



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Prevalencia del síndrome de Burnout y agotamiento emocional, relacionada con el neuroticismo, en médicos/as y enfermeras de dos instituciones públicas, ubicadas en el sur de la provincia de Santa Elena, durante el año 2016 2017.

TRABAJO DE TITULACIÓN.

AUTORA: Rosales Catuto, María Maritza

DIRECTOR: MSc. Alvarado Chamba, Julio Cesar

CENTRO UNIVERSITARIO SALINAS

2017



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>

Septiembre, 2017

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister.

Julio Cesar Alvarado Chamba

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: **Prevalencia del síndrome de Burnout y agotamiento emocional, relacionada con el neuroticismo, en médicos/as y enfermeras de dos instituciones públicas, ubicadas en el sur de la provincia de Santa Elena, durante el año 2016 - 2017**, realizado por **Rosales Catuto María Maritza**, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, junio de 2017

f).....

Mgtr. Julio Cesar Alvarado Chamba

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo **Rosales Catuto María Maritza**, declaro ser autor (a) del presente trabajo de titulación: **Prevalencia del síndrome de Burnout y agotamiento emocional, relacionada con el neuroticismo, en médicos/as y enfermeras de dos instituciones públicas, ubicadas en el sur de la provincia de Santa Elena, durante el año 2016 - 2017**, realizado por Rosales Catuto María Maritza, para optar por la Titulación de **Psicología**, siendo MSc. Julio Cesar, Alvarado Chamba director (a) 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 trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

f.

Autor: Rosales Catuto María Maritza

Cédula. 0914379631

DEDICATORIA

Dedico este trabajo especialmente al ser que me dio la vida, por haberme dado la fortaleza cuando a punto de flaquear he estado, sin duda a ti Dios por permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi vida, por acompañarme a cada instante e iluminar mi camino en este proceso de enseñanza y aprendizaje que me has dado, y tener la convicción que en los momentos más difíciles la perseverancia y constancia es cuando deben prevalecer.

A mi amado esposo, compañero y amigo incondicional, tolerante y paciente, sin él no hubiese sido posible alcanzar la meta.

A mis hijas que han sido mi inspiración, y siempre han estado junto a mí para consolarme y brindarme su amor en los momentos más complicados de mi vida.

María Maritza Rosales Catuto

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios infinitamente por iluminar mi camino cada día de mi vida y permitirme llegar hasta estas instancias de mi vida profesional. A mí esposo por el apoyo incondicional, por creer en que podía alcanzar mi meta, por inyectarme esa energía positiva y nunca renunciar.

A mis hijas por brindarme su amor, y comprensión especialmente en los momentos más difíciles de mi vida. Agradezco también a mi amiga Yoconda por ser parte de este proyecto, por su ayuda, e impulsarme a continuar a pesar de tantas adversidades.

Agradezco a mi docente Marina del Rocio Ramírez Zhindon, por su orientación y guía, antes y durante el transcurso del desarrollo de mi tesis. Al Mgtr. Julio Cesar Alvarado Chamba por toda la colaboración brindada durante la elaboración de este proyecto.

María Maritza Rosales Catuto.

ÍNDICE DE CONTENIDO

APROBACIÓN DEI DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE CONTENIDO	vi
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	viii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	3
MARCO TEÓRICO	3
1.1 Conceptualización del término Burnout	4
1.2 Desarrollo y fases del Burnout.....	7
1.3 Consecuencias del Burnout.....	8
1.3.1 Consecuencias en la salud en profesionales de la salud	9
1.3.2 Consecuencias en el trabajo en profesionales de la salud	9
1.3.3 Consecuencias en la familia en profesionales de la salud.....	10
1.4 Modelos explicativos del Burnout	10
1.4.1 Modelos basados desde la Teoría Sociocognitiva.....	10
1.4.2 Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social	14
1.4.3 Modelos Desarrollados desde la Teoría organizacional	15
1.4.4 Modelos sobre el proceso del Síndrome de Quemarse en el Trabajo	18
1.4.5 Modelo de la Teoría Estructural Modelo de Gil Monte.....	20
1.5 Prevalencia del Burnout	21
1.5.1. Importancia del estudio del Burnout en profesionales de la salud	21
1.6 Variables asociadas de Burnout	23
CAPÍTULO II.....	26
METODOLOGÍA	26
2.1. Objetivos	27
2.1.1. Objetivo General	27
2.1.2. Objetivos Específicos.....	27

