, bajo condiciones difíciles, en contacto directo con los usuarios. Este término era empleado entonces por los abogados californianos para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad y desinterés clínico entre compañeros de trabajo.

Cialzeta (2013) menciona que con Maslach (1981) adquiere gran importancia el estudio de este síndrome siendo significativos los diferentes aportes conceptuales a la comprensión. El término Burnout tiene una perspectiva tridimensional, caracterizada por: 1) agotamiento emocional (AE); que se manifiesta por la pérdida progresiva de energía, cansancio y fatiga; 2) despersonalización (DP), identificada

por un cambio negativo de actitudes y respuestas hacia los demás con irritabilidad, y 3) falta de realización personal en el trabajo (RP), con respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo. (p.33).

En 1982 se realizaron una de las definiciones más aceptadas y utilizadas por los distintos autores para la realización de sus investigaciones: una “respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico, cuyos rasgos principales son: agotamiento emocional, despersonalización y un sentimiento de inadecuación a las tareas que ha de realizar”. Con estos elementos se tuvieron elementos de juicio para elaborar el Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS), dirigido a los profesionales de la salud. (p.34).

Lo que quiere decir que síndrome de Burnout o de agotamiento profesional, en su forma clínica, fue descrito por primera vez en 1974, apareciendo una definición clara y que es posible describirla como un estado de frustración que se produce por dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce lo que se espera, lo que se desea, es necesario acotar que fenómeno aparece en los Estados Unidos, como sinónimo al desgaste o sobrecarga profesional de los trabajadores.

1.2.3. Poblaciones propensas al Burnout.

El autor Freudenberger (1974) que fue quien desde un enfoque clínico empezó por interesarse por las personas que se dedicaban a un servicio a favor de los otros, estaban en riesgo de caer en un estado de fatiga respecto a su devoción a una causa, tales como:

Organizaciones, centros de salud, como hospitales, clínicas, etc., en condiciones mezquinas con falta de equipos adecuados para ejercer la profesión, presión social o política en el caso de instituciones públicas, los profesionales se verán afectados notablemente en su rendimiento; si a eso se suman circunstancias personales difíciles y condiciones de trabajo, género, factores personales, edad etc., propiciarán el apareamiento del síndrome.

El síndrome de burnout, se da entre individuos que trabajan con personas principalmente. El estudio del estrés laboral o mejor dicho del síndrome de burnout, en el entorno sanitario abarca los distintos estamentos o categorías profesionales, así como diversas unidades o servicios de cuidados. De entre estas últimas, cuentan:

- las unidades de Cuidados Intensivos (UCI),

- tecnificación del ambiente laboral,
- eventos críticos,
- gravedad de los pacientes a atender,
- contacto estrecho con la muerte, etc. Ríos (2008).

El síndrome de burnout tiene sobre la salud física y psicológica y son susceptibles al suicidio, adicción al alcohol y abuso de drogas. Se caracteriza principal es que presentan niveles altos de síntomas psicológicos con fuertes dosis de ansiedad, síntomas depresivos, etc.

1.2.4. Fases y desarrollo del Síndrome de Burnout.

Maslach & Jackson (1979) conceptualizando el constructo de “estar quemado” consideran al burnout como un proceso continuo con diferentes fases:

- 1) El cansancio emocional**, definido como desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga, que puede manifestarse física o psíquicamente o bien como una combinación de ambos aspectos. Es la sensación de estar sobrepasado y “seco” emocionalmente a causa del contacto directo con otras personas.
- 2) La despersonalización**, que pone de manifiesto un cambio negativo en las actitudes y respuestas hacia otras personas, pudiendo llegar a ser insensible e incluso cruel, especialmente con los beneficiarios de los servicios o cuidados del individuo, acompañado de un incremento en la irritabilidad y una pérdida de la motivación hacia el trabajo.
- 3) La pérdida de logro o realización personal**, donde se implica una disminución en la propia sensación de competencia y desempeño exitoso del trabajo que se realiza con otras personas, surgiendo una serie de respuestas negativas hacia uno mismo y hacia el propio trabajo, como baja moral, evitación de las relaciones interpersonales profesionales, incapacidad para soportar la presión, baja productividad y una pobre autoestima.

Estos autores, consideran que el “estar quemado” es un concepto multifacético; las tres fases del síndrome son consideradas conceptualmente distintas: el cansancio emocional conducirá a un sentimiento de disminución de la realización personal, solamente si la despersonalización interviene como variable moduladora. La secuencia del fenómeno se iniciaría con el cansancio emocional, al que el individuo reaccionaría aislándose mediante la despersonalización ejercida con los pacientes,

perdiendo su compromiso con el trabajo y aumentando su agotamiento, desembocando en una disminución de la realización personal y llegando al síndrome “estar quemado”. (p.111)

Considerando las opiniones de Gil-Monte y Peiró (1997) “el estar quemado como proceso, se supone una interacción entre aspectos emocionales, afectivos (cansancio emocional y despersonalización) y aspectos cognitivos (realización personal). Estas variables generarían una relación antecedente - consecuentes en el proceso del estrés laboral que lo diferenciarían de otras respuestas como la ansiedad, la depresión, la hostilidad o las somatizaciones, consideradas como propias de estados del individuo. (p.38).

Los profesionales que tienen un alto sentido social, que les interesa a parte de su realización personal ayudar a solucionar problemas sociales revestidos de solidaridad, llegan con grandes expectativas de servicio, de darse a los demás, es decir están motivados, estas personas con toda seguridad entregan lo mejor de su vida, de sus conocimientos traducidos en bien común.

1.2.5. Características, causas y consecuencias del burnout.

“El burnout, conocido también como el Síndrome del trabajador quemado, es una patología severa relativamente reciente. Se trata de un trastorno emocional provocado por el trabajo que trae consigo consecuencias físicas y psicológicas. Además, es uno de los principales responsables de las bajas laborales”. (Universia, 2015, párr.7).

1.2.5.1. Características.

Como características del síndrome de burnout, hay coincidencias en señalar las propuestas por Byrne (1994), las que se traducen en las siguientes:

- **Agotamiento o cansancio emocional:** con indicios de frustración, fatiga o falta de energía. En esta fase de cansancio o agotamiento emocional se tiene las siguientes consecuencias: desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga tanto física como psíquica.
- **Despersonalización:** con actitudes negativas, irritables, distantes y despectivas hacia el resto de personas, muchas veces se observa también absentismo

laboral. Se presente pérdida de la motivación hacia el trabajo, lo que determina otras consecuencias como enfermedades, cambios conductuales, etc.

- **Baja realización personal:** traducido como la desvalorización personal y laboral, comienza a presentar respuestas negativas, baja autoestima, baja productividad, como si fuera el resumen de todas las fases presentadas anteriormente.
- **Irritabilidad y pérdida de la motivación hacia el trabajo.** demuestra un carácter muy especial, generalmente negativo, que se detecta en el trato a las personas a quienes atiende, compañeros de trabajo, directivos, etc. (p.167).

Es necesario actuar con prontitud y en forma oportuna cuando el trabajador evidencia malos modales hacia otras personas traducidos en agotamiento físico y mental, falta de motivación por las tareas, cambios de comportamiento, que pueden traducirse en malos modales hacia los demás, ya que lo más probable es que esté padeciendo el síndrome de burnout, por lo que habrá que revisar si las jornadas laborales son muy extensas o la diferencia entre la realidad que presenta la profesión medida en comparación con la idealización que se tenía de la misma.

1.2.5.2. Causas.

El escenario del trabajo es compartido también con el plano familiar, ocasionando cambios de conducta, agresividad, problemas de relación con los hijos, padres, etc. Los factores de tensión se agrupan así:

- a) Factores relacionados con el trabajo,
- b) Factores externos o no relacionados con el trabajo y
- c) Características individuales o personales.

Entre los factores externos y/o individuales se han reconocido a la edad, el sexo o género, el estado civil, el puesto de trabajo (categoría), el turno laboral, etc. Gil-Monte (1998). Son relacionados con la labor, conducen a la tensión, sin embargo, las características personales influyen como moderadores o desencadenadores sobre los efectos fisiológicos que puede o no sufrir una persona.

Este aspecto es a lo que Gil-Monte (1998) refieren como “estrategias de afrontamiento” y menciona, que cuando estas estrategias fallan o son inadecuadas, se puede desencadenar en la persona una serie de síntomas propios del desgaste emocional que está viviendo, (p.125)

Estudios realizados “determinan que existen diversas causas que pueden provocar el Burnout, sobre todo cuando las situaciones se presentan por prolongados períodos de tiempo”. (Universidad Andorra 2015, párr.12-13)

- **Puestos relacionados con atención al público, clientes o usuarios:** al estar en contacto con público, clientes o usuarios, el trabajador recibe constantemente quejas y situaciones de problemas que debe resolver, situación que por lo general ocasiona elevados niveles de estrés, por lo cual termina “contagiándose” del humor de los clientes insatisfechos.
- **Gran nivel de responsabilidad:** “se da en puestos laborales donde el trabajador tiene demasiada responsabilidad sobre la tarea o requiere gran concentración, ya que un mínimo error puede tener consecuencias desastrosas sobre el trabajo. Un ejemplo es el personal médico, quienes están trabajando con la salud y el bienestar del paciente”.
- **Jornadas laborales o "turnos" demasiado extensos:** una de las causas más frecuentes y que puede aumentar drásticamente la posibilidad de sufrir Burnout tiene que ver con las jornadas de trabajo interminables, con turnos de más de 10, 12 horas.

1.2.5.3. Consecuencias.

“El trabajador se va viendo afectado poco a poco en su salud, debido a la exposición a unas determinadas condiciones de trabajo que no le resultan controlables, a pesar de poner en juego todos sus recursos personales”. Mansilla Izquierdo (2015). Los síntomas de burnout de acuerdo los agrupa en físicos, emocionales y conductuales:

- **Síntomas físicos:** malestar general, cefaleas, fatiga, problemas de sueño, úlceras u otros desórdenes gastrointestinales, hipertensión, cardiopatías, pérdida de peso, asma, alergias, dolores musculares y cansancio hasta el agotamiento y en las mujeres pérdida de los ciclos menstruales.
- **Síntomas emocionales:** se da cierto distanciamiento afectivo como forma de autoprotección, disforia, aburrimiento, incapacidad para concentrarse, desorientación, frustración, celos, impaciencia, irritabilidad, ansiedad, vivencias de baja realización personal y baja autoestima, sentimientos depresivos, de culpabilidad, de soledad, de impotencia y de alineación. Predomina el agotamiento emocional, lo que lleva a deseos de abandonar el trabajo y a ideas suicidas.

- **Síntomas conductuales:** se padece de una conducta despersonalizada en la relación con las demás personas, afecta los aspectos de absentismo laboral, abuso de drogas legales e ilegales, cambios bruscos de humor, incapacidad para vivir de forma relajada, incapacidad de concentración, superficialidad en el contacto con los demás, aumento de conductas hiperactivas y agresivas, cinismo e ironía hacia los clientes de la organización, agresividad, aislamiento, negación, irritabilidad, impulsividad, atención selectiva, apatía, suspicacia, hostilidad, aumento de la conducta violenta y comportamientos de alto riesgo. (párr.1-3)

Las consecuencias de padecer el síndrome de burnout tienen un saldo negativo en primer lugar hacia el propio trabajador, ya que ve menguada su calidad de vida y con ello aumentan las dificultades en el entorno familiar y social al involucrar en este ambiente negativo a personas que nada tienen que ver con sus problemas laborales; las interacciones se hacen tensas, la comunicación termina siendo deficiente y se tiende al aislamiento.

1.2.6. Modelos Explicativos del Burnout.

Debido a la complejidad del síndrome de Burnout se ha realizado diversos modelos desde diversas orientaciones que intentan explicar las causas. En el estudio propuesto por Miravalles (2014), se exponen los modelos explicativos del Burnout, en los que se encuentran sintetizados la razón de ser de cada uno. (párr.1-20)

Modelo Byrne, B.M. (1994): la autora centra su atención en la ambigüedad, conflicto de rol, sobrecarga laboral y autoestima, relaciona los factores generales que propician este síndrome con los conceptos de cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Las variables más destacadas por esta autora son la ambigüedad y el conflicto de rol, la sobrecarga laboral, el clima de clase y la autoestima.

Modelo Kyriacou y Sutcliff (1978): estos autores relacionan las causas del síndrome de Burnout con el estrés que surge como descompensación entre la valoración y las estrategias que el docente realiza en su jornada habitual de trabajo frente a las demandas laborales que le exigen. Los factores personales, organizacionales y laborales son determinantes e influyen durante todo el proceso. La sobrecarga laboral y el estrés crónico son las principales causas del síndrome de Burnout lo que provoca una reducción de la actividad laboral y la aparición de trastornos psicósomáticos.

Modelo Maslach, C. y Leiter, M.P. (1999): este modelo es el más aceptado por la comunidad científica dice que “el Burnout es concebido como una experiencia individual y crónica de estrés relacionada con el contexto social. Al hacer uso de un instrumento de evaluación conocido como el Maslach Burnout Inventory (MBI), determinan que la relación entre: experiencia de estrés y situación personal, deben tener la misma importancia al momento de definir un caso en particular. El modelo incluye tres componentes: a) la experiencia de estrés; b) la evaluación de los otros; y, c) la evaluación de uno mismo.

El modelo multidimensional Maslach y Leiter contempla la interacción de varios tipos de factores, sin destacar de forma particular a unos más que a otros, sino que será esta interacción la que delimite cuales son las variables más importantes en un caso en concreto.

Modelos psicosociales: estudios realizados por Martínez (2010) se refiere a que estos modelos están definidos en dos teorías importantes (teoría socio cognitiva del yo y teoría sobre el estrés laboral de la psicología de las organizaciones) que intentan explicar el burnout como respuesta a la reacción del individuo en su entorno laboral.

El modelo de Cherniss (1993): basado en el modelo de Hall (1976) que define que la satisfacción y motivación laboral aumentan cuando una persona experimenta sentimientos subjetivos de éxito, por lo que adhiere a su teoría la noción de autoeficacia que da la capacidad a las personas de ejercer autocontrol en las situaciones donde se ve afectado.

El modelo de Thompson, Page y Cooper (1993): ellos responsabilizan a cuatro variables como causales principales del síndrome de burnout: a) nivel de autoconciencia, b) discrepancias entre las demandas de las tareas y los recursos del sujeto, c) expectativas de éxito, y, d) sentimientos de autoconfianza.

Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli (1993): basado en este modelo se diseñan las causas del Burnout para profesionales de enfermería, en base a tres variables directas como estresores: a) la incertidumbre o “falta de claridad sobre lo que uno siente y piensa sobre cómo debe actuar”, b) la percepción de equidad sintiendo un desequilibrio entre lo que se da y lo que se recibe, y c) la falta de control del individuo. Para estos autores la enfermería es “un trabajo que genera bastante incertidumbre y las expectativas de recompensa y equidad suelen aparecer frustrantes.

Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Fredy (1993): estos autores explican que cuando los individuos perciben que lo que les motiva está amenazado o frustrado puede ser el estresor más importante para desarrollar el síndrome.

Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993): este modelo considera el síndrome de Burnout como un “episodio particular” dentro del estrés laboral que se da específicamente en profesionales de servicios humanos y que se produce cuando las estrategias de afrontamiento no son eficaces.

Considero que estos modelos no son puros, en alguna parte del proceso pueden interactuar unos con otros, sin perder su esencia, por lo que valdría la pena decir que son complementarios, como toda actividad humana. (p.15-18).

1.2.7. Prevención y tratamiento del Burnout

Prevención: Guerrero (2005) presenta diez recomendaciones para prevenir el Burnout, las mismas que se convierten en una importante fuente de referencia para realizar estudios sobre este mal que está presente en gran parte de las organizaciones, especialmente en las que prestan de servicios en salud (p.27-33). Estas recomendaciones se las puede sintetizar así:

- 1) **Equilibrio:** explican que, el equilibrio que se mantiene en los diferentes ámbitos personales y sociales (familia, trabajo, estudios, amigos, etc.) es de vital importancia en el individuo.
- 2) **Autocuidado:** cuidarse de sí mismo es importante para mantener el equilibrio emocional, cosas como ir al cine, salir a cenar, disfrutar con los amigos, ir de paseo, es decir, actividades que hagan sentir a la persona relajada y libre de estrés.
- 3) **Acompañamiento profesional:** la presencia permanente de un profesional de la salud mental como un psicólogo, es recomendado para mantener un equilibrio personal e independiente entre el trabajo y la vida personal.
- 4) **Ejercicios:** se recomienda hacer actividad física como mínimo tres veces a la semana para mantenernos sanos y con vitalidad.
- 5) **Relajación:** hoy en día se ha puesto muy en moda las técnicas de relajación, vemos cada vez nuevas técnicas para realizar en casa o en lugares especializados, es recomendable hacer uso de estos métodos para mantenernos en armonía personal.

- 6) **Autoconocimiento:** llegar a conocerse a sí mismo es un medio importante de prevención, así sabremos cómo reaccionar ante un momento de estrés y manejarlo de la manera más adecuada.
- 7) **Capacitación:** capacitarse en el tema de inteligencia emocional, para poder reaccionar adecuadamente ante las situaciones que se le van a presentar en su trabajo e incluso en lo personal.
- 8) **Autocontrol:** con los dos métodos anteriores se recomienda crear propias formas de resolver y enfrenar los conflictos para así evitar la impulsividad o falta de control.
- 9) **Atmosfera laboral:** aquí se destaca el incentivar el trabajo en equipo, la unidad, tolerancia y respeto para mantener un clima laboral de armonía y colaboración.
- 10) **Comunicación:** el dialogo abierto con colegas y autoridades en el trabajo ayudarían a mantener mejores relaciones así como lograr mejores resultados trabajando en conjunto.

Conocida la información sobre el Burnout, es momento de buscar salidas y soluciones sabiendo que, ante cualquier enfermedad amenazante el primer paso a tomar es la prevención, evitar llegar a un estado físico y emocional que ponga límite o muchas veces fin a nuestra vida profesional.

Tratamiento: Siguiendo a Gil-Monte (1997) actualmente se maneja la técnica cognitivo conductual en los individuos tratando de hacer frente a la realidad en la que se encuentran. Las técnicas de afrontamiento de estrés, terapia racional emotiva, ensayo conductual, etc. Sin embargo, al hablar de un problema en un centro donde interactuar unos con otros es el primer factor de estrés, se recomienda el uso de terapias individuales, grupales y organizacionales explicadas así:

- **Individuales:** terapias cognitivo-conductual, técnicas psico-dinámicas centradas en el ejercicio físico, conductuales (énfasis en separar la vida laboral y personal), programas de refuerzos y retirada de atención, control de contingencias, time out, etc.
- **Grupales:** se intenta en estas terapias la búsqueda de apoyo social con grupos de apoyo que refuercen las necesidades emocionales individuales a través de la comprensión así como también reforzar el compañerismo.
- **Organizacionales:** aquí el trabajo es exclusivo de la empresa, modificar normas con el fin de reforzar el ambiente laboral de las personas y aumentar la motivación en sus empleados o servidores. (p.121).

Sabiendo que la prevención es la mejor opción para evitar el burnout en una institución es importante tener en cuenta que si ocurre hay que estar preparados para un tratamiento personal y colectivo.

1.3. Conceptualización de las Variables de Investigación.

1.3.1. Burnout y la relación con variables sociodemográficas y laborales.

1.3.1.1. Variables de riesgo y protectoras.

Las investigaciones apuntan a considerar relevantes las variables sexo, estado civil, edad, años de antigüedad laboral y categoría profesional. En relación al sexo, se señala que las mujeres experimentan mayor y más intenso agotamiento emocional que los hombres.

En el estudio propuesto Acosta (2006) sobre variables socio demográficas, socio laborales y organizacionales explica que “Las investigaciones apuntan a considerar relevantes las variables: sexo, estado civil, edad, años de antigüedad laboral y categoría profesional”, de esta manera explica la relación de cada una de estas variables con el Burnout resumido así:

- Sexo: se señalan que las mujeres experimentan mayor y más intenso agotamiento emocional que los hombres.
- Estado civil: Las investigaciones revelan que las personas casadas presentan niveles más bajos de Burnout que las personas solteras.
- Edad: se señalan que a mayor edad aumenta la autoeficacia profesional.
- Antigüedad: Se ha podido establecer que a más años de antigüedad laboral, mayor serán los niveles de Burnout.
- Profesión: se considera que la categoría profesional como una variable importante a la hora de medir la salud.
- Las demandas laborales: Son aspectos físicos, sociales u organizacionales del trabajo que requieren un continuo esfuerzo físico o mental y son además asociados a costos fisiológicos y psicológicos. (p.88).

3.1.1.2. Motivación y satisfacción laboral.

Con la motivación se logra mejorar el desempeño, la productividad, la eficiencia, la creatividad, los trabajadores adquieren una mayor responsabilidad y compromiso laboral.

Cuando se consigue por parte de la organización que los trabajadores estén motivados y satisfechos, en la Confederación de empresarios de Málaga (2013) se anotó que éstos, son capaces de contagiarse de dicha motivación, son capaces de ofrecer por iniciativa propia un buen servicio o atención al cliente, y sobre todo ser parte de un buen clima de trabajo ante los compañeros y bidireccional en el sentido subordinado-jefe y viceversa” (p.189).

Siguiendo al autor de este trabajo, entre los recursos pueden utilizar para la respectiva motivación laboral y que los trabajadores estén satisfechos, se anotan algunos:

- Otorgar la posibilidad de que el trabajador pueda desarrollarse de forma personal y profesional, que tenga oportunidad de crecer en la empresa.
- Reconocimiento de los logros alcanzados a través de los objetivos que se haya planteado.
- Mostrar interés por las acciones, logros o problemas de los trabajadores, no sólo por lo que sucede en la organización, sino en su vida personal
- Conseguir que el trabajador se sienta comprometido con la empresa, así como parte activa de ella.
- Hacer que el trabajador se sienta útil, que se sienta importante y tomado en cuenta por la empresa.
- Evitar que el trabajador caiga en un trabajo rutinario, abriendo la diversidad de los puestos de trabajo.
- Motivar a los trabajadores a que tengan mayores posibilidades y oportunidades con sus compañeros.
- Generar un buen ambiente de trabajo procurando que el trabajador tenga buenas condiciones laborales.
- El clima de trabajo debe ser distendido y agradable.
- Definir con claridad metas y objetivos reales no inalcanzables. (p.190).

Se considera que el jefe debe ser el principal motivador de sus empleados, para que ellos adquieran el sentido de pertenencia empresarial, trabajen con responsabilidad dando lo mejor de sus conocimientos de sus habilidades, que consideren que los logros de la organización son también sus metas. Un buen trabajador es aquel que está motivado y que esta motivación pueda contagiarla a los demás.

1.3.1.3. Investigaciones realizadas.

La investigación titulada: Síndrome de Burnout, Variables Sociodemográficas y Laborales en Médicos Especialistas del Hospital Valentín Gómez Farias, México (2011), fue realizada por: Carolina Aranda Beltrán, Biviana Zarate Montero, Manuel Pando Moreno, y José Ernesto Sahún Flores, se trabajó en torno al objetivo que se lo formuló así: analizar la relación entre los factores sociodemográficos y laborales con el Síndrome de Burnout en los médicos especialistas del Hospital Valentín Gómez Farias, México. (p.1-29).

El estudio fue descriptivo y transversal. Se aplicó tanto el cuestionario de datos sociodemográficos y laborales como la Escala de Maslach Burnout Inventory (MBI-HS). Los análisis estadísticos fueron descriptivos (medias y porcentajes) e inferencia les (asociaciones entre las variables de estudio).

De los 119 médicos, 64.7% eran hombres y 35.3% mujeres, con un promedio de edad de 34 años. La prevalencia para el Síndrome de Burnout fue del 51.3%, para la dimensión agotamiento emocional de 31.1%, para la de baja realización personal del 35.3% y en despersonalización el 18.5%. Se encontraron asociaciones entre tener menor edad que la del promedio con agotamiento emocional, menos tiempo de labor y trabajar en un turno mixto con despersonalización y como variables protectoras el pertenecer al servicio de urgencias y clínicas hacia la dimensión despersonalización.

Se concluye que es probable que los médicos con síndrome de Burnout no se encuentren en condiciones de salud favorables para laborar, por lo que consideramos urgente identificar los problemas que originan tal evento, para con ello proponer tanto medidas de prevención como de tratamiento. Aranda Beltrán, et. al. (2011).

1.3.2. El Burnout y la relación con la salud mental

1.3.2.1. Definiciones de salud mental y el estrés.

La OMS (2001) define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, cuando un individuo se ve afectado por causa del Burnout muestra características importantes en su estado mental que perjudican gravemente su estabilidad personal, social y laboral, así los síntomas pueden ser: cansancio emocional, despersonalización, falta de realización persona, depresión, hastío, trastornos de sueño, baja autoestima

1.3.2.2. Salud mental y el estrés

Para Canguilhem, (1998), se puede “sentir bien” pero no se puede nunca “saber” que “estamos bien”. La salud no es un concepto científico mientras que la enfermedad si lo es. Los conocimientos científicos sobre la enfermedad revelan pocas cosas sobre la esencia de la salud. “La salud, verdad del cuerpo, no depende de una explicación por teoremas”. (p.36).

La salud mental según el autor en mención vendría siendo “un proceso continuo de restablecimiento del equilibrio, proceso que cuando alguno de los factores implicados cambia y dicho cambio se mantiene en el tiempo, el ser humano adopta una respuesta fija, que en algún momento previo fue adecuada para restablecer el equilibrio; pero, al tornarse, inflexible lleva a un estado catastrófico que puede ser incompatible con la vida” (Canguilhem 1998, p.38).

Razón más que suficiente para luchar por ese equilibrio, el que requiere de una serie de factores socioeconómicos, ambientales, biológicos, y asistenciales. Si existe equilibrio, hay la capacidad de vivir como individuo, de producir, reproducir y recrear, que disfruta del buen vivir como ente útil a sí mismo, a su familia y la sociedad.

Tratando de construir la propia definición: la salud es un estado un tanto inestable del organismo del individuo y que se encuentran vinculados con factores biológicos, medio ambientales, socioculturales y simbólicos, del equilibrio que se dé entre todos estos componentes dependerá el grado de salud, que si es armónico le permitirá a cada ser crecer, potenciar sus posibilidades en función de sus propios intereses y de los de la sociedad, caso contrario se desencadenará el estrés, que puede provocar el desencadenamiento de las enfermedades.

1.3.2.3. Síntomas somáticos

“Las manifestaciones del burnout se hacen evidentes tanto a nivel físico como cognitivo, conductual o social, sin embargo es la somatización de los síntomas la que está directamente relacionada con los trabajadores”. (Gil-Monte 1997, p.125).

Como lo indica el autor, dentro de los principales síntomas en este nivel se puede encontrar: fatiga crónica, dolores de cabeza, problemas del sueño, úlceras y otras afectaciones gastrointestinales, pérdida de peso y dolores musculares.

Otras manifestaciones fisiológicas del síndrome son el dolor cervical, úlceras, tensión muscular, aumento de enfermedades, reaparición de dolencias preexistentes, hipertensión arterial, jaquecas, lumbago, asma, alergias.

1.3.2.4. Ansiedad e insomnio

La ansiedad es un estado de ánimo lo dice Barlow & Durand (2003) “que está caracterizado por un fuerte afecto negativo, síntomas corporales de tensión y aprensión al futuro”. A partir de esta definición podríamos concluir que en general no se trata de una experiencia para nada placentera, pero sin embargo resulta ser una vivencia bastante común para la mayoría de personas, y está casi siempre presente cuando afrontamos.(p.128)

Es comprensible que el Síndrome de Burnout tenga consecuencias nada halagadoras como alteraciones del sueño, como dificultades a la hora de conciliar el sueño; es víctima de insomnio, quien lo padece, tiende a despertarse repentinamente en varias ocasiones a lo largo de la noche, con los trastornos que ello ocasiona.

Se considera entonces, que la ansiedad y el insomnio están vinculados, ya que el uno puede provocar el otro. Cuando no se descansa lo necesario, el cerebro lucha para pensar claramente; y es cuando en este proceso la persona sufre ataques tanto de ansiedad como de pánico, como resultado a problemas del sueño, generando el insomnio. Por lo tanto, tratar uno de los dos desórdenes, generalmente resolverá el otro con el mismo proceso, debido a que la ansiedad y el insomnio se trabajan a menudo juntos.

1.3.2.5. Disfunción social en la actividad diaria.

El autor Álvarez (1991) determina que las personas que padecen el síndrome de Burnout, presentan sintomatologías que a más del estrés y su afrontamiento, aparecen sintomatologías relevantes como la baja autoestima y la ausencia de apoyo social, demostrando que tales síntomas al parecer están relacionados y son fruto de complejas interacciones entre la persona y su entorno. La baja autoestima se asocia con disfunción social. (p.260).

No en todos los casos se evidencia una relevancia de la autoestima, ya que existen casos que evidencia relevancia solo en determinados síntomas. La disfunción social se asocia con los sucesos y cambios laborales experimentados en cada persona.

1.3.2.6. Tipos de depresión

Castillo (2014) define a depresión “como una enfermedad en la que la persona sin motivo, presente trastornos de tristeza, desmotivación y padece de un decaimiento en general”. Señala que existen algunos tipos de depresión, que de acuerdo a sus estudios son:

- **Trastorno depresivo mayor:** es un estado caracterizado porque la persona que lo padece se encuentra deprimida la mayor parte del día, ha perdido casi todo el interés en las actividades que le corresponde realizar. Se caracteriza por la pérdida o aumento importante de peso o de apetito; presenta cuadros de insomnio o excesivo deseo de dormir, lentitud o agitación física, fatiga; asoman los sentimientos de inutilidad o culpa excesivos, dificultad para concentrarse y tiene recurrentes pensamientos de suicidio o muerte.
- **Distimia:** es un tipo de depresión menos grave pero de larga duración, que interfiere en el funcionamiento y en el bienestar de la persona. Muchas personas también pueden padecer de episodios depresivos severos.
- **Trastorno bipolar o trastorno maniaco depresivo:** se caracteriza por tener fases de ánimo elevado y fases de ánimo bajo. Cuando la persona está con ánimo elevado, es hiperactiva, habla excesivamente y tiene una gran cantidad de energía. (p.121).

Las personas que sufren una depresión se comportan de una forma no habitual en muchos aspectos de su vida, tanto en casa como en el trabajo. La depresión puede por tanto tener consecuencias sobre la capacidad del trabajador para desempeñar su actividad laboral de forma efectiva.

1.3.2.7. Investigaciones realizadas

Los autores del presente estudio: Juárez-García & et.al. (2014) denominado el Síndrome de burnout en población mexicana: Una revisión sistemática. Tuvo como objetivo: realizar una

revisión sistemática de la literatura científica para caracterizar la investigación sobre el síndrome de burnout en México.

Se realizó una búsqueda en 12 bases de datos considerando las que incluyen revistas latinoamericanas. Se examinaron todos los artículos existentes hasta el mes de julio de 2012 y se definieron cinco criterios que aseguraran la comparabilidad entre los estudios. Se realizaron meta análisis en los promedios de las dimensiones de burnout y las alfas de Cronbach reportados.

64 estudios fueron seleccionados (n=13 801 empleados), los que en su mayoría se concentran en profesionales de la salud y poco más de la mitad en el Estado de Jalisco y el Distrito Federal. La revisión metodológica evidenció que más de 90% de dichos estudios son de diseño observacional-transversal y la mayoría con niveles de análisis que pueden ser vulnerables al efecto de variables confusoras. Destaca el hallazgo de la gran heterogeneidad existente en criterios para determinar la prevalencia. Los meta análisis en 14 estudios seleccionados arrojaron valores promedio de "una vez al mes o menos" en la escala de frecuencia de síntomas de burnout. Juárez-García(2014).

1.3.3. El burnout y la relación con el apoyo social.

1.3.3.1. Definición de apoyo social.

Definir al apoyo social, es complejo ya que incluye diferentes niveles de análisis: estructural, funcional, emotivo, cognitivo, etc. En un intento de integrar dichos elementos, Barrón(2006) señala que el apoyo social "incluye todas las transacciones de ayuda, tanto de tipo emocional como informacional y material, que recibimos bien de nuestras redes informales, íntimas, como de otros grupos y comunidad global, incluyendo tanto las transacciones reales como la percepción de las mismas y la satisfacción con la ayuda recibida". (p.131).

De acuerdo a este autor, han sido postulados dos formas de funcionamiento de apoyo: efecto directo y efecto indirecto o amortiguador. El primero tiene un efecto directo sobre el bienestar independientemente del nivel de estrés. A mayor apoyo corresponde mayor bienestar psicológico (y a menor apoyo más incidencia de trastornos). Según el efecto indirecto, el apoyo social funciona como moderador de los eventos que inciden sobre el bienestar. (p.134).

“Cuando las relaciones con los usuarios o con los compañeros de igual o diferente categoría son tensas, conflictivas y prolongadas, aumentan los sentimientos de “quemarse” por el trabajo. Asimismo, la falta de apoyo de los compañeros y supervisores, o de la dirección o la administración de la organización, puede propiciar en la aparición de dicho síndrome” (Gil-Monte & Peiró, 1997, p.128).

El apoyo social constituye una variable con efectos positivos potenciales frente al estrés y, por consiguiente, al burnout. En el trabajo, las relaciones interpersonales pueden llegar a convertirse en una fuente de estrés, pero cuando existe una buena comunicación entre todos y se percibe apoyo social, se amortiguan los efectos negativos del estrés sobre la salud y el bienestar de las personas.

1.3.3.2. Modelos Explicativos del Apoyo Social.

En lo que se refiere a los modelos explicativos, de acuerdo a Molina (2008) se distinguen dos modelos. El primero considera a las relaciones sociales como un factor principal en la consecución de bienestar en los individuos. Este efecto beneficioso se explicaría tanto por la adopción de conductas saludables por el hecho de pertenecer y participar en una red social como por el efecto positivo del sentido de pertenencia a un grupo o red, lo cual proporciona a su vez seguridad y estabilidad. El segundo modelo propone un efecto amortiguador del apoyo social, que actuaría modificando las respuestas negativas frente a un evento estresante, facilitando recursos y permitiendo una revaloración del evento y una positiva adaptación. (p.5).

En cambio Barrón (2006) menciona la clasificación de Cohen, agrupando a los modelos así: (a) modelos genéricos en que el apoyo social es relacionado con distintas enfermedades, bien sea por la influencia sobre patrones de conducta o por su acción sobre procesos biológicos; b) modelos centrados en el estrés; c) modelos de proceso psicosocial, clasificados a su vez en modelos generales de apoyo social, específicos y de especificidad del apoyo. (p.53).

Los autores tratarán de establecer clasificaciones de los modelos explicativos de acuerdo a sus puntos de vista, lo que sí parece que existe un acuerdo que éstos no se dan en forma íntegra, muchas de las veces es necesario que exista una combinación entre ellos, para que el apoyo social se haga realidad y llegue a las persona necesitadas, en el presente estudio a los trabajadores víctimas del burnout.

1.3.3.3. Apoyo Social Percibido.

El apoyo social percibido se caracteriza por la valoración cognoscitiva de estar conectado de manera fiable con otros. Barrón (2006) señala que se evalúa por medio de la observación directa o preguntando a la persona si ha recibido determinadas conductas de apoyo, como el préstamo de dinero o ser escuchada por algún amigo. La ayuda recibida y percibida es la dimensión objetiva y subjetiva del apoyo social, que en definitiva es la valoración que una persona hace de su red y los recursos que son evaluados subjetivamente en términos de disposición y satisfacción. (p.57).

1.3.3.4. Apoyo Social Estructural.

También denominada red social. Alonso Fachado (2008) se refiere a la cantidad de relaciones sociales o número de personas a las que puede recurrir el individuo para ayudarlo a resolver los problemas planteados, y A la interconexión entre estas redes. Esta red tendrá unas características en cuanto al tamaño, frecuencias de contactos, composición, densidad, parentesco, homogeneidad y fuerza (grado de intimidad. (párr.8).

El apoyo social puede darse a través de todos aquellos que rodean a la persona y los recursos que le brindan, lo cual proporciona un soporte emocional tangible, la oportunidad para compartir intereses comunes y unas condiciones por la cuales se sienta comprendida y respetada.

1.3.3.5. Investigaciones realizadas

Iria-Noa de la Fuente Roldán y Esteban Sánchez Moreno (2012), que laboran en la Escuela Universitaria de Trabajo Social de la Universidad Complutense de Madrid, realizan la investigación titulada: Trabajo Social, Síndrome de estar quemado por el trabajo y malestar psíquico: un estudio empírico en una muestra de trabajadores sociales de la Comunidad de Madrid, que tuvo como propósito de analizar la prevalencia de Síndrome de estar Quemado por el Trabajo en una muestra de trabajadores y trabajadoras sociales de la Comunidad de Madrid, identificándose a su vez las variables sociodemográficas y laborales asociadas al fenómeno así como su relación con el malestar psíquico de los profesionales objeto de estudio.

Sobre una muestra de 100 profesionales madrileños, se diseñó un estudio de tipo transversal, descriptivo y correlacional, desarrollado a través de un cuestionario auto administrado compuesto por un cuestionario de datos sociodemográficos y laborales, el Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) en su versión para servicios humanos para analizar la prevalencia de Síndrome de estar Quemado por el Trabajo y el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28) para analizar los posibles casos de malestar psíquico entre los profesionales.

Los resultados indican una presencia moderada y sobre todo, una tendencia a sufrir burnout en los trabajadores sociales pues un 25,3% de los profesionales presentan Síndrome de estar Quemado por el Trabajo y más de la mitad de los profesionales presentan al menos una de las tres dimensiones que componen el fenómeno. Además, se encontró una fuerte asociación entre el burnout y los niveles de malestar psíquico de los profesionales, malestar presente en un 42% de los sujetos encuestados.

Todos estos resultados ponen de manifiesto la elevada vulnerabilidad de los trabajadores y trabajadoras sociales de la muestra objeto de estudio a sufrir trastornos vinculados a su actividad profesional y la necesidad de desarrollar programas preventivos tanto a nivel individual como organizacional. De la Fuente Roldán y Sánchez Moreno (2012)

1.3.4. El burnout y la relación con la personalidad.

1.3.4.1. Definición de personalidad.

El concepto de personalidad proviene del término persona. “La personalidad está formada por una serie de características que utilizamos para describirnos y que se encuentran integradas mediante lo que llamamos el yo. Es la forma en que pensamos, sentimos, nos comportamos e interpretamos la realidad”. (Muñoz 2014, párr.2).

Se entiende entonces que la personalidad es simplemente la diferencia individual que distingue una persona de otra, vendría a ser el término que describe y explica el conjunto de peculiaridades que posee un individuo que lo caracteriza y lo diferencia de los otros.

La personalidad es una estructura interna formada por factores biológicos, psicológicos y sociales que se encuentran en continua interacción; esta interacción, hace que cada ser humano desarrolle distintas maneras de pensar, percibir, actuar e interrelacionarse con los demás. Cada persona adquiere rasgos propios que la diferencian de las demás personas.

1.3.4.2. Tipos de Personalidad (personalidad positiva y de salud).

En el estudio propuesto por Triglia (2015) manifiesta que existen varias clasificaciones para los diversos tipos de personalidad, como la realizada por Jung (1965) quien divide las personalidades en introvertidas y extrvertidas.

- Los introvertidos estarían muy atentos a lo que ocurre en su interior. Se caracterizan por ser personas muy individualistas, muy críticas con las costumbres y normas sociales, con poca capacidad de adaptación y desconfiados. Son propensos a las neurosis.
- Los extrovertidos están más abiertos hacia el mundo exterior, se adaptan a los cambios y son más sociales; a veces dependen excesivamente de las tradiciones y convencionalismos. Actúan en razón de las circunstancias del momento; suelen ser más prácticos que idealistas.

Dentro de estas dos tipologías: introvertidos y extrvertidos, se pueden establecer cuatro subtipos en cada una de ellas, según los rasgos de personalidad predominantes. Así se puede hablar de hombres de tipo intelectual, afectivo, sensorial o intuitivo.

- Los intelectuales se caracterizan porque en ellos prima la razón.
- Los afectivos, por el contrario, dan una importancia prioritaria a los sentimientos y a la afectividad en términos generales.
- Los sensoriales son aquellos en los que prima sobre los demás las sensaciones, e incluso la sensualidad grosera.
- Los intuitivos se guían a menudo por su intuición y por criterios subjetivos. (párr. 4-5).

Se considera que es muy difícil encontrar personas que pertenezcan claramente a un tipo de personalidad de entre las clasificaciones descritas; generalmente no existen tipos puros de personalidad, sino tipos mixtos, es decir, que tienen características propias de uno o más tipos o subtipos. Cada personalidad es todo un mundo distinto e inabarcable.

Existe según Muñoz (2014) un tipo que corresponde a la personalidad sana y equilibrada, tiene las siguientes características:

- Es flexible. Se trata de personas que saben reaccionar ante las situaciones y ante los demás de diversas formas. Es decir, poseen un repertorio amplio de conductas y utilizan una u otra para adaptarse a las exigencias de la vida.

- Lleva una vida más variada, realizando diversas actividades, en vez de centrar su vida alrededor de un mismo tema.
- Es capaz de tolerar las situaciones de presión y enfrentarse a ellas y no se viene abajo ante las dificultades y contratiempos.
- Su forma de verse a sí misma, al mundo y a los demás se ajusta bastante a la realidad (párr.7).

1.3.4.3. Patrones de conducta y personalidad.

Un patrón de conducta de acuerdo a Pastor González (2012) es la reacción que sucede cuando una persona y sus características de personalidad son activadas por un agente ambiental; tal patrón de personalidad modula por tanto, las actitudes, expectativas, el afrontamiento y habilidades de adaptación al entorno. Se puede afirmar que el estado de bienestar físico, psíquico y social dependerá de del bienestar emocional, de las satisfacciones con la vida y de un conjunto de elementos que serán de una manera u otra en función de cómo se lo afronte. (p.29).