2.2. Preguntas de investigación.....	27
2.3. Contexto de la investigación.....	28
2.4. Diseño de la investigación.....	29
2.5. Población y muestra.....	29
2.6. Técnicas e instrumentos de investigación.....	31
CAPÍTULO III.....	34
ANÁLISIS DE DATOS.....	34
3.1. Variables sociodemográficas.....	35
3.2. Inventario de burnout de maslach (maslach burnout inventory [mbi]; MASLACH Y JACKSON.....	39
3.3. Cuestionario de salud general.....	41
3.4. Cuestionario de afrontamiento (BRIEF – COPE).....	41
3.5. Cuestionario de apoyo social (AP).....	42
3.6. Cuestionario de personalidad (EPQR - A).....	42
3.7. Correlación entre agotamiento emocional y neuroticismo.....	43
3.8. Discusión de resultados.....	43
CONCLUSIONES.....	49
RECOMENDACIONES.....	51
Referencias Bibliográficas.....	52
ANEXOS.....	56
Datos Personales.....	57
Datos Laborales.....	57

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud.....	35
Tabla 2. Características laborales de los profesionales de la salud.....	36
Tabla 3. Percepción del clima laboral de los profesionales de la salud.....	38
Tabla 4. Resultados de las dimensiones del burnout en los profesionales de la salud	40
Tabla 5. Resultados de los casos de burnout en los profesionales de la salud.....	40
Tabla 6. Malestar emocional de los profesionales de la salud.	41
Tabla 7. Estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud.....	41
Tabla 8. Percepción del apoyo social de los profesionales de la salud.....	42
Tabla 9. Rasgos de personalidad de los profesionales de la salud.....	43
Tabla 10. Correlaciones entre agotamiento emocional y neuroticismo.	43

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelos de competencia social de Harrison	11
Figura 2. Modelo de autoeficacia de Chernis	12
Figura 3. Modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper.....	13
Figura 4. Modelo de comparación social de Buunk y Shaufeli.....	14
Figura 5. Modelo de Winnubst	16
Figura 6. Modelo de Cox, Kuk y Leiter	17
Figura 7. Modelo Estructural de Gil Monte	20

RESUMEN

El síndrome de Burnout es definido como una forma de contestación al estrés emocional crónico, el cual se proyecta mediante la presencia de rasgos característicos que son el agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, misma que actualmente afecta a muchos profesionales y afectando de forma tanto física como psicológicamente a los mismos. Es por ello que a través del desarrollo de la presente investigación se busca establecer la existencia de burnout y sus dimensiones para determinar la correlación existente entre el agotamiento emocional y el neuroticismo, en dos instituciones de salud públicas, ubicadas al sur de la provincia de Santa Elena, mediante la aplicación de cuestionarios sociodemográficos, inventario de burnout de Maslach, cuestionario de afrontamiento, cuestionario de personalidad, cuestionario de salud y cuestionario de apoyo social, realizado a un total de 40 profesionales entre médicos y enfermeras, evidenciando que en ello no se descarta la existencia del síndrome de Burnout.

PALABRAS CLAVE: Síndrome de Burnout, Salud, Características sociodemográficas, Agotamiento emocional, Neuroticismo.

ABSTRACT

Burnout syndrome is defined as a form of response to chronic emotional stress, which is projected through the presence of characteristic features that are emotional exhaustion, depersonalization and personal fulfillment, which currently affects many professionals and affecting both physically as psychologically to them. It is for this reason that through the development of the present investigation it is sought to establish the existence of burnout and its dimensions to determine the correlation between emotional exhaustion and neuroticism in two public health institutions located south of the province of Santa Elena, by means of the application of sociodemographic questionnaires, Maslach burnout inventory, questionnaire of personality, questionnaire of personality, questionnaire of health and questionnaire of social support, realized to a total of 40 professionals between doctors and nurses, evidencing that in discards the existence of burnout syndrome.

KEY WORDS: Burnout syndrome, Health, Sociodemographic characteristics, Emotional exhaustion, Neuroticism

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Burnout mantiene concordancia con las relaciones inter e intrapersonales, considerando que la falta de dichas relaciones y la carencia de apoyo social conveniente por parte de la familia, amigos y personas que se encuentran en el entorno social y laboral, se deriva en la vulnerabilidad de presentar burnout. En este contexto, los síntomas generados por dicho síndrome desencadenó un sin número de consecuencias negativas de un individuo, las cuales a su vez reducen el estado de salud e incrementan el estrés laboral y cansancio emocional en los profesionales, puesto que la relación tanto familiar como laboral se hace más tensa, no existe una comunicación adecuada, se incrementa el nivel de irritabilidad y se minimiza la tolerancia, haciendo una persona agresiva y poco sociable.