De acuerdo al autor que antecede, la personalidad va creando patrones de conducta, que son los que antepone ante cualquier nueva relación, una persona sin problemas de adaptación y que va discurrendo sus etapas de vida con las cualidades y valores que cada experiencia contiene. Los patrones se van haciendo cada vez más impermeables y permanecen estructurados y anclados en la persona, independientemente de que le causen malestar. (p.33)

Como la personalidad va elaborándose en función de la experiencia social, cuando esta experiencia es disfuncional, se van acumulando errores perceptivos y distorsiones cognitivas que también se van anclando, originando patrones, alejados de la consciencia, que son disfuncionales en la conducta, y que, pese a ello, la persona considera normales.

1.3.4.4. Locus de control.

“El locus de control es una variable de la personalidad, relativamente estable, que representa la atribución que una persona lleva a cabo sobre si el esfuerzo que realiza es o no contingente a su conducta. Existen dos extremos del continuo: locus de control interno y locus de control externo” García Allén (2014).

- El locus de control interno ocurre en caso de que un individuo perciba que el evento reforzador en concreto es contingente con su propia conducta. Es decir, que la persona percibe que lo que ha ocurrido externamente es gracias a su comportamiento y tiene control sobre las consecuencias externas.
- El locus de control externo sucede cuando el individuo percibe que un evento externo ha ocurrido de manera independiente a su comportamiento. Por tanto, el individuo asocia al azar, a la suerte o al destino, el acontecimiento que ha ocurrido. (párr.3-5).

No hay que descartar que el locus de control también pueda afectar en el desempeño laboral. Es importante entender que el locus de control es un continuo, nadie es 100% locus de control externo o interno.

1.3.4.5. Investigaciones realizadas

María Cristina Bittar (2012) propone la investigación sobre “Burnout y estilos de personalidad en estudiantes universitarios” cuyo objetivo es: analizar si los estudiantes universitarios que trabajan desarrollan el síndrome de burnout, y en qué medida los estilos de personalidad pueden incidir en la aparición del mismo.

La investigación se ha llevado a cabo en una universidad de gestión privada y se ha trabajado con una muestra de 144 alumnos. Desde una metodología descriptiva, exploratoria e inferencial de tipo transversal y no experimental, se han aplicado y correlacionado el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) y el Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS).

Entre los resultados hallados, se destaca que los estudiantes universitarios que trabajan desarrollan el síndrome de burnout y que, si bien los perfiles de personalidad no presentan diferencias significativas entre el grupo que padece el síndrome y el que no lo presenta, se evidencian rasgos que pueden ser factores protectores o condicionantes en la aparición del mismo. (2012)

1.3.5. El burnout y el afrontamiento.

1.3.5.1. Definición de afrontamiento

“El afrontamiento se lo define como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para controlar las demandas

específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. Lazarus & Folkman, 1986, p.148).

El afrontamiento sería entonces ese comportamiento que implica esfuerzo en un individuo para resolver las situaciones difíciles en un intento personal de adaptarse al entorno.

De acuerdo a Hernández e Ibáñez (2003) existen dos grandes categorías de estrategias para afrontar el estrés:

- Afrontamiento directo o acción directa, estrategia aplicada externamente a la fuente ambiental de estrés para dominar la transacción estresante con el ambiente, su aplicación es cuando las condiciones evaluadas resultan como susceptibles de cambio.
- Afrontamiento indirecto o acción paliativa, estrategia aplicada a las propias emociones, se intenta reducir el trastorno cuando se es incapaz de controlar el ambiente o la acción es demasiado costosa (p.330).

Es por tanto, el esfuerzo, cognitivo y conductual, que hace el individuo para hacer frente al estrés, para manejar las demandas tanto externas como internas y los conflictos entre ambas. Manejar el estrés incluiría el dominio y la aceptación, la tolerancia la evitación o la reducción de las condiciones estresantes.

1.3.5.2. Teorías de afrontamiento.

En base a una de variables para explicar el síndrome de burnout, se habla de 4 teorías diferentes que intentan aglutinar todas las perspectivas de los diferentes investigadores: Torres-Montano (2013).

- **Teorías socio cognitivas del yo:** están centradas en el sujeto que lo experimenta. Estos autores manifiestan que las cogniciones se modifican por los efectos y las consecuencias observadas. La autoconfianza es fundamental para la consecución de los objetivos. Es evidente que conceptos tan importantes como el auto concepto, autoconfianza y autoeficacia están a la orden del día de este modelo.
- **Teorías del intercambio social:** se basan en la relación equitativa entre el sujeto y las personas con las que se trabaja. Se plantea que cuando un profesional, da o percibe que da más de lo que recibe, le puede suponer un malestar interno que incida en la aparición del burnout.

- **Teorías organizacionales:** estos modelos se basan en la estructura organizativa del centro de trabajo. Una mala estructura organizativa puede provocar problemas a la hora de afrontar el burnout. Así se da mucha importancia al rol de la persona y más concretamente a las disfunciones del rol, que es lo que puede incidir en la aparición del síndrome de burnout.
- **Teorías ecológicas:** este modelo se basa en la interacción de diferentes sistemas que se dan en la organización. El burnout es el resultado de un desequilibrio entre los diferentes sistemas ya que las diferentes normas y exigencias pueden entrar en conflicto. (p.16-19).

1.3.5.3. Estrategias de afrontamiento.

En la tesis de licenciatura Ramírez (2012) sobre las estrategias de afrontamiento indica que Lazarus y Folkman (1984) propusieron ocho tipos, que las menciona:

- 1) **Confrontación:** constituyen los esfuerzos de un sujeto para alterar la situación. Indica también cierto grado de hostilidad y riesgo para él. Se da en la fase de afrontamiento.
- 2) **Planificación:** apunta a solucionar el problema. Se da durante la evaluación de la situación (evaluación secundaria).
- 3) **Aceptación de la responsabilidad:** indica el reconocimiento del papel que juega el propio sujeto en el origen y/o mantenimiento del problema. Es lo que comúnmente se señala como “hacerse cargo”.
- 4) **Distanciamiento:** Implica los esfuerzos que realiza el joven por apartarse o alejarse del problema, evitando que éste le afecte al sujeto.
- 5) **Autocontrol:** Se considera un modo de afrontamiento activo en tanto indica los intentos que el sujeto hace por regular y controlar sus propios sentimientos, acciones y respuestas emocionales.
- 6) **Re evaluación positiva:** supone percibir los posibles aspectos positivos que tiene una situación estresante.
- 7) **Escape o evitación:** A nivel conductual, implica el empleo de estrategias tales como beber, fumar, consumir drogas, comer en exceso, tomar medicamentos o dormir más de lo habitual. También puede ser evitación cognitiva, a través de pensamientos irreales improductivos. En general, apunta a desconocer el problema.
- 8) **Búsqueda de apoyo social:** Supone los esfuerzos que el joven realiza para solucionar el problema acudiendo a la ayuda de terceros, con el fin de buscar

consejo, asesoramiento, asistencia, información o comprensión y apoyo moral. (p.89).

Las dos primeras estrategias estarían centradas en el problema (en tanto resultan más instrumentales ya que modifican el problema haciéndolo menos estresante); las cinco siguientes están centradas en la emoción (ya que apuntan a la regulación de la emoción) y la última estrategia se focaliza en ambas áreas.

En todo caso, como el afrontamiento de una situación no equivale a tener éxito, a veces pueden funcionar bien y otras mal, todo depende de las personas, sus circunstancias y contextos, así podrá tener éxito cuando permita a la persona tolerar, minimizar y aceptar o incluso ignorar aquello que no pueda dominar o controlar.

Las estrategias de afrontamiento hacen referencia a los esfuerzos, mediante conducta manifiesta o interna, para hacer frente a las demandas internas y ambientales, y los conflictos entre ellas, que exceden los recursos de la persona.

1.3.5.4. Investigaciones realizadas.

La investigación sobre: Burnout y Estrategias de Afrontamiento en Personal de Atención en Salud en una Empresa Social del Estado Nivel 2, realizada por: Amanda del Pilar Torres-Montano, Martin Acosta; y, por Ángela María Cruz (2013), en la que se propusieron como objetivo: determinar la prevalencia del síndrome de Burnout y las estrategias de afrontamiento en un grupo de trabajadores del sector salud.

Se realizó un estudio correlacional, de corte transversal en un grupo de 40 trabajadores involucrados en la atención en salud de una Empresa Social del Estado del municipio de Guapi (Cauca, Colombia), entre noviembre de 2012 y enero de 2013. Se recolectaron datos socio-demográficos y laborales. Se aplicó el instrumento MBI (Maslach Burnout Inventory) y la escala de modos de afrontamiento de Lazarus. Se aplicó análisis estadístico un variado y bivariado (X^2), considerando $\alpha=0,05$.

Se obtuvo los siguientes resultados: el 77,5% de la población estudiada fueron auxiliares de enfermería (90% mujeres), cuyas edades fluctuaron entre 29 y 49 años. El 90% presentan síndrome de Burnout y la estrategia de afrontamiento más utilizada es el escape-avoidance. No se observaron asociaciones significativas ni tendencias especiales. Se encontró una

tendencia coincidente entre el síndrome de Burnout y las estrategias de afrontamiento; sin embargo, no se encontró significancia estadística. Torres-Montano y Cruz (2013)

CAPÍTULO II: METODOLOGÍA

Teniendo presente la situación local y nacional en el factor salud donde se ha modificado las políticas de trabajo como sueldos, horarios y exigencias profesionales (titulaciones, preparación, experiencia); se justifica este estudio para evaluar estadísticamente condiciones de trabajo y consecuencias emocionales en los profesionales que ejercen su labor en un lugar público, donde deben regirse a ciertas normas y reglas impuestas por un ente superior que en este caso es el ministerio de salud el cual es manejado por el gobierno nacional.

Ante distintas realidades los médicos /as y enfermeras manifiestan diferentes actitudes y respuestas emocionales que se ve reflejado directamente en su trabajo diario siendo los pacientes los primeros en captar las actitudes de los mismos.

2.1. Objetivos

2.1.1. Objetivo general

Identificar el Síndrome de Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con éste fenómeno en Ecuador.

2.1.2. Objetivos específicos

- Determinar el estado de la salud mental de los profesionales de instituciones sanitarias.
- Identificar el apoyo social procedente de la red social.
- Conocer los modos de afrontamiento ante situaciones adversas de los profesionales de la salud.
- Identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de instituciones sanitarias los cuales que sean identificados con el burnout.

2.2. Hipótesis

¿Se encuentran los médicos y enfermeras en condiciones físicas, psicológicas y emocionales aptas para practicar la profesión adecuadamente en un hospital público con gran afluencia de pacientes en las diferentes condiciones en que éstos se encuentren?

2.3. Tipo de diseño de investigación

Esta investigación posee las siguientes características:

- **Cuantitativa:** Se analizó la información numérica de los instrumentos evaluados.
- **No experimental:** Se realizó sin la manipulación deliberada de variables y se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.
- **Transeccional (transversal):** se centró en analizar cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado, es decir en un punto en el tiempo.
- **Exploratoria:** Se trató de una exploración inicial en un momento específico.
- **Descriptiva:** Se seleccionaron una serie de cuestiones y se midió o recolecto información sobre cada una de ellas para así describir lo que se investigó (Hernández, Fernández, Baptista, 2003).

2.4. Contexto.

El Hospital N.N. ubicado en la ciudad de Loja, parroquia el sagrario es uno de los más completos y equipados centros de la localidad y la provincia. Consta de área de emergencia, hospitalización, quirófano, consulta externa y laboratorios.

Dentro del área de consulta externa encontramos especialidades como neurología, cardiología, traumatología, gastroenterología, odontología, psiquiatría, medicina interna, oftalmología, oncología, etc.

Al ser un centro de servicio estatal cuenta con un sistema de citas telefónicas para organizar a la gran demanda de pacientes que requieren sus servicios. Cuenta también con un área de farmacia para entregar gratuitamente la medicación a los usuarios atendidos dentro del centro.

En el área de hospitalización vemos gran afluencia de personal como enfermeras, auxiliares, internistas y médicos de turno mientras que en el área de quirófanos se observa equipos adecuados y completos para atender las emergencias presentadas.

2.5. Población

La población objeto de estudio fue el personal de la institución de salud N.N., es decir médicos en servicio activo de cualquier especialidad y enfermeras que hayan estado vinculados tanto a instituciones privadas como públicas en todo el Ecuador; independientemente de los años de servicio, edad, género, ubicación geográfica (urbano-rural).

Los datos de esta investigación fueron recogidos mediante la aplicación de los siguientes cuestionarios: variables sociodemográficas y laborales, burnout de Maslach, salud mental, afrontamiento, apoyo social y personalidad, los cuales fueron diseñados para ser aplicados en el personal que se encuentre vinculado a instituciones de salud.

Para identificar a las personas se realizó: en primera instancia, un acercamiento con el director de la institución con el objetivo de solicitar la colaboración de los funcionarios que laboran en dicha institución, se indicó los propósitos, tiempos de aplicación y requerimientos para el trabajo de recolección, así como también beneficios que el profesional de la salud adquirió con el conocimiento del informe psicológico que fue entregado.

2.6. Instrumentos y técnicas.

Los instrumentos que se utilizaron en el proceso de recolección de datos fueron seleccionados con la finalidad de cumplir los objetivos planificados en esta investigación, los cuales se detalla a continuación y fueron aplicados en el orden que se presentan a continuación:

Cuestionarios:

Es uno de los instrumentos que más se utiliza en investigación social. De hecho, Hernández, et al (2006), expresan que "(...) consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir."

- **Cuestionario Sociodemográfico y laboral:** es un cuestionario ad hoc diseñado para esta investigación que tiene la finalidad recolectar datos personales y laborales pertinentes en el estudio del síndrome de burnout de los profesionales encuestados. Estos datos son: edad, estado civil, número de hijos, años de experiencia, tiempo de

contacto con pacientes, satisfacción en el trabajo entre otros que serán de utilidad en esta investigación.

- **Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI):** Es un instrumento que se utiliza para detectar y medir la existencia de burnout en el individuo. Se entiende como burnout al resultado de una situación prolongada de estrés laboral que afecta al individuo a nivel personal, social y laboral.

La escala MBI plantea al sujeto 22 enunciados para valorar sus sentimientos y pensamientos acerca de su trabajo y los valora por medio de tres escalas que son:

- 1) Agotamiento Emocional: Puntuaciones altas indican que el individuo se siente exhausto emocionalmente a consecuencia de las demandas en el trabajo.
- 2) Despersonalización: Puntuaciones altas reflejan el grado de frialdad y distanciamiento con respecto al trabajo.
- 3) Realización Personal: Indica el grado de realización, logro y autoeficacia percibida por el individuo es por ello que en esta escala puntuaciones bajas se relacionan con el burnout.

- **Cuestionario de Salud Mental (GHQ28):** El GHQ28 (versión abreviada del General Health Questionnaire, Goldberg en 1970) es un cuestionario auto administrado en el que el individuo realiza una apreciación de su estado de salud general que consta de 28 ítems cuyo objetivo es identificar disturbios psiquiátricos menores y evaluar el estado de salud mental del encuestado para determinar si se encuentra “sano” o con “disturbios psiquiátricos”. Se centra en las alteraciones de la función normal más que en rasgos presentes a lo largo de la vida, y evalúa mediante cuatro sub escalas que son:

- 1) Síntomas somáticos: Dolores de cabeza, escalofríos, agotamiento entre otros.
- 2) Ansiedad e insomnio: nerviosismo, pánico, dificultades para dormir.
- 3) Disfunción social: Sentimientos hacia las actividades que realiza durante el día.
- 4) Depresión grave: Sentimientos de desvalía, pensamientos de muerte.

- **La Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE):** Tiene su origen en el año 1989 como una alternativa más amplia y precisa del cuestionario Ways of Coping utilizado hasta entonces. En 1997 Crespo y Cruzado publican una versión abreviada adaptada y validada en la población

Española la cual la utilizaremos. Es una escala multidimensional que consta de 28 ítems que tienen por finalidad evaluar los distintos tipos de respuesta de los individuos ante el estrés o situaciones difíciles. De esta manera las respuestas o formas de afrontamiento que se evalúan son:

- 1) Afrontamiento activo: Actividades y acciones realizadas por el propio individuo para intentar eliminar o reducir la fuente del estrés.
 - 2) Planificación: Pensar y analizar cómo hacer frente al estresor; planear los pasos a seguir para realizar un afrontamiento activo.
 - 3) Auto - distracción: Disipar la concentración en el problema o estresor mediante la ocupación en otras actividades o proyectos.
 - 4) Apoyo instrumental: La búsqueda de personal capacitado o instruido para encontrar ayuda o consejo sobre como sobrellevar la situación.
 - 5) Apoyo emocional: Buscar en otros apoyo, comprensión y simpatía.
 - 6) Replanteamiento positivo: Tomar la situación estresora como una oportunidad para crecer y mejorar.
 - 7) Aceptación: Tomar conciencia y aceptar que la situación que está viviendo es real.
 - 8) Negación: Rechazar la realidad de la situación fuente de estrés.
 - 9) Religión: El aumento de la participación en actividades religiosas en momentos de estrés.
 - 10) Culpa a sí mismo: Criticarse y culparse a sí mismo por la situación estresante.
 - 11) Desahogo: La expresión o descarga de los sentimientos que se produce cuando el individuo tiene mayor conciencia del malestar emocional que sufre.
 - 12) Retirada de atención: Abandonar o reducir los esfuerzos para superar o sobrellevar la situación de estrés aunque esto implique renunciar a alcanzar las metas con las que el estresor interfiere.
 - 13) Uso de sustancias: Utilización de drogas, alcohol o medicamentos para desconectarse de la situación, sentirse bien o poder afrontarla.
 - 14) Humor: Hacer burlas y reírse de la situación estresante.
- **Cuestionario MOS de apoyo social:** Considerando los beneficios que tiene el apoyo social sobre el estado de salud, los creadores del instrumento fueron: Sherbourne y Cols en 1991. Es un cuestionario auto - administrado, multidimensional de 20 ítems que se utiliza en primera instancia para investigar la amplitud de la red social del individuo (apoyo estructural) y para conocer cuatro dimensiones de apoyo social funcional (apoyo percibido) que son:

- 1) Apoyo emocional: Posibilidad de tener alguien que brinde asesoramiento, información y consejo.
- 2) Apoyo material o instrumental: Contar con ayuda doméstica.
- 3) Relaciones sociales de ocio y distracción: Incluye contar con otras personas para comunicarse.
- 4) Apoyo afectivo: Demostraciones de amor, cariño y simpatía.

Además de investigar las dimensiones de apoyo básico antes mencionadas también brinda la posibilidad de obtener un índice global de apoyo social del individuo.

- **Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A:** “La construcción de una teoría de la personalidad implica el estudio de las diferencias individuales a través de los sectores principales en los que se organizan los patrones de conducta; tales son el cognoscitivo, el conativo, el afectivo y el constitucional” (Eysenck 1981). Debido a lo extenso del cuestionario original se crean versiones abreviadas como la EPQR-A de 24 ítems que evalúa personalidad mediante cuatro factores:

- 1) Neuroticismo: Puntuaciones altas indican ansiedad, cambios de humor, desordenes psicosomáticos, mientras que puntuaciones bajas indican calma, control emocional, tono débil de respuesta. Esta escala permite medir si es sujeto es neurótico o estable.
- 2) Extraversión: Puntuaciones altas suponen un individuo sociable, impulsivo, optimista, abierto a la cambio mientras que puntuaciones bajas indican la tendencia al retraimiento, desconfianza, reserva, control y baja tendencia a la agresión.
- 3) Psicotismo: El individuo que puntúa alto presenta despreocupación, crueldad, baja empatía, conflictividad, es decir un pensamiento duro.
- 4) Sinceridad: Evalúa la tendencia a emitir respuestas de deseabilidad social, es decir busca dar una buena impresión, esta escala mide el grado de veracidad de las respuestas.

2.7. Procedimiento experimental.

Como primer paso para realizar el trabajo de investigación se presentó una solicitud al director del hospital N.N. de Loja pidiendo la autorización debida para intervenir dentro del centro las actividades correspondientes.

Seguido a esto se reprodujo los cuestionarios para el número de personas investigadas identificando a los profesionales de la siguiente manera: LJ04 (Loja), ME (médico/a) EN (enfermera), 01- 15 (numeración).

- A los médicos y enfermeras que participaron en este estudio se les dio información previa acerca del síndrome de Burnout y se les explicó el objetivo de éste estudio. También se explicó en qué consiste cada cuestionario y cuáles son los resultados a obtener.
- En el caso de los médicos se hizo un cuestionario por día debido al tiempo aproximado que toma cada uno de estos y de acuerdo a las citas designadas de atención al público.
- En el caso de las enfermeras se debió manejar la aplicación de los cuestionarios de acuerdo a los turnos (diurnos, nocturnos o de fin de semana) establecidos por la institución ya sea previo a comenzar la guardia o ya terminada la misma.
- Una vez concluidas las intervenciones se procedió a responder todas las dudas por parte del profesional.
- Ya hecho este trabajo se procedió a ingresar los datos en las tablas de calificación con el objetivo de calcular porcentajes que luego nos presentaron los resultados teóricos y estadísticos de cada cuestionario.
- En el caso del cuestionario socio – demográfico se obtiene información concreta que nos ayuda a medir las características del tipo de población al que nos estamos dirigiendo.
- En el resto de cuestionarios si bien se da una valoración estadística también se obtiene resultados teóricos que nos ayudaron a descifrar el estado psico-emocional del profesional.

CAPITULO III: PRESENTACION DE RESULTADOS

Los resultados se caracterizan por cuadros estadísticos obtenidos en las encuestas aplicadas a los profesionales, se describe el porcentaje sobre un total de 100% para demostrar cantidades e índices percibidos.

A continuación se detalla en cada cuestionario los datos de los resultados tanto para médicos con Burnout, sin Burnout y enfermeras sin Burnout.

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

Aquí se toman datos personales y profesionales del individuo con el fin de evaluar el tipo de población que estamos estudiando.

TABLA N° 1 CUADRO RESUMEN DEL CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO EN MÉDICOS CON Y SIN BUROUT

| Genero | Médicos sin Burnout | | | | Médicos con Burnout | | | |
|--------------------------------|---------------------|-----|--------------|-----|---------------------|-----|--------------|-----|
| | Masculino | % | Femenino | % | Masculino | % | Femenino | % |
| | 7 | 50 | 7 | 50 | 1 | 100 | 0 | 0 |
| Zona de vivienda | Urbano | % | Rural | % | Urbano | % | Rural | % |
| | 14 | 100 | 0 | 0 | 1 | 100 | 0 | 0 |
| Con quién vive | Solo | % | más personas | % | Solo | % | más personas | % |
| | 0 | 0 | 14 | 100 | 0 | 0 | 1 | 100 |
| Tipo de trabajo | t.completo | % | t.parcial | % | t.completo | % | t.parcial | % |
| | 13 | 100 | 0 | 0 | 1 | 100 | 0 | 0 |
| Pacientes con riesgo de muerte | Si | % | No | % | Si | % | No | % |
| | 7 | 50 | 4 | 30 | 1 | 100 | 0 | 0 |
| Pacientes fallecidos | Si | % | No | % | Si | % | No | % |
| | 7 | 50 | 6 | 45 | 1 | 100 | 0 | 0 |
| Permisos | Si | % | No | % | Si | % | No | % |
| | 11 | 80 | 3 | 25 | 1 | 100 | 0 | 0 |

Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2010)

TABLA N° 2 CUADRO RESUMEN DEL CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO EN ENFERMERAS SIN BURNOUT

| Genero | Enfermeras sin Burnout | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------|-----|--------------|-----|
| | Masculino | % | Femenino | % |
| | 0 | 0 | 15 | 100 |
| Zona de vivienda | Urbano | % | Rural | % |
| | 15 | 100 | 0 | 0 |
| Con quién vive | Solo | % | más personas | % |
| | 1 | 10 | 14 | 90 |
| Tipo de trabajo | t.completo | % | t.parcial | % |
| | 13 | 100 | 0 | 0 |
| Pacientes con riesgo de muerte | Si | % | No | % |
| | 10 | 75 | 5 | 25 |
| Pacientes fallecidos | Si | % | No | % |
| | 8 | 60 | 7 | 40 |
| Permisos | Si | % | No | % |
| | 8 | 60 | 7 | 40 |

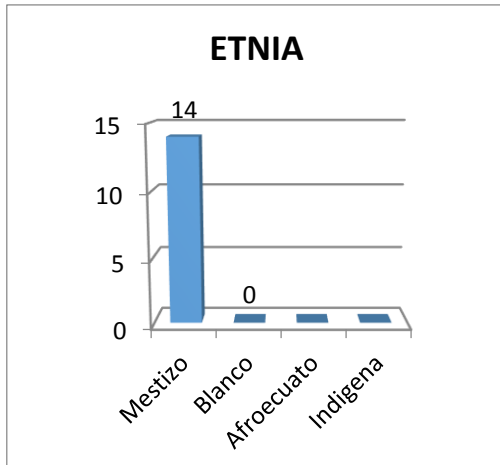
Fuente: enfermeras a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

Como resultado del cuadro resumen podemos observar que en los médicos tenemos igual presencia tanto de sexo femenino como de masculino, es decir, un 50% en ambos casos a excepción del médico diagnosticado con síndrome de Burnout que pertenece al sexo masculino. Como resultado obtenido en cuanto a la zona de vivienda y tipo de trabajo, tenemos un 100% para la zona urbana y trabajo de tiempo completo, y ningún caso registrado en la zona rural o trabajo parcial. La incidencia de pacientes con riesgo de muerte es del 50% así como también en el caso de pacientes fallecidos. Los permisos requeridos por los médicos llega a un 80% ya sea por capacitación, vacaciones, enfermedad o casos en particular.

ETNIA

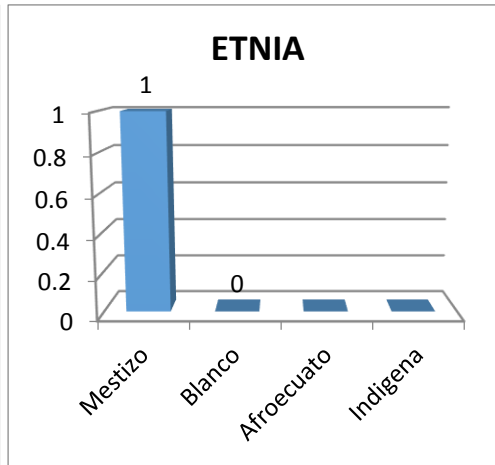
GRAFICO N° 1 Médicos sin Burnout



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

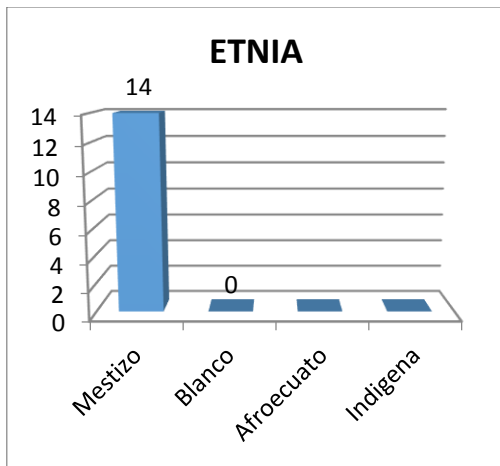
GRAFICO N° 2 Médico con Burnout



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

GRAFICO N°3 Enfermeras sin Burnout



Fuente: enfermeras a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

El resultado es general respecto a la etnia, presenta un resultado del 100% de los casos estudiados como población mestiza.

ESTADO CIVIL

GRAFICO N° 4 Médicos sin burnout

GRAFICO N°5 Médico con Burnout

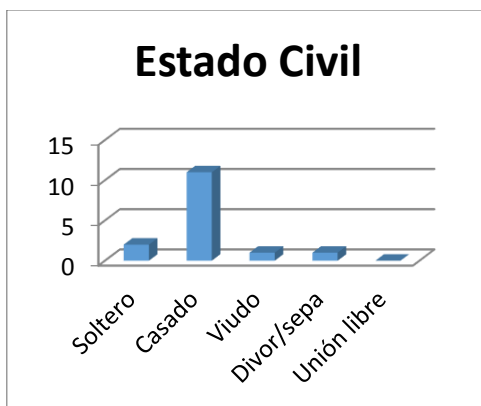


Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

Elaborado por: Mora, C. (2012)

GRAFICO N°6 Enfermeras sin Burnout



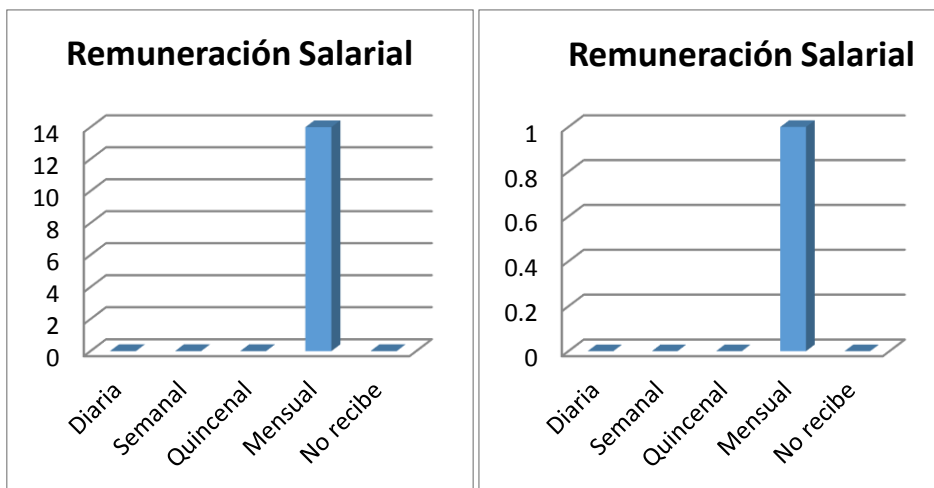
Fuente: enfermeras a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

Con respecto al estado civil de los y las profesionales, en los tres gráficos observamos una mayor incidencia de personas casadas así como unas pocas solteras en el caso de enfermeras y médicos/as sin burnout. En el caso de las personas que han perdido su pareja, tenemos una persona ubicada dentro de los médicos sin burnout. Se observan pocos casos de personas separadas o divorciadas, así como en los casos de unión libre tanto en médicos como enfermeras

REMUNERACION SALARIAL

GRAFICO N °7 Médicos sin Burnout GRAFICO N° 8 Médico con Burnout

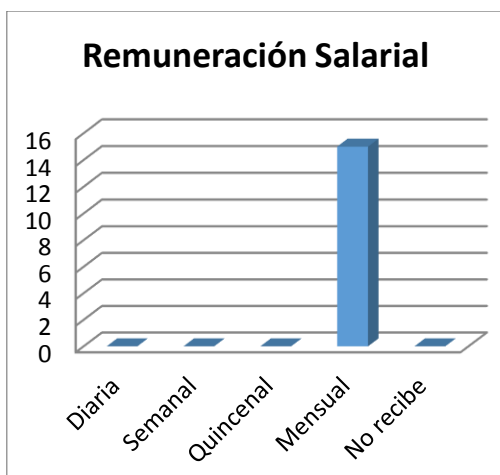


Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

Elaborado por: Mora, C. (2012)

GRAFICO N° 9 Enfermeras sin Burnout



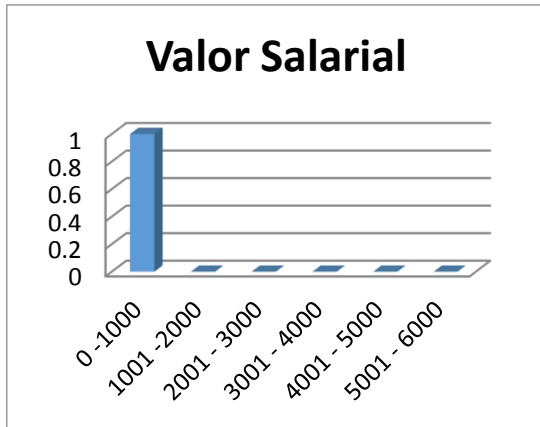
Fuente: enfermeras a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

El 100% de los casos perciben una remuneración salarial mensual.

VALOR SALARIAL

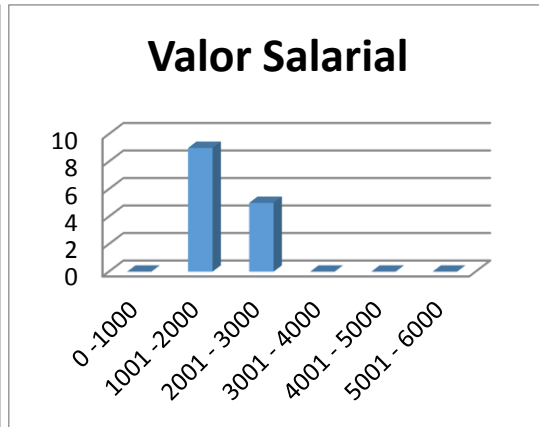
GRAFICO N°10 Médico sin Burnout



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

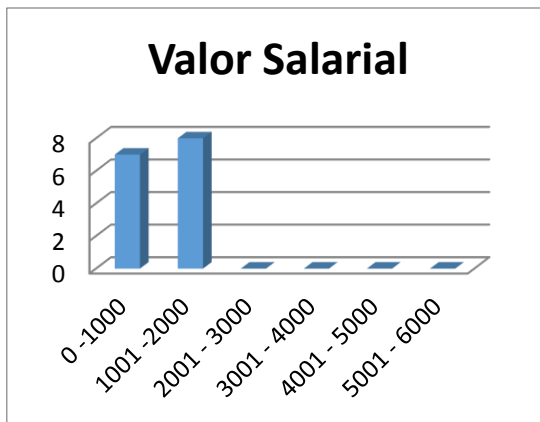
GRAFICO N° 11 Médicos con Burnout



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

GRAFICO N° 12 Enfermeras sin Burnout



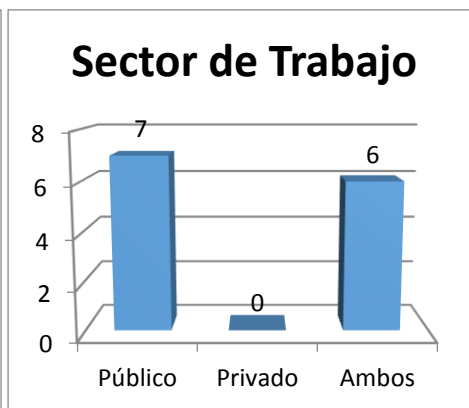
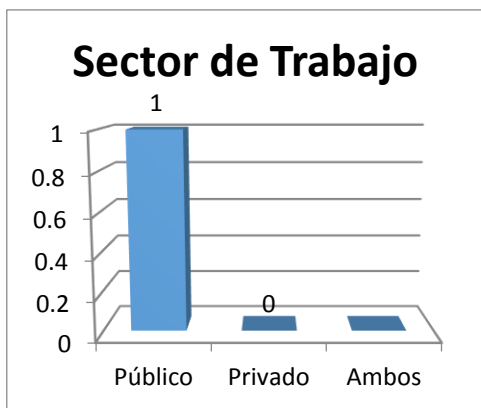
Fuente: enfermeras a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

En este caso se observa casi un 65% el grupo de médicos sin burnout que perciben entre 1000 a 2000 frente a un 35 % que se encuentra dentro del grupo que percibe de 2000 a 3000 dólares. En el caso del profesional con síndrome de burnout se encuentra en el salario más bajo en el caso de médicos ubicándose en el grupo de 0 a 1000 dólares. En el caso de las enfermeras se ubican dos grupos, un 47% ubicada en los salarios de 0 a 1000 y un 53% para quienes perciben de 1000 a 2000 mil dólares.

SECTOR DE TRABAJO

GRAFICO N° 13 Médico con Burnout **GRAFICO N° 14 Médicos sin Burnout**



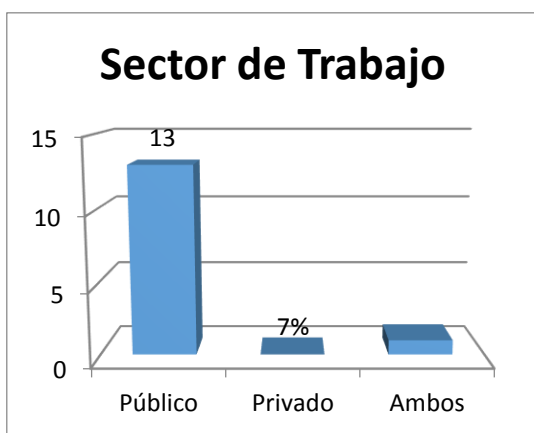
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

Elaborado por: Mora, C. (2012)

GRAFICO N° 15 Enfermeras sin Burnout



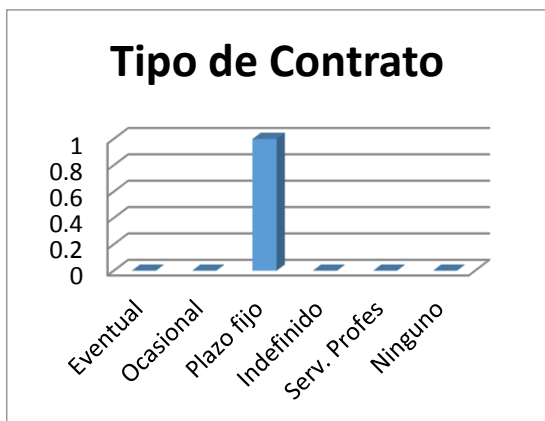
Fuente: enfermeras a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

En cuanto al sector de trabajo en médicos/as se observa en el sector privado un porcentaje de 54% para sector público y 46% para ambos sectores, es decir, público y privado. En el caso del médico diagnosticado con síndrome de burnout el sector donde presta sus servicios es el público. Con respecto a las enfermeras es un 93% que trabajan en sector privado y un 7% en ambos sectores.

TIPO DE CONTRATO

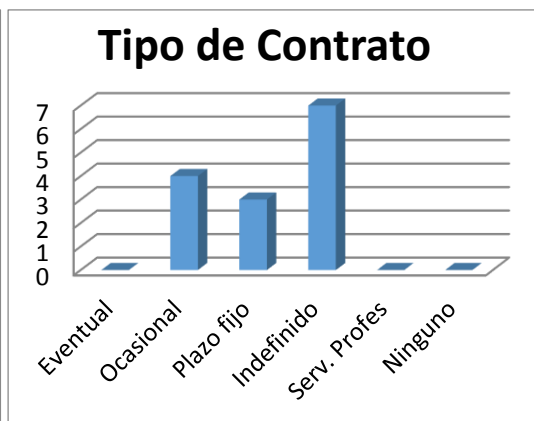
GRAFICO N° 16 Médico con Burnout



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012).

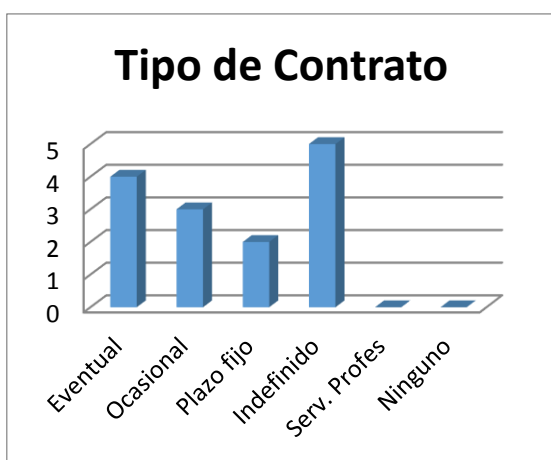
GRAFICO N° 17 Médicos sin Burnout



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

GRAFICO N° 18 Enfermeras sin burnout



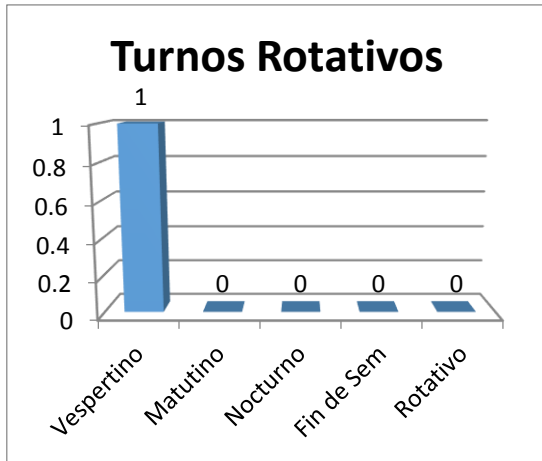
Fuente: enfermeras a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

El mayor porcentaje registrado en el tipo de contrato a profesionales es el de indefinido, con el 50% en el caso de los médicos y el 35% en el caso de las enfermeras. El caso del médico con síndrome de burnout presenta un trabajo a plazo fijo. Otro índice alto y no menos importante en ambas ramas es el de contrato ocasional (21% enfermeras y 28% médicos), así como el eventual con el 28% en el caso de las enfermeras. El plazo fijo fluctúa entre los más bajos con el 21% y 14% respectivamente.