Es así que la derivación de este síndrome en el área de la salud, constituye una alta probabilidad de existencia en sus profesionales, debido a la presión que se genera en torno a sus labores cotidianas, afectando severamente su desempeño laboral y la calidad de la atención que se brinda a los pacientes que concurren a los diferentes establecimientos médicos en busca de atención.

En dicho contexto el desarrollo de la investigación se enfoca en identificar la existencia del síndrome de Burnout y sus dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) para determinar la correlación existente entre el agotamiento emocional y el neuroticismo en médicos/as y enfermeras de dos instituciones públicas, ubicadas en el sur de la provincia de Santa Elena, durante el año 2016-2017, para lo cual se empleó fuentes bibliográficas en torno al tema, además de la aplicación de diversos instrumentos para la intención de información pertinente para el desarrollo y cumplimiento de los objetivos.

En relación a ello, el presente estudio se estructuró de la siguiente manera:

En el Capítulo I se desarrolla el Marco Teórico, el cual a su vez establece conceptos pertinentes sobre el tema de investigación, además de conceptos claves que permiten la fundamentación del estudio y las variables que mantienen relación con la presencia del burnout en cuanto a los profesionales, contextualizando más focalmente a los profesionales de salud.

En el Capítulo II se desarrolla la Metodología, dentro de esta se plasman los objetivos de la investigación, además de las preguntas, el diseño empleado, la muestra aplicada en relación

a la población de estudio y los instrumentos que se aplicaron para la recolección de datos y su posterior análisis.

En el Capítulo III se presenta el Análisis de datos, en el cual se analiza las variables de cada uno de los cuestionarios aplicados a los profesionales de la salud para evidenciar la prevalencia del síndrome de Burnout, así mismo se establece la discusión de resultados pertinente, además de las conclusiones y recomendaciones extraídas a lo largo del desarrollo de la investigación.

CAPÍTULO I
MARCO TEÓRICO

1.1 Conceptualización del término Burnout

El denominado desgaste profesional, conocido también como burnout, tiene su origen en los vocablos ingleses burn = quemar y out = fuera, lo que se traduce como quemarse, cansarse o desgastarse. Dicha terminología fue utilizada en el contexto psicológico desde 1974 cuando el famoso psiquiatra Freudenberger denominó de esta manera al conjunto de manifestaciones clínicas que presentaban ciertos trabajadores de su clínica como agotamiento, fatiga y desmotivación laboral después de un año de trabajo. Sin embargo no fue definido en su totalidad hasta 1977, cuando los estudios realizados por Christina Maslach dieron al traste con un concepto más abarcador de este tema. (Landázuri, 2011)

De esta manera, desde finales de la década del 70 del pasado siglo, el término burnout comienza a ser utilizado desde el perfil psicológico. Haciendo alusión a la conceptualización de este término Martínez Pérez cita las palabras de la investigadora de este perfil Christina Maslach, que da a conocer durante los acuerdos tomados en la Asociación Americana de Psicólogos, una definición de dicho término, como el deterioro de los profesionales en el contexto laboral que poseen disímiles relaciones con otros usuarios, los cuales requieren de atenciones desde punto de vista humanitario. De este modo, el síndrome se manifestaría como el estrés crónico suscitado en el ambiente laboral y consecuentemente se expresaría a nivel personal, lo que propicia a su vez repercusiones en las esferas sociales. (Martínez, E síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión., 2010)

Según Apiquian Guitart, la evolución de este término tuvo lugar un año más tarde, específicamente en 1978, cuando Pines y Kafry resumieron este concepto como el hábito frecuente de extenuación material, emocional y de actitudes de los individuos. (Apiquian, 2007) Para 1980, Machlowitz lo define como un fervor al quehacer laboral, que hace dedicar la mayor parte del tiempo a cumplimentar con tal objetivo, lo que genera a su vez determinada inestabilidad en el rendimiento profesional y subsiguientemente afectaciones en las áreas emocionales adversas a los resultados que se esperan laboralmente. (Zambrano, 2012)

En 1980 Cherniss, quien es citado por Bosqued en Quemados: El síndrome de Burnout: ¿Qué es y cómo superarlo? describe por primera vez al trabajo como el factor etiológico fundamental del síndrome de Burnout, al que cataloga como las alteraciones negativas en las áreas conductuales y actitudinales en los profesionales que poseen demandas colosales en el marco laboral o que se encuentran frustrados con sus ocupaciones, manifestándose como la inestabilidad entre las responsabilidades ocupacionales exigidas y los recursos personales que se poseen, así como las réplicas emocionales que se obtienen de estas situaciones en

un breve período de tiempo, expresadas con incertidumbre, agitación, angustia y agotamiento. (Bosqued, 2008)

Durante la propia década de 1980, otros autores como Edelwich y Brodsky plantean que este síndrome no es más que un desgaste creciente de las emociones, motivaciones y enardecimiento experimentado en otras ocasiones por los profesionales encargados de ofrecer asistencia a otros. Para estos investigadores el síndrome de Burnout en los individuos se desarrolla a través de cuatro etapas que comprenden el entusiasmo, el estancamiento, la frustración y la apatía.