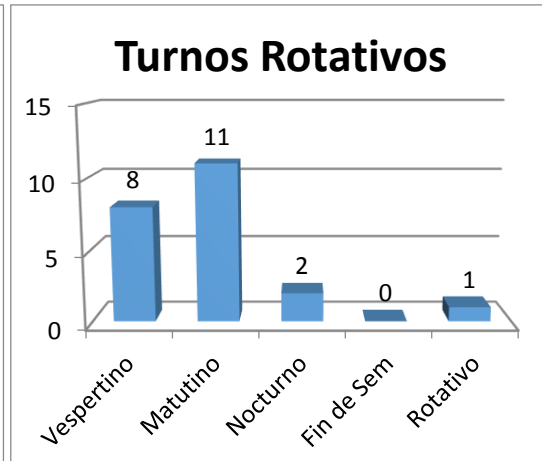
TURNOS

GRAFICO N° 19 Médico con Burnout GRAFICO N° 20 Médicos sin Burnout



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

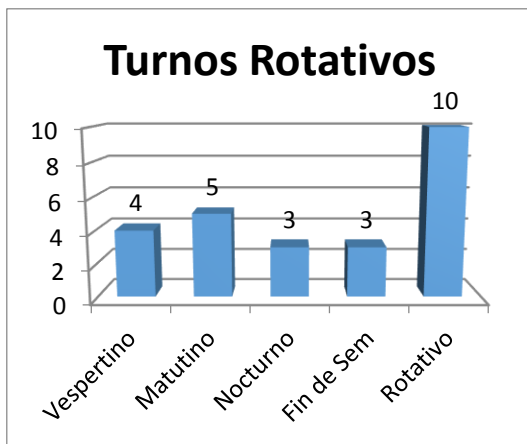
Elaborado por: Mora, C. (2012)



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

GRAFICO N° 21 Enfermeras sin Burnout



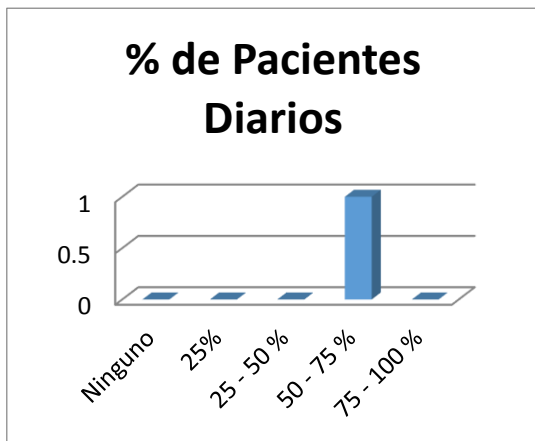
Fuente: enfermeras a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

En el caso de los médicos tenemos mayor porcentaje de turnos matutinos o vespertinos en comparación a los rotativos o nocturnos. En cambio, en el caso de las enfermeras cuentan con un 40% en los turnos rotativos variando estos entre la mañana, tarde, noche y fines de semana con excepción de quienes son jefes de piso de enfermería que cuentan con un horario estable ya sea en las mañanas o en la tarde.

PORCENTAJE DE PACIENTES DE ATENCIÓN DIARIA

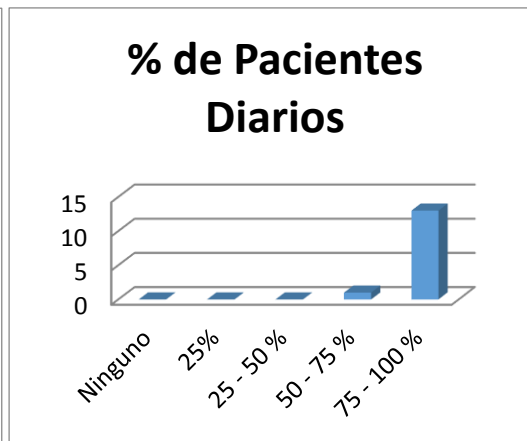
GRAFICO N° 22 Médico con Burnout



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

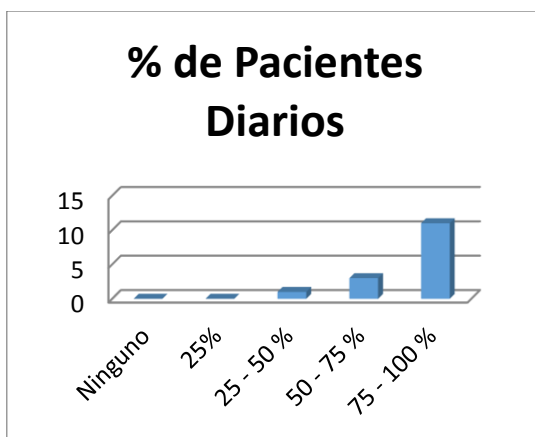
GRAFICO N° 23 Médicos sin Burnout



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

GRAFICO N° 24 Enfermeras sin Burnout



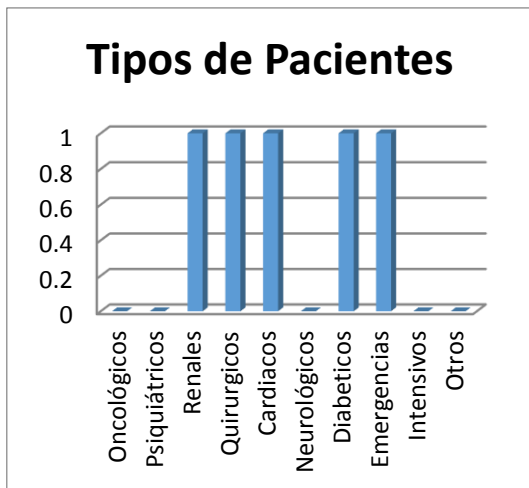
Fuente: enfermeras a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

En cuanto al tiempo empleado en la atención de pacientes se observa mayoría de porcentaje en el nivel de 75 – 100% a excepción del médico con síndrome de burnout que lo hace en un 50 – 75 %. Se observa casos de enfermeras que incluso bajan a un 25 – 50% de su porcentaje en tiempo empleado a sus pacientes.

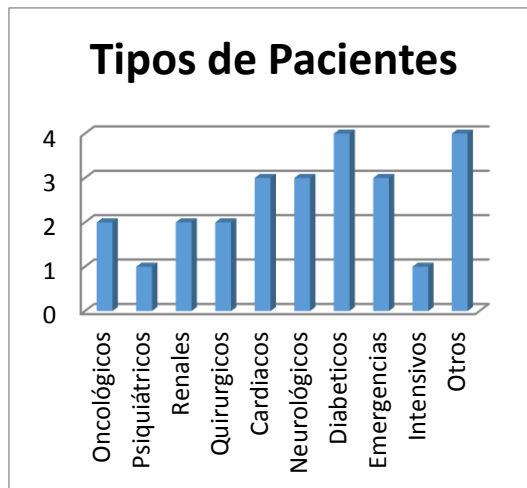
TIPOS DE PACIENTES (ESPECIALIDADES DE ATENCIÓN)

GRAFICO N° 25 Médico con Burnout GRAFICO N° 26 Médicos sin Burnout



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

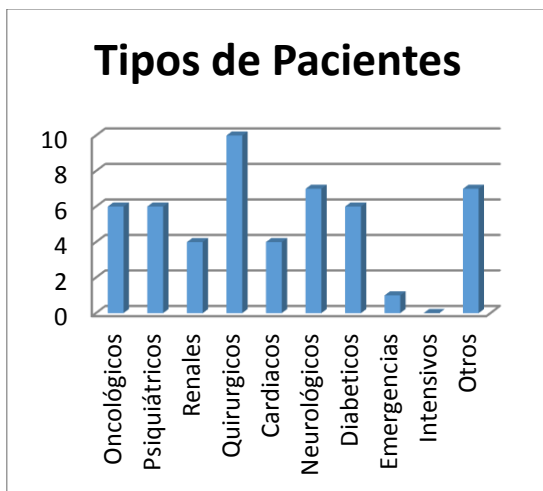
Elaborado por: Mora, C. (2012)



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

GRAFICO N° 27 Enfermeras sin Burnout



Fuente: enfermeras a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

En cuanto a los tipos de pacientes que atienden ambas ramas profesionales se ve un porcentaje variado en los casos a tratar, sobresaliendo en el caso de los médicos los pacientes diabéticos, emergencias, cardiacos y neurológicos, así como otras ramas por

ejemplo la traumatología. En las enfermeras sobresalen los casos quirúrgicos, neurológicos y otros fuera de las opciones dadas.

TABLA N° 3 CUADRO RESUMEN

PROMEDIOS DE DATOS PERSONALES Y LABORALES DE LOS PROFESIONALES

| Promedio | Médicos sin burnout | Médicos con burnout | Enfermeras sin burnout |
|--------------------------|---------------------|---------------------|------------------------|
| Edad | 45,5 | 34 | 41,38 |
| Hijos | 2,5 | 1 | 2 |
| Años de trabajo | 17,92 | 12 | 16,6 |
| Instituciones trabajadas | 1,28 | 1 | 1,07 |
| Horas diarias | 9,28 | 8 | 8,07 |
| Horas semanales | 46,15 | 40 | 43,62 |
| Guardias nocturnas horas | 0 | 0 | 10,53 |
| Guardias nocturnas días | 0 | 0 | 4,44 |
| Pacientes por día | 21,78 | 15 | 22,53 |
| Pacientes fallecidos | 3,83 | 2 | 2,12 |
| Días de permiso | 9 | 15 | 9,83 |

Fuente: médicos y enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

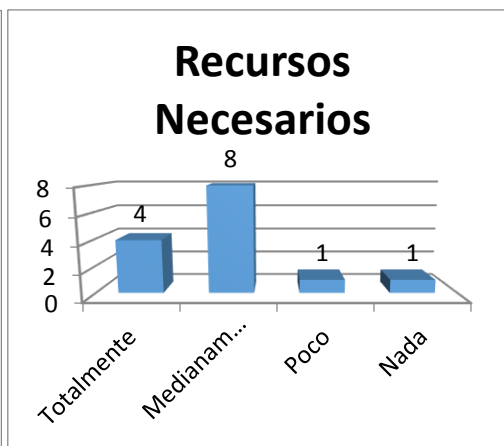
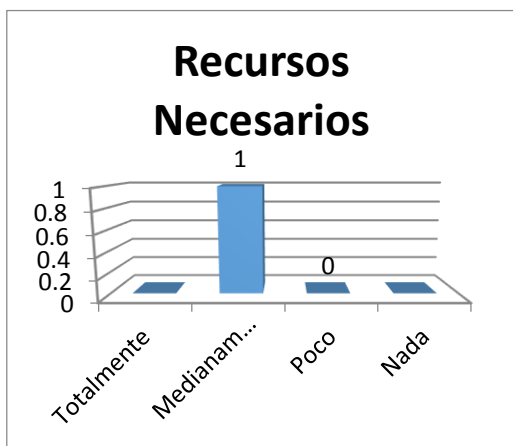
Elaborado por: Mora, C. (2012)

La edad de las personas evaluadas está en un promedio de 34 a 45 años con un promedio de 1 a 2 hijos por cada persona, en el caso de los años de trabajo da una relación de más o menos 15 años con un promedio de 40 a 46 horas de trabajo por semana y de 8 a 9 horas por día. En el caso de las enfermeras, quienes deben hacer guardias están más o menos de 4 a 5 días a la semana haciendo casi 11 horas por día. El promedio de pacientes por día va de los 21 a 23 mientras que la persona con síndrome de Burnout tiene un promedio de 15 pacientes diarios. En el caso de pacientes fallecidos el promedio da un total de 2 a 4, y por ultimo al promediar los días de permiso da un margen de 9 días en el caso de médicos y enfermeras sin burnout y 15 en el caso del médico con Burnout.

RECURSOS NECESARIOS PARA DESENVOLVERSE EN EL TRABAJO

GRAFICO N° 28 Médico con Burnout

GRAFICO N° 29 Médicos sin Burnout



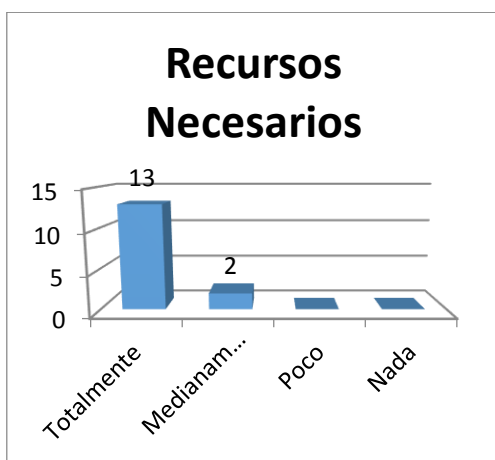
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

Elaborado por: Mora, C. (2012)

GRAFICO N° 30 Enfermeras sin Burnout



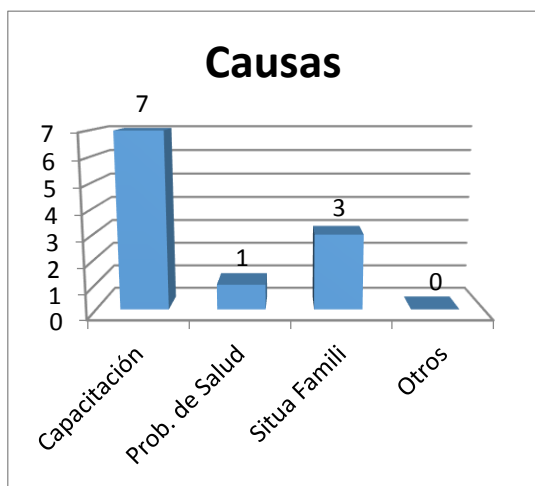
Fuente: enfermeras a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

En el caso de los recursos necesarios en el ámbito laboral se observa a las enfermeras mucho más satisfechas con un 87% de aceptación mientras que los médicos dicen contar medianamente con recursos necesarios para su labor en más o menos un 57%, al igual que el médico con síndrome de Burnout.

CAUSAS DE PERMISOS SOLICITADOS POR LOS PROFESIONALES

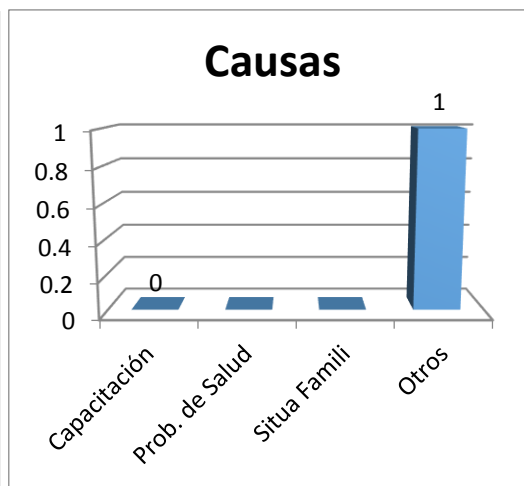
GRAFICO N° 31 Médicos sin Burnout



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

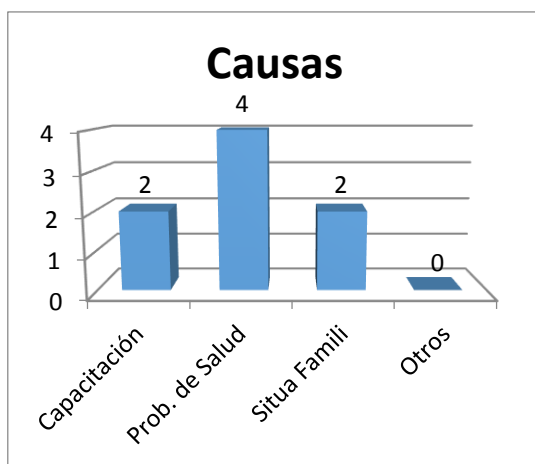
GRAFICO N°32 Médico con Burnout



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

GRAFICO N° 33 Enfermeras sin Burnout



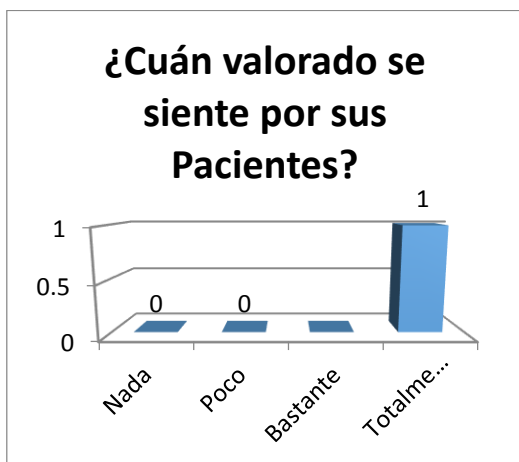
Fuente: enfermeras a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

Aquí los resultados se reflejan variados en los tres casos, en el caso de los médicos la causa con mayor porcentaje es el de la capacitación con un 64% de los evaluados. En el caso del médico con síndrome de Burnout no especifica las causas de sus permisos, mientras que en las enfermeras los problemas de salud tienen más incidencia con un 50% de los casos evaluados.

VALORACION DE PACIENTES

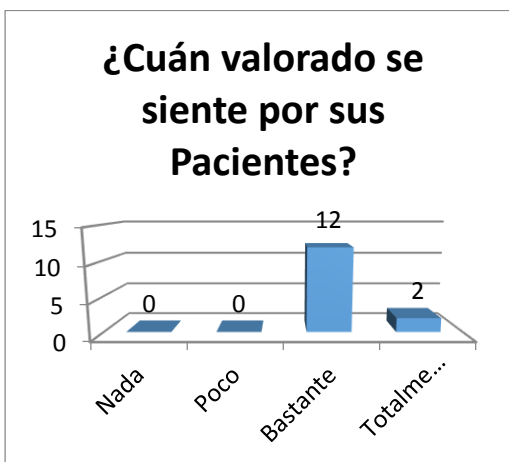
GRAFICO N° 34 Médico sin Burnout



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

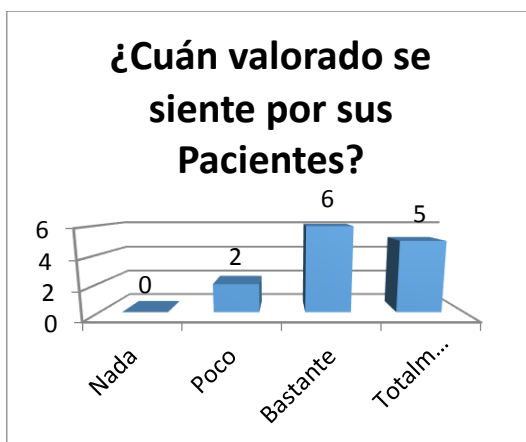
GRAFICO N°35 Médicos con Burnout



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

GRAFICO N°36 Enfermeras sin Burnout



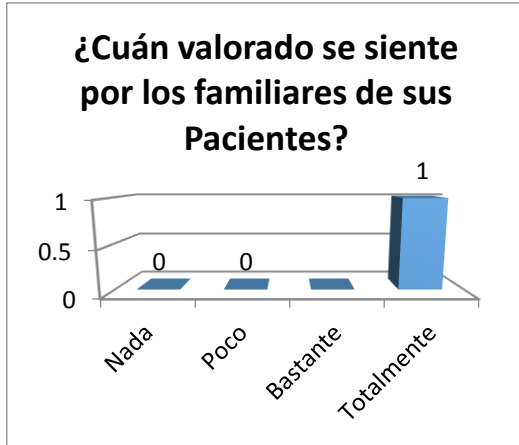
Fuente: enfermeras a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

En este caso se puede observar una generalidad siendo bastante el resultado obtenido de cómo piensan que se encuentran valorados tanto de médicos como enfermeras y tan solo un 15% en el caso de las enfermeras que se sienten poco valoradas por sus pacientes.

VALORACION FAMILIARES

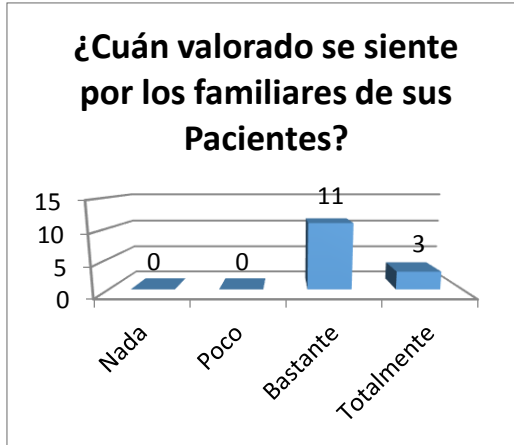
GRAFICO N° 37 Médico con Burnout



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

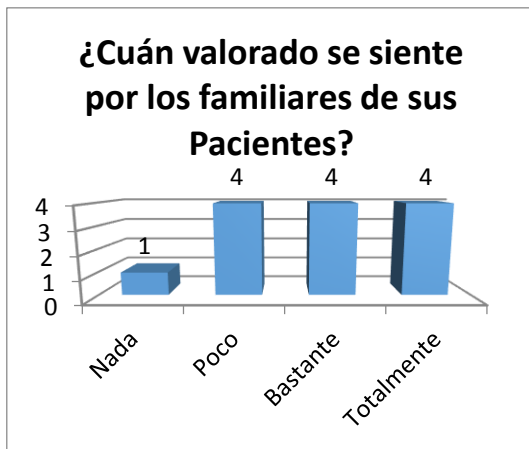
GRAFICO N° 38 Médicos sin Burnout



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

GRAFICO N° 39 Enfermeras sin Burnout



Fuente: enfermeras a través de cuestionario sociodemográfico

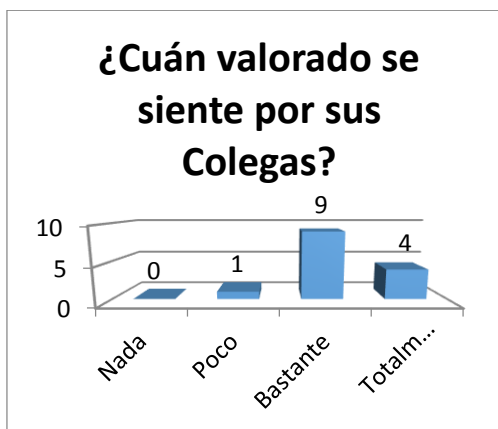
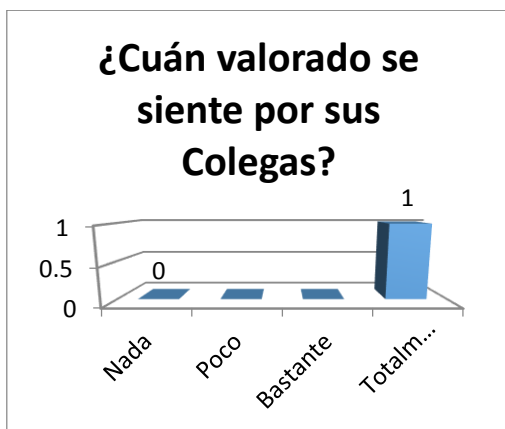
Elaborado por: Mora, C. (2012)

Los datos de este ítem se reflejan similar al anterior con la diferencia que en este caso sube en índice de poco valoradas en el caso de las enfermeras de 15% a 31%, el doble del anterior.

VALORACION COLEGAS

GRAFICO N° 40 Médico con Burnout

GRAFICO N° 41 Médicos sin Burnout



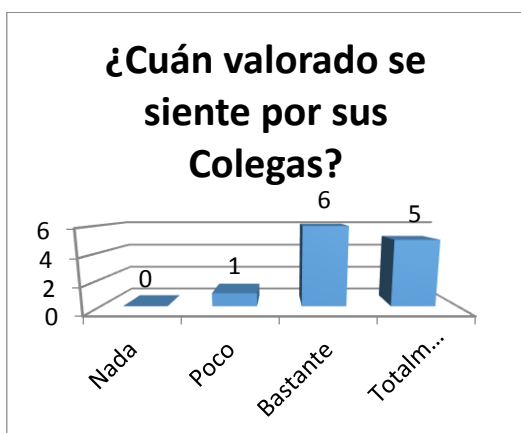
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

Elaborado por: Mora, C. (2012)

GRAFICO N° 42 Enfermeras sin Burnout



Fuente: enfermeras a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

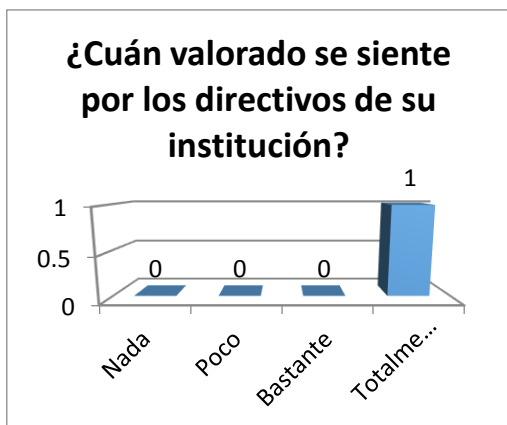
Aquí también se puede observar un buen sentimiento de aceptación por parte de los colegas, en especial, el caso de los médicos que suma un 93% entre bastante y totalmente valorados. Las enfermeras con un 92% en suma, sienten la misma aceptación; mientras que en el caso del médico con síndrome de Burnout se siente totalmente valorado por sus colegas.

Aquí también se puede observar un buen sentimiento de aceptación por parte de los colegas, en especial, el caso de los médicos que suma un 93% entre bastante y totalmente valorados. Las enfermeras con un 92% en suma, sienten la misma aceptación; mientras

que en el caso del médico con síndrome de Burnout se siente totalmente valorado por sus colegas.

VALORACION DIRECTIVOS

GRAFICO N° 43 Médico con Burnout



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

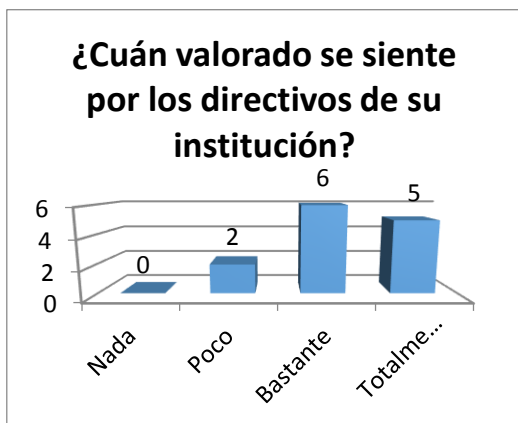
GRAFICO N°44 Médicos sin Burnout



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

GRAFICO N° 45 Enfermeras sin Burnout



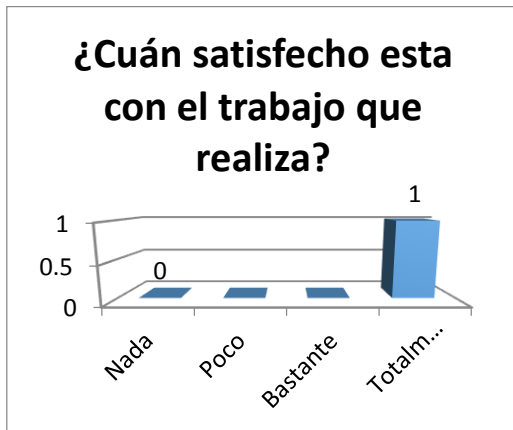
Fuente: enfermeras a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

Los resultados aquí tienen la misma incidencia de los anteriores en cuanto a cuán valorados se sienten los y las profesionales, con una leve diferencia entre médicos y enfermeras siendo estas las que se sienten mejor aceptadas que los primeros.

SATISFACCION CON EL TRABAJO

GRAFICO N° 46 Médico con Burnout



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

GRAFICO N° 47 Médicos sin Burnout



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

GRAFICO N° 48 Enfermeras sin Burnout



Fuente: enfermeras a través de cuestionario sociodemográfico

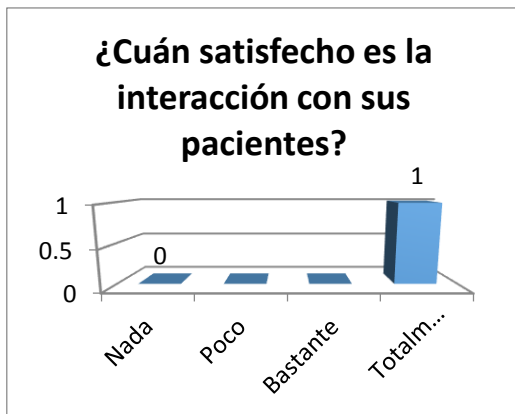
Elaborado por: Mora, C. (2012)

De igual manera se observa aquí mucha satisfacción por parte de los profesionales, especialmente en el caso de las enfermeras que obtienen un 80% de total satisfacción con

el trabajo que realizan, siendo un bajo 7% en ambos casos quienes se sienten poco satisfechos con el trabajo que realizan.

INTERACCION CON LOS PACIENTES

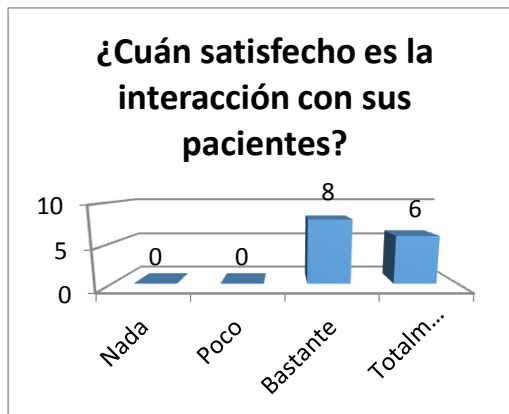
GRAFICO N° 49 Médico con Burnout



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

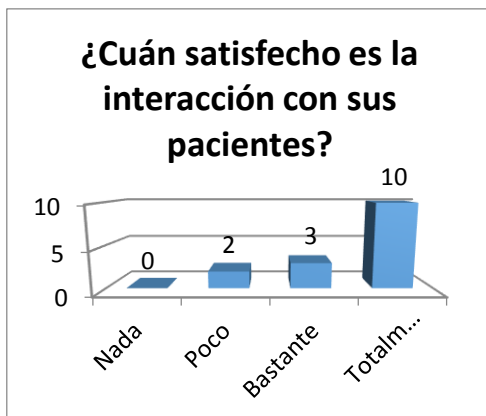
GRAFICO N° 50 Médicos sin Burnout



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

GRAFICO N° 51 Enfermeras sin Burnout



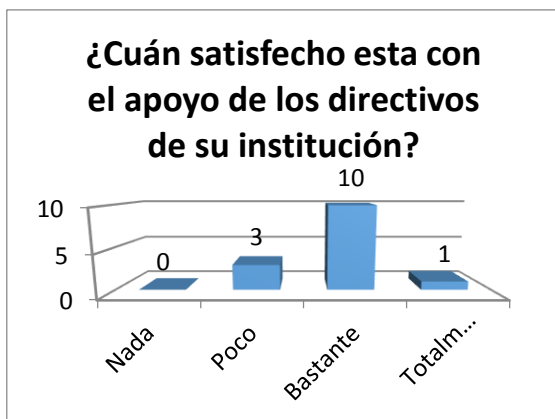
Fuente: enfermeras a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

En el caso de los médicos observamos gran satisfacción en cuanto a la interacción con sus pacientes, no observamos ni un solo caso de poca o nada satisfacción. En el caso de las enfermeras también se da un 67% de total satisfacción y un bajo 13% de quienes no se sienten muy satisfechas con la interacción que tienen con sus pacientes.

APOYO DIRECTIVOS

GRAFICO N° 52 Médicos sin Burnout



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

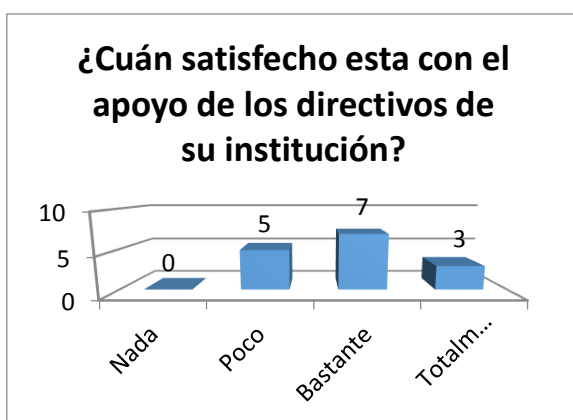
GRAFICO N° 53 Médicos con Burnout



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

GRAFICO N° 54 Enfermeras sin Burnout



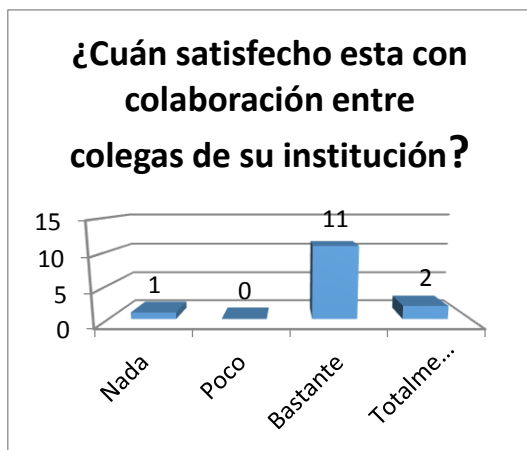
Fuente: enfermeras a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

Se ve aquí una considerable disminución de porcentajes con respecto a los resultados anteriores, entre un 20 y 30% de profesionales se encuentran poco satisfechos con el apoyo que reciben de sus directivos, entre un 50 y 70% se sienten bastantes satisfechos, y a diferencia de los anteriores esta solo entre un 20% en el caso de las enfermeras y 7% en el caso de los médicos el bajo sentir del apoyo recibido por parte de los directivos de la institución que se encuentran trabajando.

COLABORACION ENTRE COLEGAS

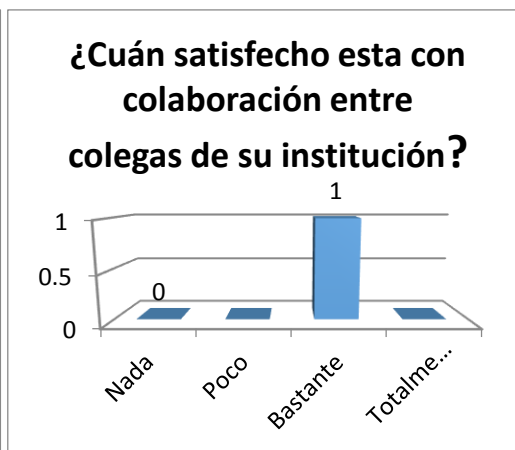
GRAFICO N° 55 Médicos sin Burnout



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

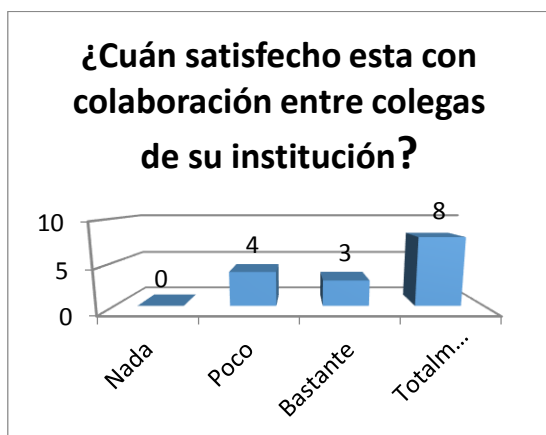
GRAFICO N° 56 Médicos con burnout



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

GRAFICO N° 57 Enfermeras sin Burnout



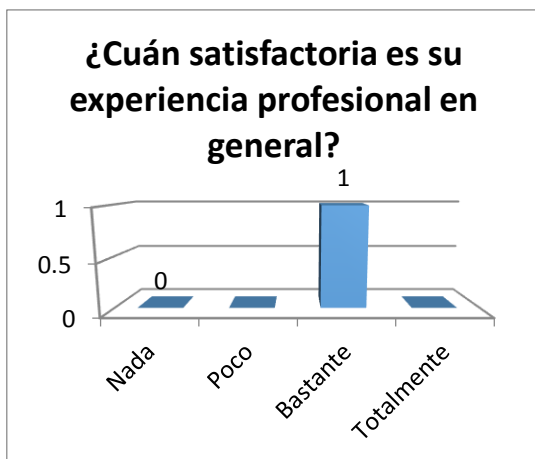
Fuente: enfermeras a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

A diferencia de los anteriores resultados, en esta pregunta se observa un alto apoyo entre enfermeras con un 53% de sentirse totalmente satisfechas, mientras que en los doctores baja considerablemente el porcentaje, llegando incluso, a sentirse en un 7% nada satisfechos en la colaboración entre colegas. Incluso el médico con Burnout que hasta aquí se sentía totalmente satisfecho en todo, baja a sentirse bastante satisfecho al igual que los médicos sin Burnout con un 79% en el mismo sentir y tan solo un bajo 14% de médicos que se sienten totalmente satisfechos entre colegas.

SATISFACCION EXPERIENCIA

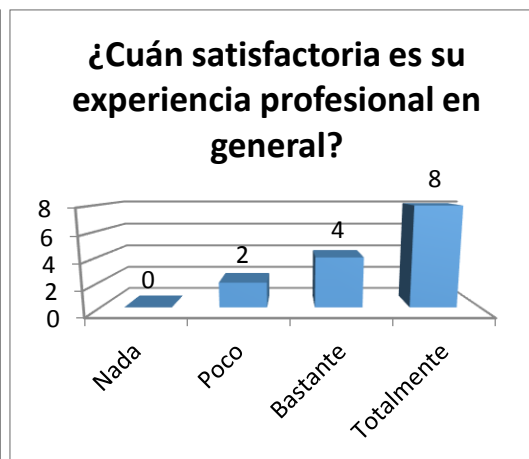
GRAFICO N° 58 Médico con Burnout



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

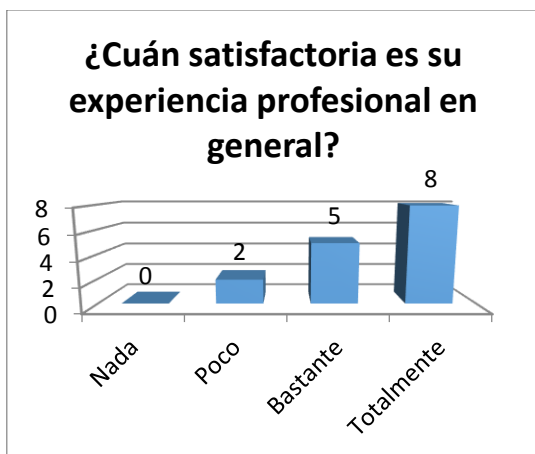
GRAFICO N° 59 Médicos sin Burnout



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

GRAFICO N° 60 Enfermeras sin Burnout



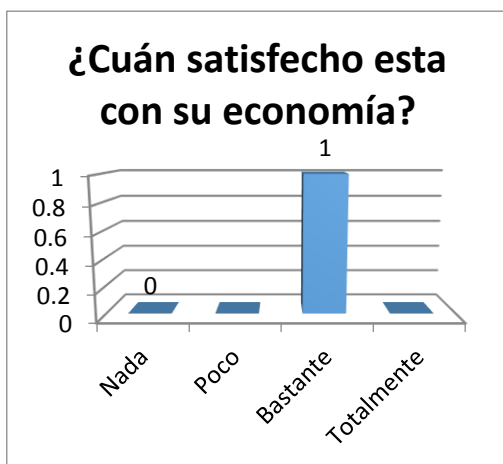
Fuente: enfermeras a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

Con respecto a la experiencia profesional obtenida por médicos y enfermeras se observa total satisfacción con más de un 50% de aceptación en ambos casos, alrededor de un 30% están totalmente satisfechos y con un 13 y 14% se sienten poco satisfechos con su experiencia profesional.

ECONOMIA

GRAFICO N° 61 Médico con Burnout



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

GRAFICO N°62 Médicos sin Burnout



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Elaborado por: Mora, C. (2012)

GRAFICO N° 63 Enfermeras sin Burnout



Fuente: enfermeras a través de cuestionario sociodemográfico

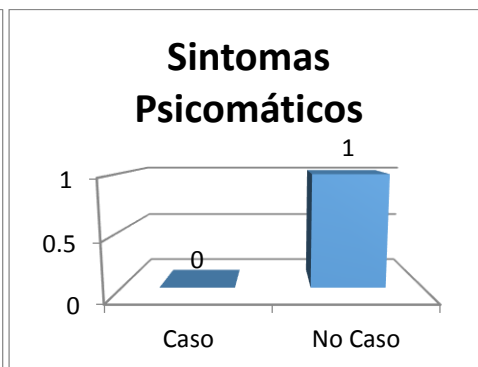
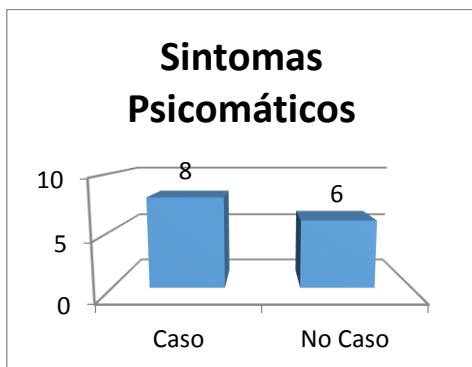
Elaborado por: Mora, C. (2012)

En el caso de la satisfacción económica percibida por los médicos se puede observar que es bastante baja, el 43% se siente poco satisfecho y un 7% incluso se siente nada satisfecho. En el caso de las enfermeras también es un alto índice de 34% quienes dicen sentirse poco satisfechas, mientras que la persona con síndrome de burnout dice sentirse bastante satisfecha.

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL (GHQ – 28)

SINTOMAS PSICOSOMATICOS

GRAFICO N° 64 Médicos sin Burnout GRAFICO N° 65 Médico con Burnout



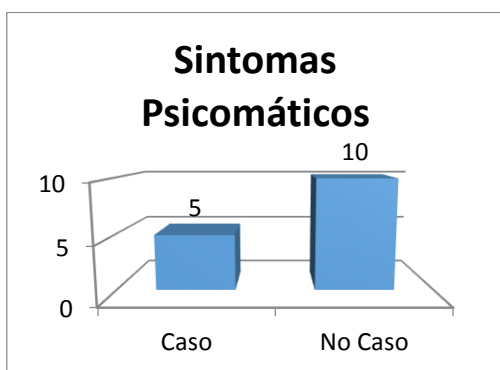
Fuente: médicos a través de cuestionario GHQ – 2

Fuente: médicos a través de cuestionario GHQ – 28

Elaborado por: Mora, C. (2012)

Elaborado por: Mora, C. (2012)

GRAFICO N° 66 Enfermeras sin Burnout



Fuente: enfermeras a través de cuestionario GHQ – 28

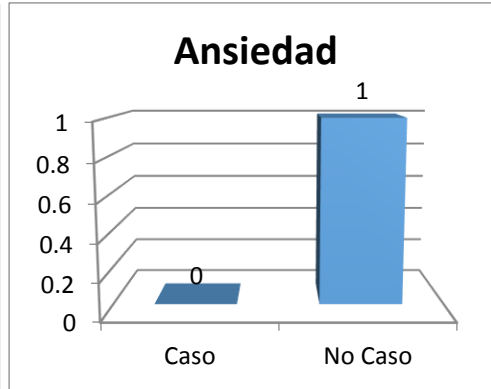
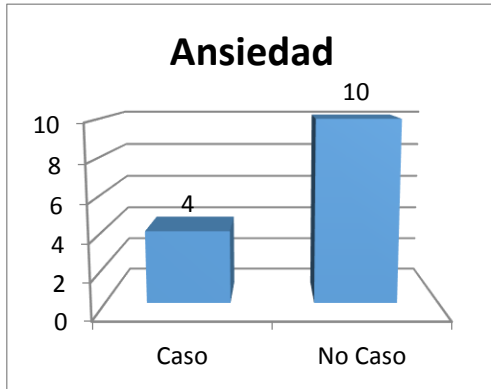
Elaborado por: Mora, C. (2012)

Al evaluar la salud en general de los profesionales de medicina hemos podido constatar que en el caso de los médicos los síntomas psicosomáticos un 57% presenta algún tipo de molestia mientras que en el caso de las enfermeras un 33% presenta síntomas psicosomáticos como por ejemplo dolor de cabeza, espalda, etc.