La primera etapa es caracterizada por las altas pretensiones que se pretenden alcanzar con la profesión sin tener en cuenta ni valorar los riesgos que se corren en esta. Paulatinamente se produce un estancamiento cuando las aspiraciones iniciales no se cumplen con el paso del tiempo, lo que acarrea a su vez frustración, la que constituye la plataforma del síndrome, o sea, la etapa donde se desarrollan las manifestaciones de alteraciones emocionales, físicas y de la conducta, ante las cuales los individuos responden como método defensivo a través de la apatía. (Edelwich, 1980)

Los estudios de Maslach y Jackson en 1981 catalogaron al Síndrome de Burnout desde un punto de vista en el que concurren tridimensionalmente tres aspectos:

- Agotamiento emocional. Es aquel que se presenta como manifestaciones de agotamiento físico y/o mental, o que puede estar dado a su vez por la mezcla de estos. Lo que produce la impresión de no poder proporcionar más fuerzas y soportar de sí mismo a segundas o terceras personas.
- Despersonalización. Se define como la generación de emociones, ideas, cualidades y manifestaciones distantes y negativas hacia otros individuos, dentro de los que resultan con mayor generalidad pacientes, consumidores y todos aquellos que requieren de algún servicio establecido. Adicionalmente, los sujetos que atraviesan esta etapa se muestran irritables y ponen distancia entre las personas que requieren de su servicio y aquellos que forman parte de su equipo de trabajo, con los que se comporta en ocasiones de forma susceptible, despectiva o irónica como mecanismo defensivo ante su frustración.
- Disminución de la realización profesional y/o personal. Esta tercera dimensión se origina una vez que las responsabilidades que se adjudican al profesional se encuentran por encima de su rendimiento físico o mental para resolverlas de manera

pertinente. Manifestándose con baja autoestima e imposibilidad de tolerar las demandas impuestas por los superiores. (Maslach C. y., 2010)

Carlín expone citando a Brill, quien definió a este síndrome en 1981 como el período desagradable de emociones de tristezas, angustias e irritabilidad de las personas con respecto al trabajo, las cuales no presentan otras patologías psicológicas de mayor magnitud en los trabajos precedentes. Un año más tarde en 1985 el término burnout fue definido como la respuesta negativa desde el punto de vista emocional y de la conducta ante los agentes que favorecen el estrés dentro del contexto ocupacional. (Carlin, 2010)

Zambrano cita las definiciones planteadas por Smith, Watstein y Wuehler durante 1986, las que catalogan como Síndrome de Burnout como un modelo endeble de síntomas, cualidades y manifestaciones conductuales individuales de las personas, lo que dificulta realizar una conceptualización general de dicho síndrome. (Zambrano, 2012)

A inicios de la década del 90, en 1991 los conceptos respecto a este síndrome continuaron ampliándose, es así que Moreno, Oliver y Aragonese lo describieron como una forma de estrés suscitada en el marco de las relaciones interpersonales agudizadas dentro de aquellas ocupaciones laborales que propician ciertas ganancias. (Moreno, El burnout, una forma específica de estrés laboral, 2013) En 1997 Gil monte lo asemeja a un comportamiento perjudicial que responde a hábitos intrínseco subjetivo que engloba emociones, sentimientos, conocimientos actitudes que se exteriorizan de forma negativa en las áreas laborales donde los sujetos se desempeñan profesionalmente. (Gil-Monte P. , 1997)

Para el año 2000 el mismo autor Gil- Monte asume que durante el desarrollo del síndrome median las aptitudes y los conocimientos que evidencian una inhibición de la satisfacción personal en el contexto laboral, así como las emociones intervienen provocando fatiga emocional y las actitudes generan despersonalización. (Gil-Monte P. , 2000)

Aranda quien es citado por Zambrano definió en 2006 al vocablo burnout a partir de su raíz anglosajona que significa quemarse, fatigarse, desgastarse, extenuarse, tomando como punto de partida el desvanecimiento de la pasión y las aspiraciones por el trabajo. (Zambrano, 2012)

En los finales de la primera década del 2000 Maslach y Leiter abordan el siguiente concepto en el que atañen al síndrome de estarse quemando las particularidades de cada fuente laboral, en las que se distinguen el alto contenido laboral, las imprecisiones en cuanto a los papeles que se desempeñan, la carencia involucración social y las vivencias de iniquidad. (Maslach C. &., 2008)

Según Martínez Pérez, en la actualidad, los estudios referentes a la presente investigación tienen como punto de partida las diferentes características del ámbito laboral, en tanto que estas se encuentran íntimamente relacionadas con la aparición del síndrome de Burnout. En este sentido, factores como las de alto grado de peticiones impuestas a los profesionales, así como el intento constante de estos para desarrollarse satisfactoriamente en el contexto profesional durante un período prolongado de tiempo, genera un estrés crónico que constituye el factor etiológico fundamental de dicha psicopatología. (Martínez, E síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión., 2010)

1.2 Desarrollo y fases del Burnout

El descubrimiento del burnout como síndrome trajo consigo la necesidad de establecer un modelo secuencial en el que pudiese establecerse las fases de su desarrollo. En ese sentido, surgieron varios modelos en el transcurso del tiempo encausados con demostrar tal propósito. Golembiewsky, Munzenrinder y Carter (1983) Uno de los primeros modelos expuestos en 1983 por Golembiewsky, Munzenrinder y Carter, parten de la despersonalización en primer lugar, la cual subsiguientemente da lugar a la disminución de la satisfacción profesional individual y posteriormente esta repercute negativamente en el área emocional, las cuales exteriorizan negativamente. (Gil- Monte P. &., 2008)

Leiter y Maslach (1988) En 1988 Leiter y Maslach, proponen un modelo que discrepa con el modelo fundamentado por Golembiewsky y colaboradores, en este sentido el nuevo modelo tiene como punto de partida el cansancio emocional una vez que esta dimensión constituye el resultante de los estresores ocupacionales y consecuentemente a la aparición del agotamiento emocional surge la despersonalización hacia las personas que constituyen compañeros de trabajo hacia aquellas personas a las cuales el profesional requiere brindarle sus servicios, lo que produce paulatinamente una disminución de la responsabilidad personal en el marco laboral. (Llanezca, 2008)

Leiter (1993) Autores como Lozano plantean que en comparación con los dos modelos precedentes este nuevo modelo constituye uno de los más sustentados en la práctica. Este alternativamente tiene dentro de su esquema no posiciona a la despersonalización como un elemento de intervención entre las emociones y la disminución de la satisfacción profesional individual. Sino que estos últimos constituyen un resultado inmediato de los factores generadores de estrés en el contexto laboral, de los cuales la carencia de sustento social, así como las escasas alternativas que potencian la superación profesional, originan análogamente la fatiga emocional. (Lozano, 2007)

Lee & Ashforth Citado por (Vinaccia, 2004) Al igual que los modelos planteados previamente, este trata de ubicar y relacionar desde su punto de vista la intercalación existente entre las dimensiones que conducen al síndrome de Burnout de forma secuencial. Estos investigadores aluden que es el estrés proporcionado por las altas cargas laborales que deben asumirse, repercuten provocando agotamiento emocional, toda vez que esta se interrelaciona con la indiferencia producida hacia otras personas.

Gil- Monte, Peiró y Valcárcel (1995) Gil- Monte y colaboradores consideraron que los conocimientos que poseen los individuos desempeñan un papel influyente en la esfera conductual y emocional de los mismos. Por otra parte, en la esfera cognitiva se suscitan una serie de modificaciones que son el resultado de los efectos de las percepciones y conductas del propio individuo. De esta manera dichos autores le otorgan un papel esencial a las definiciones que los sujetos poseen de sí mismos, las cuales ocupan un lugar influyente en la constancia y perseverancia con que los profesionales trazan los objetivos que pretenden alcanzar dentro de su vida laboral y personal.

En este sentido, Gil- Monte y colaboradores coinciden en la tridimensionalidad que se presenta en el Síndrome de Burnout, aunque exponen una manera secuencial diferente de estas dimensiones durante su desarrollo, de manera tal que es la despersonalización el resultado de la baja satisfacción profesional y el agotamiento emocional. De modo que estos autores concluyen que el desgaste profesional es una respuesta derivada de la consecuente apreciación secundaria de las estrategias utilizadas de forma ineficaz para hacer frente al estrés laboral. (Gil- Monte P. &., 1995)

1.3 Consecuencias del Burnout

Las consecuencias del burnout suelen acarrear resultados negativos de manera general en disímiles esferas de la vida personal y que consiguientemente pueden incurrir en el ámbito laboral y social. Las manifestaciones de estas se destacan en diferentes áreas, dentro de las cuales se citan las siguientes según (Garcés de los Fayos, 2003)

- **Área física:** se distinguen un grupo de manifestaciones clínicas, dentro de las cuales se destacan la extenuación, la apatía e indiferencia ante las situaciones presentes dentro de su contexto laboral y personal, impresión de baja producción profesional, cefaleas, alteraciones a nivel respiratorio y gastrointestinal , trastornos del sueño y otros.