ANSIEDAD

GRAFICO N° 67 Médicos sin Burnout

GRAFICO N° 68 Médico con Burnout



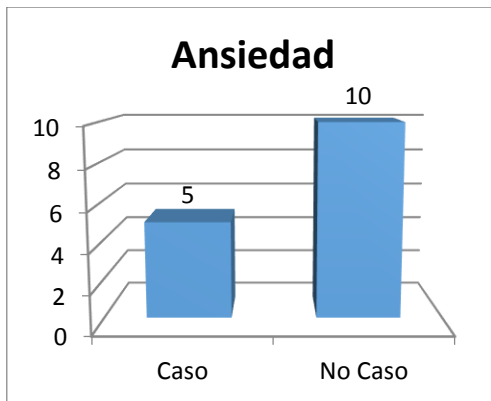
Fuente: médicos a través de cuestionario GHQ – 28

Fuente: médicos a través de cuestionario GHQ – 28

Elaborado por: Mora, C. (2012)

Elaborado por: Mora, C. (2012)

GRAFICO N° 69 Enfermeras sin Burnout



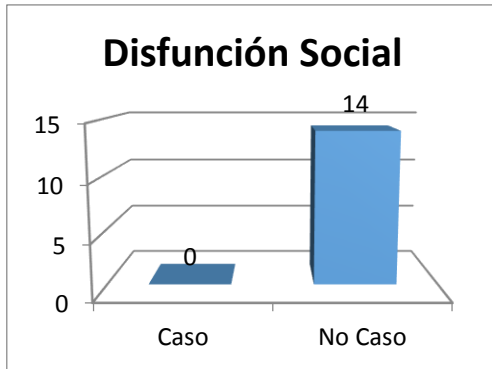
Fuente: enfermeras a través de cuestionario GHQ – 28

Elaborado por: Mora, C. (2012)

En el caso de la ansiedad se presenta tan solo un 29% en el caso de los médicos y un 33% en el caso de las enfermeras mientras que la persona con síndrome de burnout no presenta caso de ansiedad.

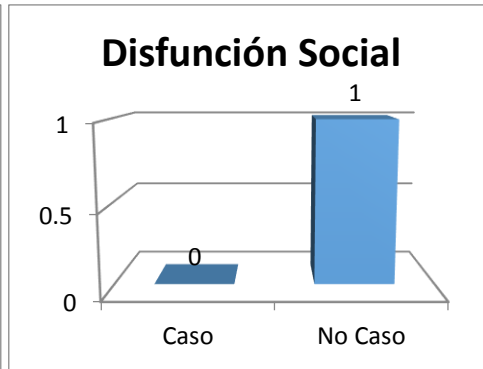
DISFUNCION SOCIAL

GRAFICO N° 70 Médico con Burnout GRAFICO N°71 Médicos sin Burnout



Fuente: médicos a través de cuestionario GHQ – 28

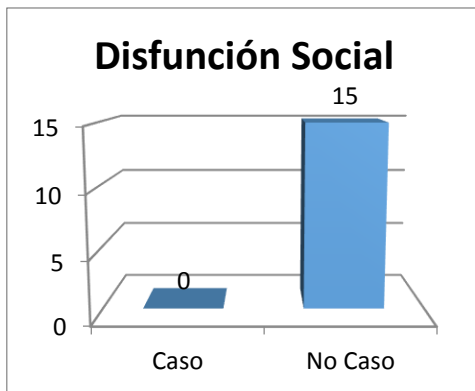
Elaborado por: Mora, C. (2012)



Fuente: médicos a través de cuestionario GHQ – 28

Elaborado por: Mora, C. (2012)

GRAFICO N° 72 ENFERMERAS SIN BURNOUT



Fuente: enfermeras a través de cuestionario GHQ – 28

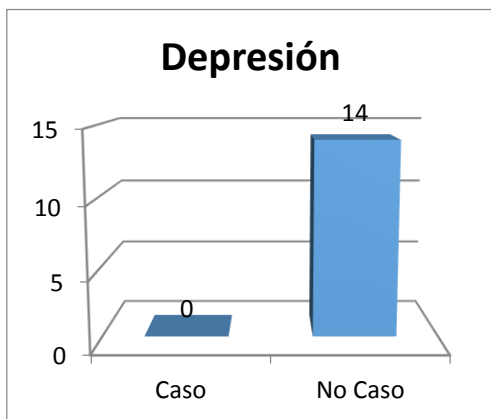
Elaborado por: Mora, C. (2012)

No se presenta ningún caso de disfunción social.

DEPRESION

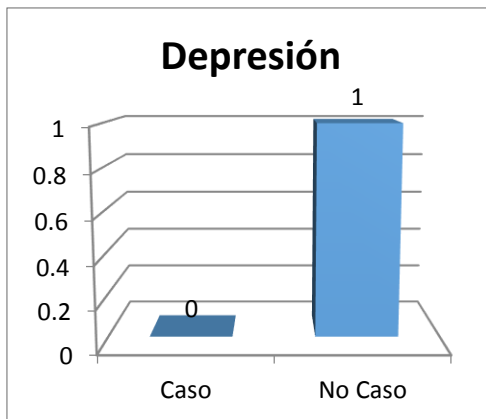
GRAFICO N° 73 Médico con Burnout

GRAFICO N° 74 Médicos sin Burnout



Fuente: médicos a través de cuestionario GHQ – 28

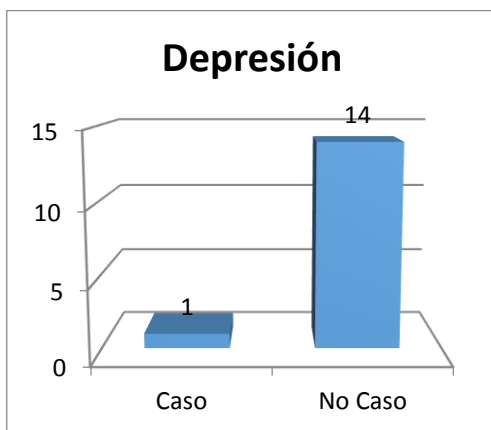
Elaborado por: Mora, C. (2012)



Fuente: médicos a través de cuestionario GHQ – 28

Elaborado por: Mora, C. (2012)

GRAFICO N° 75 Enfermeras sin Burnout



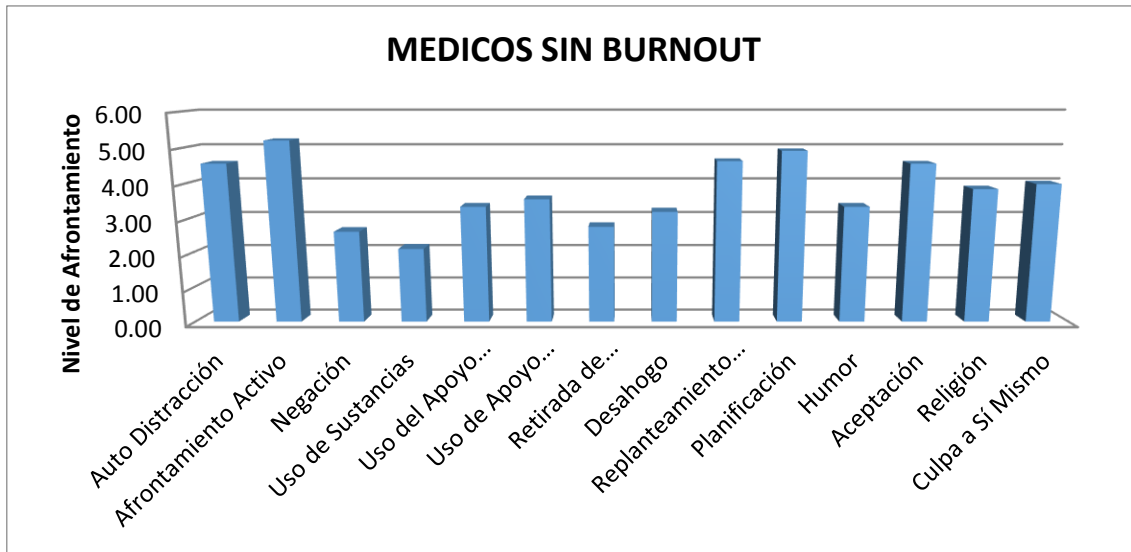
Fuente: enfermeras a través de cuestionario GHQ – 28

Elaborado por: Mora, C. (2012)

En los médicos no se registran casos de depresión mientras que en las enfermeras se detecta en un 7% los casos de depresión.

CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO (BRIEF – COPE)

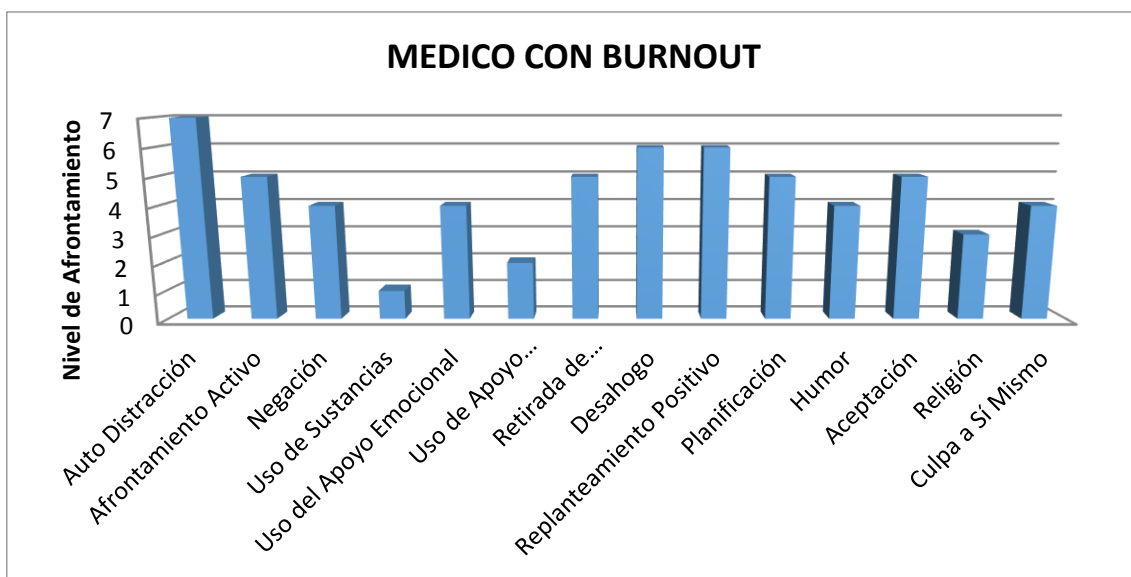
GRAFICO N° 76 Nivel de Afrontamiento



Fuente: médicos a través del cuestionario BRIEF-COPE

Elaborado por: Mora, C. (2012)

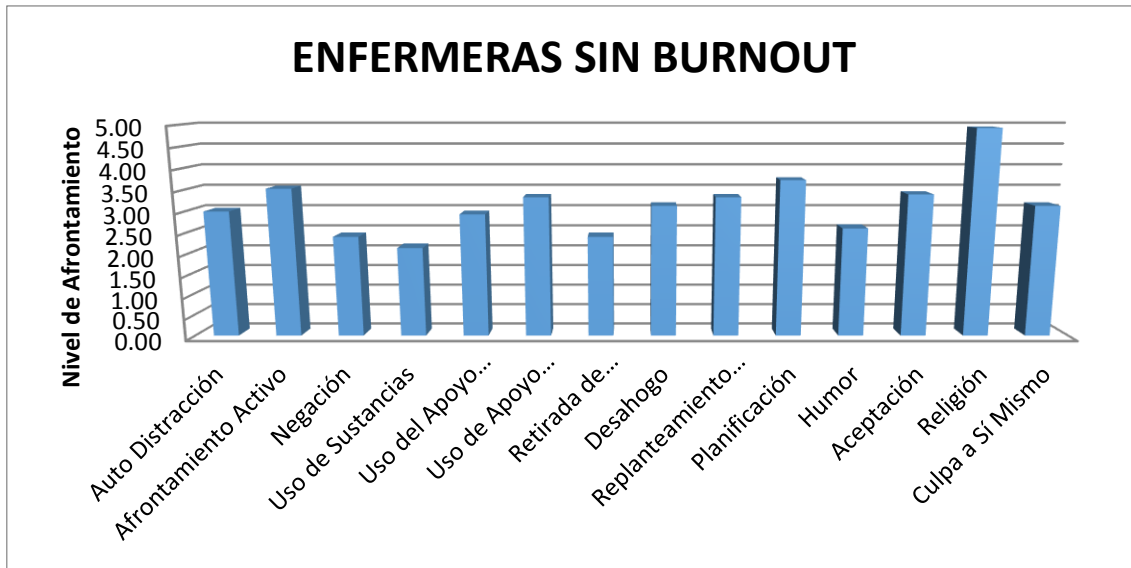
GRAFICO N° 77 Nivel de Afrontamiento



Fuente: médicos a través del cuestionario BRIEF-COPE

Elaborado por: Mora, C. (2012)

GRAFICO N° 78 Nivel de Afrontamiento



Fuente: enfermeras a través del cuestionario BRIEF-COPE

Elaborado por: Mora, C. (2012)

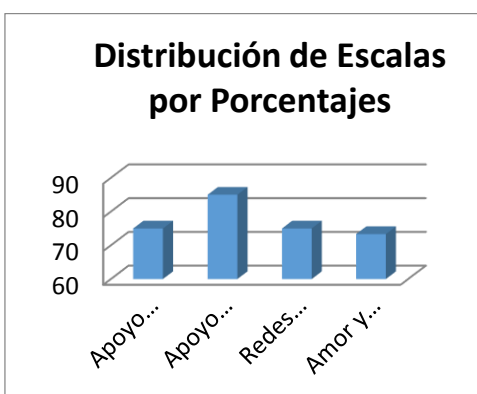
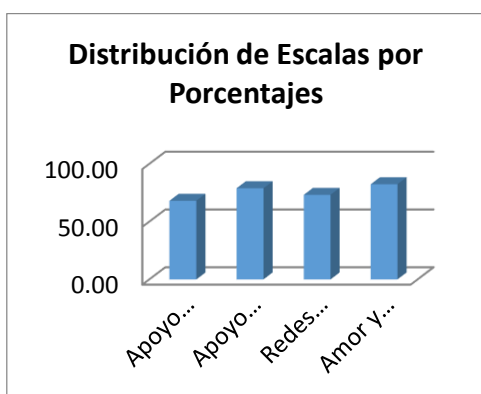
Vemos un tipo de afrontamiento estable en el caso de médicos y enfermeras, con picos que no pasan del nivel 5 a excepción de los médicos en cuanto a aceptar las cosas realmente como son, y un mínimo de dos en el uso de apoyo emocional como medio de afrontamiento a las situaciones de estrés. En el caso del afrontamiento activo vemos bastante alto el pico en ambas situaciones, así como en el uso de apoyo emocional con que cuentan los profesionales en su vida social. Otro caso que es importante recalcar es un bajo índice de culpabilidad de los profesionales y la tendencia positiva en ambos casos de aprender de las situaciones difíciles como experiencia y conocimiento para el futuro. En el caso del médico con síndrome de burnout podemos observar picos bastante altos y bajos que muestran un alto índice de culpabilidad así como un bajo uso del apoyo instrumental y emocional, también vemos que tiende a replantearse las situaciones de manera positiva así como el uso de actividades disipadoras del estrés.

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL (AP)

Porcentajes de Apoyo Emocional, Apoyo Instrumental, Redes Sociales, Amor y Apego.

GRAFICO N° 79 Médicos sin Burnout

GRAFICO N° 80 Médico con Burnout

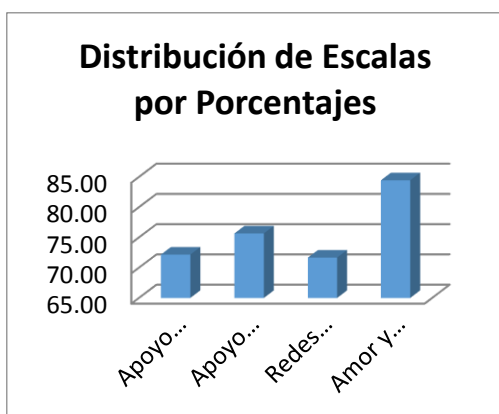


Fuente: médicos a través de cuestionario de apoyo social (AP) Fuente: médicos a través de cuestionario de apoyo social (AP)

Elaborado por: Mora, C. (2012)

Elaborado por: Mora, C. (2012)

GRAFICO N° 81 Enfermeras sin Burnout



Fuente: enfermeras a través de cuestionario de apoyo social (AP)

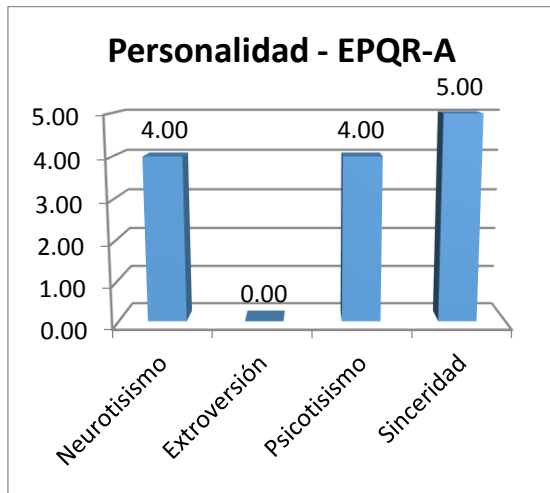
Elaborado por: Mora, C. (2012)

En el cuestionario de apoyo social podemos percibir cuán apoyados se sienten los médicos tanto en el apoyo emocional, instrumental como el sentirse amados por quienes les rodean. En el caso de las enfermeras disminuye considerablemente a excepción del amor y cariño que sienten. Con respecto al médico con síndrome de burnout se observa una diferencia

bastante amplia con respecto al resto, es solo en el apoyo instrumental en donde se siente seguro, mientras que en la parte emocional se ve muy bajo el porcentaje obtenido.

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD

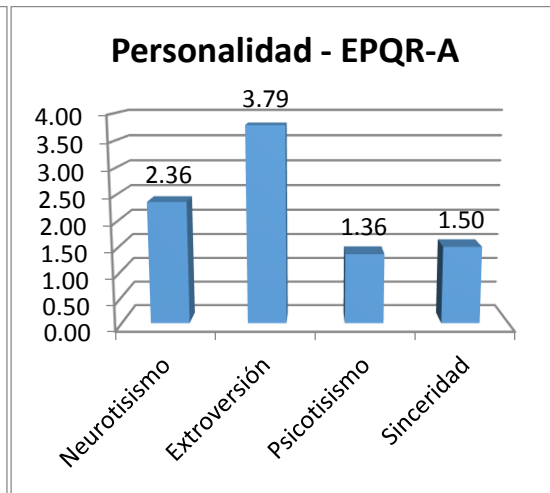
GRAFICO N° 82 Médico con Burnout



Fuente: médicos a través de cuestionario EPQR – A

Elaborado por: Mora, C. (2012)

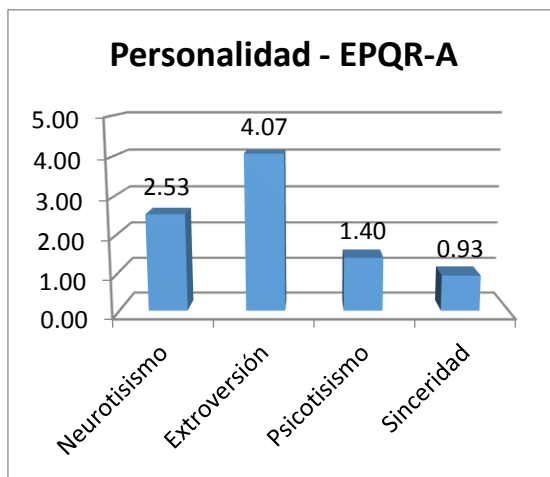
GRAFICO N° 83 Médicos sin Burnout



Fuente: médicos a través de cuestionario EPQR – A

Elaborado por: Mora, C. (2012)

GRAFICO N° 84 Enfermeras sin Burnout



Fuente: enfermeras a través de cuestionario EPQR – A

Elaborado por: Mora, C. (2012)

Con respecto a la personalidad evaluada se han tomado en cuenta cuatro puntos, el neuroticismo, extroversión, psicoticismo y sinceridad. Tanto en médicos como en enfermeras que no presentan síndrome de Burnout, se observa un cuadro similar, siendo la extroversión el único punto alto de los cuatro a medirse; sin embargo, en el médico diagnosticado con síndrome de burnout podemos observar un cuadro completamente opuesto, donde se manifiesta una persona introvertida y con altos índices de neuroticismo y psicoticismo.

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

Luego de definir los conceptos del presente estudio se analizan los resultados. Se comienza con el tema principal, el síndrome de Burnout, encontrando solo un caso dentro del campo de investigación.

El Hospital N.N de la ciudad de Loja se identifica como el más grande y completo de la provincia respecto a su condición de centro de servicio de salud pública, con pacientes que reciben la prestación de un servicio, por el cual éstos o sus representantes legales aportan mensualmente.

Al momento de realizar la investigación se encontró un cuadro de descontento general a nivel de médicos debido al cambio de políticas donde, pasan de realizar un trabajo por horas para completar las ocho horas diarias obligatorias, estipuladas por la ley. Debido a que un 46% de médicos realizan su trabajo en sector público y privado conjuntamente, esta medida les afecta considerablemente lo que se ve reflejado en los resultados del Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI).

Éste cuestionario no sólo expresa resultados acerca del síndrome de Burnout, también brinda información importante sobre el estado psicológico del paciente, evaluando tres rasgos importantes de la personalidad los cuales se analizan a continuación.

- En la **subescala de agotamiento emocional**, el 28% de los médicos tienen un nivel alto de agotamiento, 36% medio y un 36% bajo; el 80% de las enfermeras poseen un nivel bajo; y, el médico que presenta síndrome de burnout, registra un nivel alto de agotamiento del 20%.

Para definir el agotamiento emocional Maslach (1993) lo explica como “el sentimiento de no poder más de sí a nivel emocional y a una disminución de los propios recursos emocionales”; los médicos y específicamente el profesional diagnosticado con burnout, se encuentran afectados, lo que es menor escala en las enfermeras. Es indudable que, las condiciones de trabajo los dos tipos de profesionales, tiene una marcada diferencia.

- En la **subescala de despersonalización Maslach** (1993), según el autor de la escala, la despersonalización es “una respuesta de distancia negativa, sentimientos y conductas cínicas respecto a otras personas que son normalmente los usuarios del servicio o del cuidado”.

En base a esta conceptualización y a los resultados de la investigación, se determina con preocupación que el profesional que padece el síndrome de burnout tiene una marcada despersonalización, que no está alejada del 14% de sus colegas, que también padecen de despersonalización. Las enfermeras no registran este caso. Es importante hacer notar que también existe diferencia en este aspecto entre médicos y enfermeras.

- En la **subescala de realización personal** en primer lugar hay que destacar en qué términos Maslach (1993) se refiere a la realización personal, a la que dice “la reducida realización personal se refiere a la disminución en los propios sentimientos de competencia y logro en el trabajo”.

Las diferencias sociales pueden ser un factor importante para diferenciar las necesidades de los profesionales, en tanto los médicos buscan su realización personal las enfermeras buscan aplacar necesidades que si bien no han desembocado en síndrome de Burnout han causado cierto grado de ansiedad y depresión.

En lo que tiene que ver a los resultados relacionados a los aspectos emocionales los médicos tienden a replantear sus problemas y a enfrentar las situaciones estresantes con humor, situación que también es acogida por el profesional con síndrome de burnout.

En lo que se refiere al apoyo social, se debe destacar que el médico con síndrome de burnout solo recibe apoyo instrumental en donde se siente seguro, mientras que en la parte emocional se ve muy disminuido, teniendo que acudir a la auto distracción y desahogo como tipo de afrontamiento. La situación del médico con burnout es contraria a la que presentan a sus colegas, que reconocen que hay apoyo para encontrar el equilibrio emocional frente a las adversidades laborales.

Si bien se determina que el afrontamiento activo es un punto alto, lo que explica que realizan diferentes actividades disipadoras de estrés para calmar sus preocupaciones, en el caso del médico con síndrome de burnout se observan picos bastante altos y bajos determinando un alto índice de culpabilidad así como un bajo uso del apoyo instrumental y emocional, pese a ello, es interesante conocer que replantea las situaciones de manera positiva así como el uso de actividades disipadoras del estrés.

En el estudio de Weinert, (1985) se explica, que: “la motivación no es la única determinante del rendimiento laboral y de la conducta en el trabajo ya que existen otras

variables como los esfuerzos, las aptitudes, las expectativas, los valores, y experiencias previas, correspondientes a características individuales” (p.124).

Esta descripción encaja a la situación del médico que padece burnout, que pese a no estar motivado, como estrategia de afrontamiento pone en juego sus valores, experiencias previas y otras variables para cumplir su aspiración de seguir trabajando. Vale la pena destacar la actuación del personal de enfermería y también del profesional con burnout, que pese a no contar con el apoyo que reciben los médicos sin el síndrome, se sienten menos frustrados; la respuesta a esto, está determinada por las necesidades en lo que tiene que ver a sus situaciones económicas y sociales.

Al analizar el cuestionario de personalidad EPQR–A se consideran cuatro factores de la personalidad.

- El **neuroticismo** que según Eysenck (1944) indica “una emotividad muy intensa y elevado tono, afirmando que son personas muy ansiosas, tensas, inseguras y tímidas” es un rasgo que denota inestabilidad emocional y baja tolerancia al estrés.

El profesional que presenta Burnout se muestra con alto grado de neuroticismo y se califica como una persona muy introvertida, lo que comprueba la explicación antes dada, lo que contrasta con los médicos que tienen el síndrome, quienes tienen a la extroversión como punto alto y destacado.

- **Extroversión**, Para Jung (1961), “la extraversión es la actitud que se caracteriza por concentrar el interés en un objeto externo. Esto supone que la persona extrovertida está interesada en el otro a la hora de entablar un vínculo social y predispone su ánimo para que la relación prospere”

La introversión es la actitud que caracteriza al profesional que padece el síndrome de burnout por la concentración del interés en los procesos internos propios, a más de su conducta poco sociable y el afán de permanecer encerrado en sí mismo, lo que le provoca soledad y angustia.

- El **psicotisismo**, según Eysenck (1944) indica que “es una dimensión sobre la vulnerabilidad a conductas impulsivas, agresivas o de baja empatía. Son fríos, egocéntricos e irresponsables, pero también son más creativos, objetivos, realistas, competitivos, originales y críticos”.

En el caso del psicotismo el profesional con Burnout lo presenta en un índice bastante elevado, es un factor de riesgo no solo para él, sino también en sus relaciones con familiares, amigos y lo que es peor, con sus pacientes.

- La **sinceridad**, según el Diccionario on-line (2015) “es una virtud que pueden poseer muchos seres humanos, es un valor o principio que hasta puede llegar a definir la personalidad de un individuo, no se trata únicamente de decir la verdad, va más allá, la sinceridad es una actitud que trasciende en el tiempo y afecta el modo de actuar, de expresarse además de afectar el estado de ánimo, pues al ser una persona sincera te sientes bien contigo mismo”. (párr.1).

Al realizar el análisis sobre las causas de los permisos de los profesionales, se observa que el médico que tiene el síndrome de burnout no especifica la razón por la no asistencia a sus trabajo, los médicos sin burnout indican que es por capacitarse y las enfermeras por problemas de salud. Lo que se indica demuestra el estado la falta de sinceridad del médico que padece el síndrome.

La terapia cognitivo–conductual, la reestructuración de recursos, fortalecimiento de autoestima individual y grupal, son las más aconsejables entendiendo que la personalización del individuo como ente único debe ser el factor primordial al momento de tratar el problema. Las terapias individuales y grupales fortalecen las relaciones y habilidades sociales,

El número de pacientes diarios atendidos por los profesionales también tiene notable importancia al momento de analizar un factor de estrés, la presión de los médicos y enfermeras ante un número considerable de pacientes puede originar no solo cansancio físico sino también emocional pues la interacción interpersonal debe brindar paciencia, empatía, cordialidad y respeto. Pese a que el médico que tiene el síndrome atiende a un menor número de pacientes, puede verse afectado a nivel emocional.

En lo que tiene que ver con la hipótesis, se determina que los médicos y enfermeras no se encuentran en condiciones físicas, psicológicas y emocionales aptas para practicar la profesión adecuadamente en el hospital N.N., situación que es mucho más evidente en el desempeño profesional del médico a quien se le detectó el Síndrome de Burnout.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES

En relación a los objetivos planteados y la hipótesis de trabajo, se obtienen las siguientes conclusiones;

- La investigación realizada a través del cuestionario de MBI (Inventario de Burnout), en relación al objetivo planteado: determinar el estado de la salud mental de los profesionales de instituciones sanitarias; establece que existe un profesional con síndrome de burnout, quien es un médico de sexo masculino de 34 años de edad, etnia mestiza, casado con un hijo; que tiene un grado de medio - alto de neurotisismo y psicotisismo; su personalidad es introvertida.
- Se destaca que el médico con síndrome de burnout recibe apenas de apoyo instrumental, donde se siente seguro, mientras que en la parte emocional se ve muy disminuido, teniendo que acudir a la auto distracción y desahogo como tipo de afrontamiento. La situación del médico con burnout es contraria a la que presentan a sus colegas, que reconocen que hay apoyo para encontrar el equilibrio emocional frente a las adversidades laborales, lo que permite comprobar que se cumplió el objetivo propuesto en la investigación: Identificar el apoyo social procedente de la red social.
- En lo que tiene que ver al tercer objetivo específico: conocer los modos de afrontamiento ante situaciones adversas de los profesionales de la salud; se determina que al ser el afrontamiento activo un punto alto, utilizan diferentes actividades disipadoras de estrés para calmar sus preocupaciones.
- En el caso del médico con síndrome de burnout se observan picos bastante altos y bajos determinando un alto índice de culpabilidad así como un bajo uso del apoyo instrumental y escaso apoyo emocional, pese a ello, es interesante conocer que replantea las situaciones de manera positiva así como el uso de actividades disipadoras del estrés, como un modo de afrontamiento.
- En cumplimiento del cuarto objetivo específico de la investigación: identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de instituciones sanitarias los cuales que sean identificados con el burnout, se tomaron en cuenta cuatro puntos, el neurotisismo, extroversión, psicotisismo y sinceridad, determinando que el médico diagnosticado con síndrome de burnout, se manifiesta como una persona introvertida y con altos índices de neuroticismo y psicotisismo, teniendo un cuadro completamente opuesto a los profesionales que no padecen el síndrome.

- De acuerdo a los resultados obtenidos se observa un 36% de agotamiento emocional bajo y medio y un 28% alto en el caso de los médicos sin burnout, en el médico que presenta Burnout es alto el índice de agotamiento emocional y en el caso de las enfermeras un 80% presentan bajos niveles de agotamiento emocional y solo un 20% se sienten agotadas.
- Con respecto a la despersonalización un 14% de los médicos tienen niveles altos de despersonalización; en enfermeras no se presenta este estado; el médico con Burnout registra un alto índice de despersonalización.
- En el ambiente laboral, hay una gran diferencia entre médicos y enfermeras, así, los primeros se sienten medianamente provistos de recursos; el 7% tienen poco o nada de recursos, mientras que las enfermeras están satisfechas con su economía.
- La hipótesis de trabajo se la acepta porque los médicos y enfermeras requieren condiciones físicas, psicológicas y emocionales aptas para practicar la profesión adecuadamente en un hospital público con gran afluencia de pacientes.

CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES

- El gobierno nacional, a través del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, debe diseñar políticas que conlleven a una mejora sustancial de los servicios en el campo de la salud pública, con centros hospitalarios bien dotados y personal profesional con estabilidad laboral, que sea solvente y dispuesto a brindar lo mejor de sus conocimientos fortaleciendo el buen vivir de los ecuatorianos

- A los directivos del centro de salud investigado, impulsar una sostenida capacitación y formación de recursos humanos en el área de servicio a los usuarios, fomentando la debida motivación, seguridad y crecimiento profesional y personal.

- Como investigadora recomiendo incrementar el estudio sobre los recursos utilizados en los centros de salud pues el trabajo de los médicos se ve perjudicado por falta de estos.

- A los docentes universitarios impulsar el estudio teórico del Burnout en profesionales de la salud pública para que éstos sepan cuáles son sus causas y busquen medidas de prevención y el tratamiento oportuno y adecuado.

- A los responsables del departamento administrativo del Hospital, asignar profesionales en el área de psicología para la debida orientación y atención al público, sabiendo que la terapia psicológica hoy en día se considera una ciencia clave para la estabilidad emocional de las personas.

CAPÍTULO VII: BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, H. (2006). *Burnout y su relación con variables sociodemográficas y organizacionales en profesores universitarios chilenos*. Santiago: Jornadas de Fomento a la Investigación.
- Alonso Fachado, A. (2008). *Influencia del apoyo social en el tratamiento de la diabetes tipo 2*. Recuperado el 11 de noviembre de 2015, de https://books.google.com.ec/books?id=mMNz8JWW-IEC&pg=PA2&lpg=PA2&dq=Apoyo+Social+Estructural+definicion&source=bl&ots=6lh7Crze2C&sig=JEc3DdtLrNqD4tTtMz9qlqhwEQ8&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjm2vSV-KjJAhXJHh4KHWnBD_s4ChDoAQhCMAY#v=onepage&q=Apoyo%20Social%20Estru
- Álvarez, E., & et.al. (1991). *El síndrome del burnout o el desgaste profesional*. Madrid: Asociación española de neuropsiquiatría.
- Aranda Beltrán, C. Z., & Sahun Flores, J. E. (2011). Síndrome de burnout, variables sociodemográficas y laborales en médicos especialistas del Hospital Valentín Gómez Farias, México. *Revista Colombiana de Salud Pública*, 1(1), 1-29.
- Barlow, D., & Durand, V. (2003). *Psicopatología*. Madrid: Thomson.
- Barrón, A. (2006). *Apoyo social; aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.
- Basabe, N. (s.f.). Salud, factores psicosociales y cultura . En N. Basabe, *Psicología Social, Cultura y Educación* (págs. 1-35).
- Bittar, M. C. (2012). *Burnout y estilos de personalidad en estudiantes universitarios*. Recuperado el 4 de noviembre de 2015, de Área de psicología: http://fci.uib.es/digitalAssets/177/177915_2.pdf
- Brannon, L., & Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid, España: Thomson Learning.
- Byrne, B. M. (1994). Burnout: pruebas para la validez, la replicación y la varianza de la estructura causal de los profesores de secundaria. *American Educational Research Journal*.
- Canguilhem, G. (1998). *Lo normal y lo patológico*. New York: Zone Books.
- Castillo Abad, L. (2014). *La depresión de los trabajadores*. La Rioja: Editorial Universitaria.
- Cialzeta, J. R. (2013). *El sufrimiento mental en el trabajo: Burnout en Médicos de un Hospital de Alta Complejidad, Corrientes*. Córdoba, Argentina: Universidad Nacional de Córdoba.
- Confederación de empresarios de Málaga. (2013). *Guía de prevención de riesgos psicosociales en el trabajo*. Recuperado el 10 de noviembre de 2015, de Técnicas de motivación: http://www.cem-malaga.es/portalcem/novedades/2013/CEM_guia_riesgos_psicosociales_interactivo.pdf
- De la Fuente Roldán, I.-N., & Sánchez Moreno, E. (2012). Trabajo Social, Síndrome de estar quemado por el trabajo y malestar psíquico: un estudio empírico en una muestra de trabajadores sociales de la Comunidad de Madrid. *Portularia*, 12(Extra), 121-130.
- Diccionario on-line. (2015). *Definición de sinceridad*. <http://conceptodefinicion.de/sinceridad/>.

- Estreslaboral.INFO. (2015). *¿Qué es el estrés laboral?* Recuperado el 14 de noviembre de 2015, de Estrés laboral: <http://www.estreslaboral.info/>
- Franco Iraheta, D. C., & Fuentes Quintanilla, S. N. (2005). *Factores que inciden en el estrés laboral en el personal de enfermería del Hospital Nacional San Rafael*. San Salvador, El Salvador: Universidad Francisco Gavidia.
- Freudenberger, H. (1974). Staff burnout. *J. Soc. Issues*, 30(1), 159-166.
- García Allén, J. (2014). *¿Qué es el locus de control?* Recuperado el 20 de septiembre de 2015, de <http://psicologiyamente.net/psicologia/locus-de-control>
- Gil-Monte, P. R., & Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo; el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Guerrero Barona, E., & Rubio Jiménez, J. (2005). Estrategias de prevención e intervención del Burnout en el ámbito educativo. *Salud mental*, 28(5), 27-33.
- Hernández, L. O., & Ibáñez, I. (2003). Estar quemado y su relación con el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*(4), 323-336.
- Jiménez Brito, D. (2011). *Programa de intervención para disminuir el estrés laboral en el personal de enfermería del hospital Vicente Corral Moscoso*. Cuenca: Universidad de Cuenca.
- Juárez-García, A., Idrovo, Á. J., Camacho-Ávila, A., & Placencia-Reyes, O. (2014). Síndrome de burnout en población mexicana. *Salud mental*, 37(2), 159-176.
- Lazarus, & Folkman. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Editorial Martínez Roca.
- Mansilla Izquierdo, F. (2015). *El síndrome de burnout o síndrome de quemarse por el trabajo*. Recuperado el 4 de noviembre de 2015, de Psicología on line: http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4_8.shtml
- Martín Chaparro, M., & et.al. (2004). Nuevos retos de las políticas de salud laboral en las organizaciones de trabajo. *Temas laborales*, 187-211.
- Martínez Pérez, A. (Septiembre de 2010). *El síndrome de burnout*. Recuperado el 15 de noviembre de 2015, de El síndrome de burnout, evolución conceptual y estado actual de la cuestión: <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm>
- Martínez, A. (2010). Recuperado el 11 de noviembre de 2015, de El síndrome de Burnout; evolución conceptual y estado actual de la cuestión: <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm>
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced Burnout , 2, 99-113. *Journal of Occupational Behavior*(2), 99-113.
- Melgosa, J. (2000). *Sin estrés*. Madrid: Editorial Safeliz.
- Merlano Medrano, S. (junio de 2011). *¿Cómo manejar el stress laboral?* Obtenido de Contribuciones a las ciencias sociales: www.eumed.net/rev/cccss/12/

- Miravalles, J. (2014). *Modelos explicativos de burnout*. Recuperado el 10 de noviembre de 2015, de Gabinete de Psicología: <http://www.javiermiravalles.es/sindrome%20burnout/Modelos%20explicativos.html>
- Molina José Luis, F. R., & Llopis, J. (2008). *El apoyo social desde la perspectiva de la redes personales*. Monterrey, México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Muñoz, A. (2014). *Tipos de personalidad*. Recuperado el 10 de septiembre de 2015, de <http://www.cepvi.com/index.php/psicologia/articulos/que-es-la-personalidad>
- Naranjo Pereira, M. L. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Revista Educación*, 33(2), 171.
- Pastor González, E. (2012). *Personalidad y enfermedad*. Recuperado el septiembre15 de 2015, de <http://www.actualpsico.com/personalidad-y-enfermedad/>
- Peiró, J. (1992). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Eudema.
- Peiro, J. M. (1999). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Pirámide.
- Ramírez Castellanos Maricarmen, R. M., & Machuca Diaz, V. D. (2012). *Elaboración del wiki sobre “el estrés”*. México, D.F: Universidad Autónoma de México.
- Ríos Riskey, M. P., & Godoy Fernández, C. (2008). Burnout y salud percibida en profesionales de enfermería de Cuidados Intensivos . *Enfermería Intensiva*, 19(4), 169-178.
- Rodríguez González, R. R., & Molerio Pérez, O. (2002). Estrés laboral, consideraciones sobre sus características y formas de afrontamiento. *Revista Internacional de Psicología*, 3(1), 1-19.
- Rout, .., & Rout, J. (2002). *El manejo del estrés para los profesionales de atención primaria de salud*. Higham: Kluwer Academic Publishers.
- Solórzano Góngora, C. A., & Tapia Castellanos, M. M. (2012). *Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital Solca de las ciudades de Quito y Ambato, durante el año 2012*. Ambato: Universidad Técnica Particular de Loja.
- Tenezaca Mora, V. C., & Valverde Loja, E. M. (2014). *Estrés laboral y su relación con las condiciones de trabajo del personal profesional de enfermería del Hospital Homero Castanier Crespo Azogues 2013*. Cuenca: Universidad de Cuenca.
- Torres-Montano, A. d., & Cruz, Á. M. (2013). Burnout y Estrategias de Afrontamiento en Personal de Atención en Salud en una Empresa Social del Estado Nivel 2. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 3(4), 16-19.
- Triglia, A. (2015). *Psicología y mente*. Recuperado el 10 de noviembre de 2015, de El precedente: analizando introversión y extraversión: <http://psicologiymente.net/personalidad/como-te-afecta-el-entorno-introversion-y-extraversion>

Universia. (2 de junio de 2015). *Conoce las características y consecuencias del síndrome de burnout*. Recuperado el 10 de noviembre de 2015, de Universia:
<http://noticias.universia.ad/portada/noticia/2015/06/02/1126144/conoce-caracteristicas-consecuencias-sindrome-burnout.html>

Weinert, A. (1985). *Manual de psicología de la organización*. Barcelona, España: Editorial Herce.

Zaldívar Pérez, D. F. (2002). *Estrés: factores protectores*. Recuperado el 10 de noviembre de 2015, de Infomed: <http://www.sld.cu/saludvida/psicologia/temas.php?idv=6091>

Zapf, D. (2002). Emotion work and psychological wellbeing. *Human Resource Management Review*, 12(2), 237-268.

CAPÍTULO VIII: ANEXOS