- **Área conductual:** se manifiesta a través de cambios de la conducta que repercuten sobre el equipo de trabajo, usuarios, pacientes y familiares, las que se expresan a través del ausentismo, indiferencia hacia los otros y violencia.
- **Área psicológica:** Se distingue por la realización del desempeño laboral con mayor ímpetu a fin de hacer frente a las demandas impuestas. Por otra parte pueden despertarse sentimientos de baja autoestima y suscitarse de manera exagerada sensaciones de demandas exageradas.

1.3.1 Consecuencias en la salud en profesionales de la salud

Resulta paradójico pensar que dentro de los propósitos que poseen los profesionales de salud dentro de su perfil profesional, se encuentra la disposición y el deber de los mismos en atender las necesidades físicas de las personas, sin embargo, aun cuando poseen herramientas cognoscitivas y prácticas para solventar tales propósitos no están exentos de enfermar. En este sentido las estadísticas apuntan a un alto grado de alcoholismo, tabaquismo y alteraciones psiquiátricas dentro de este grupo profesional.

Según estudios realizados los galenos y muchos de los profesionales de este campo, han padecido en el transcurso de su vida laboral algún suceso que conlleva al uso de drogas y estupefacientes como alternativas para vencer estrés laboral además de presentar alteraciones psíquicas. Por otra parte algunas referencias bibliográficas señalan que solo es detectada tales alteraciones en un 60% de los casos estudiados, de los cuales se presume constituye el desgaste profesional su agente causal. (Mingote, 2004)

La influencia del estrés, como en todas las personas puede desencadenar en el profesional de la salud alteraciones en el sistema inmunológico, lo que propicia la aparición de diversas enfermedades. La carga asistencial a la que son sometidos estos profesionales puede generar cansancio muscular una vez que desempeñan múltiples maniobras manuales, la incapacidad de realizar correctamente tales funciones dan al traste en ocasiones a trastornos músculo-esqueléticos. (Ansoleaga, 2011)

1.3.2 Consecuencias en el trabajo en profesionales de la salud

El establecimiento de buenas relaciones interpersonales en el contexto laboral de los profesionales de salud, constituye una herramienta influyente que permite alcanzar en gran medida altos índices de promoción de salud y prevención de enfermedades, en tanto puede

influenciar un mayor grado de satisfacción en la población asistida. La intervención intelectual para regular estadísticamente los indicadores que deben cumplirse, la respuesta de los pacientes ante el tratamiento recibido, así como el empleo de elementos ergonómicos distantes en ocasiones de lo establecido, genera en el profesional asistencial, dificultades en la comunicación con los pacientes, lo que proporciona a su vez desconfianza entre pacientes y personal médico.

Por otra parte, malas relaciones interpersonales como resultante de la falta de comunicación dentro del colectivo de trabajo, generan conflictos laborales que repercuten negativamente en la atención brindada a los pacientes. Un estudio realizado para determinar la prevalencia del desgaste profesional en un grupo de enfermeros, los cuales están sometidos a una alta carga asistencial, mostró que la presencia de estos factores conduce a la presencia de dicho síndrome, en el que se destaca una acentuación de la despersonalización, así como el incremento del agotamiento emocional y devaluación del logro personal en el contexto profesional, dimensiones que redundan dentro de un período dado en el abandono de la función laboral. (De la Cruz, 2014)

1.3.3 Consecuencias en la familia en profesionales de la salud

Las consecuencias en la esfera emocional tienen además serias repercusiones en la vida personal y familiar de los profesionales de la salud, quienes exteriorizan en el seno familiar cierta frialdad y distanciamiento con los respectivos miembros del hogar, los que se muestran sentimientos de irritabilidad, ansiedad o soledad, lo que produce conflictos familiares y de pareja. (Ourcilleón, 2007)

1.4 Modelos explicativos del Burnout

1.4.1 Modelos basados desde la Teoría Sociocognitiva

- **Modelos de competencia social de Harrison**

Durante 1983, Harrison postula que el desgaste profesional como síndrome constituye el resultado de las destrezas asimiladas de los individuos, lo que representa el punto de partida para la elaboración de un modelo explicativo en el que pretende representar la competencia social de la siguiente manera:

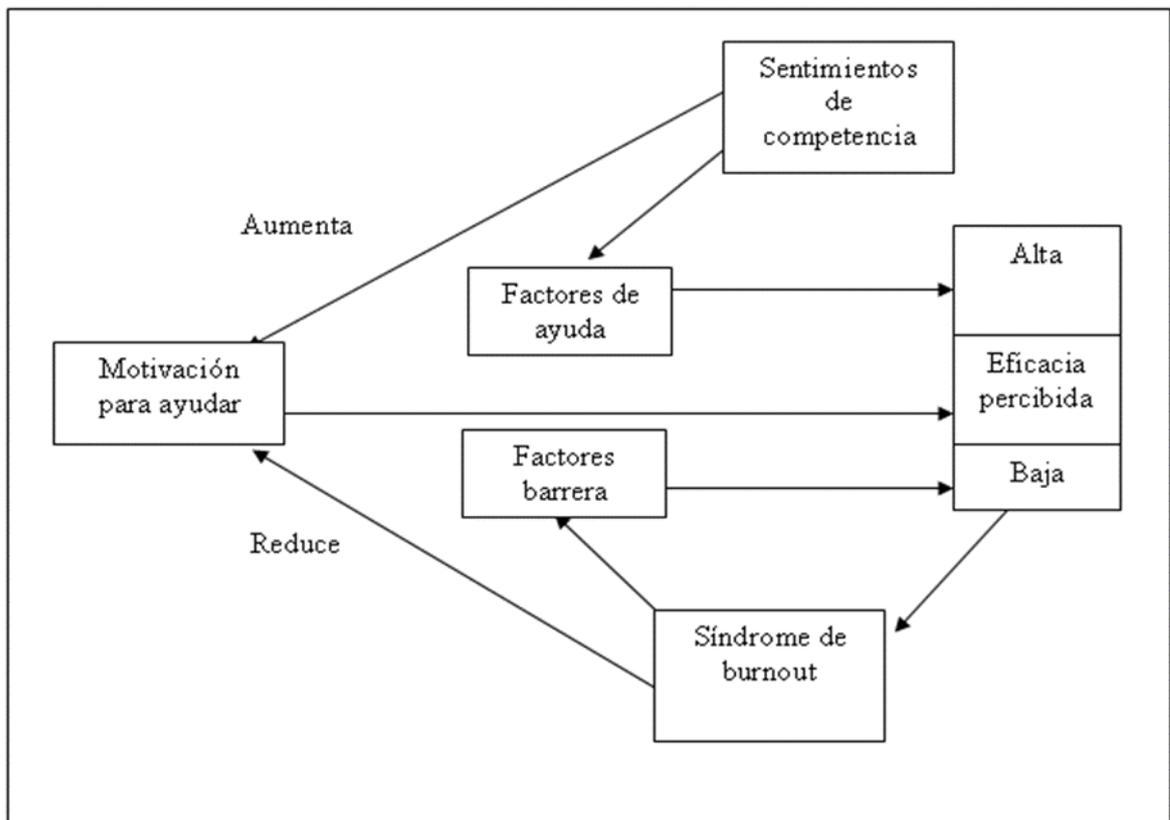


Figura 1. Modelos de competencia social de Harrison
Fuente: http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4_7.shtml

Según el propio autor, la presencia del desgaste profesional es consecuencia de la frustración de una aspiración inicial, a partir de la cual se pretendía ayudar con un elevado sentido altruista a las personas que constituían los objetos del servicio, sin embargo ante la imposición de barreras que obstaculizan dicho proceso en el entorno laboral, se rompe con las expectativas esperadas. Harrison además plantea que la competencia social puede imputarse a cualquier trabajador con un alto grado de interés en su profesión, el cual en determinado plazo de tiempo puede ser víctima del burnout, no así en aquellos casos en los que solo se presentaba al inicio un menor interés por la profesión, los que pueden presentar episodios de estrés o depresión, más no padecer de dicho síndrome. (Méndez, 2015)

- **Modelo de autoeficacia de Chernis**

En 1993 Chernis elabora un modelo a través del cual es viable instaurar una correlación causal a partir de la discapacidad del trabajador para generar sentimientos de destrezas y el desgaste profesional. Dentro de las características que se distinguen en dicho modelo, su autor plasma las peculiaridades del contexto laboral que posibilitan que el profesional despliegue

sentimientos de superación paralelos a los rasgos distintivos de las organizaciones que actúan profilácticamente en la aparición del síndrome.

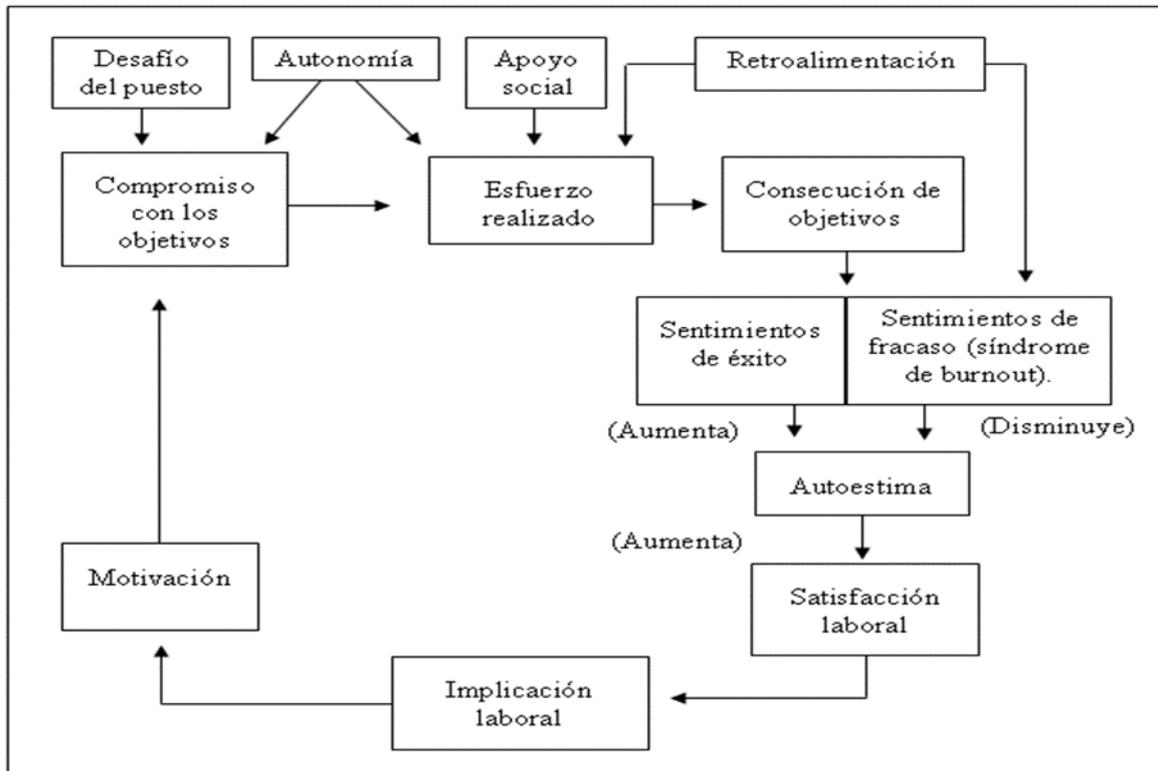


Figura 2. Modelo de autoeficacia de Chernis

Fuente: http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4_7.shtml

- **Modelo de Pines**

Entre este modelo y el planteado por Chernis existe un punto en común, en el que se agrega la autoeficacia como un elemento fundamental, que fue expuesto con anterioridad en 1989 por Bandura, esta terminología se basa en las nociones que poseen los individuos sobre si mismos respecto a las destrezas que presentan para actuar sobre las circunstancias que les aquejan. En este sentido el autor plantea que la superación y el éxito profesional son directamente proporcionales a los sentimientos de autoeficacia, en tanto que el no cumplimiento de los objetivos personales puede ser un desencadenante de sentimientos de derrota, pobre autoeficacia y ser agentes conducentes a la presencia del desgaste profesional. Citado por (Acurio, valoración del Síndrome de Burnout en la salud de las enfermeras de cuidados intensivos del Hpspital Eugenio Espejo., 2014)

- **Modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper**

El modelo planteado por estos autores durante 1993 limitan el origen del síndrome a cuatro factores fundamentales dentro de los que se encuentran la desproporcionalidad entre las responsabilidades impuestas y los recursos materiales y humanos que posee el profesional, así como la autoeficacia y su autoconfianza. La autoconciencia es calificada como una característica de la personalidad. Esta constituye una habilidad del profesional para controlar los diferentes grados de estrés que se presentan en el transcurso del desarrollo de una responsabilidad encaminada a resolver un objetivo dado a la cual sus autores consideran como el factor etiológico fundamental del síndrome.

Thompson, Page y Cooper plantean además que las contradicciones dadas entre las responsabilidades asumidas e impuestas a los trabajadores y los recursos que estos poseen, tienden a incrementar el grado de autoconciencia. Proponen además que los altos niveles de este factor puede a su vez disminuir la percepción de confianza, haciéndoles más propensos a presentar sentimientos de incapacidad para resolver tales contradicciones. (Martínez, E síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión., 2010)

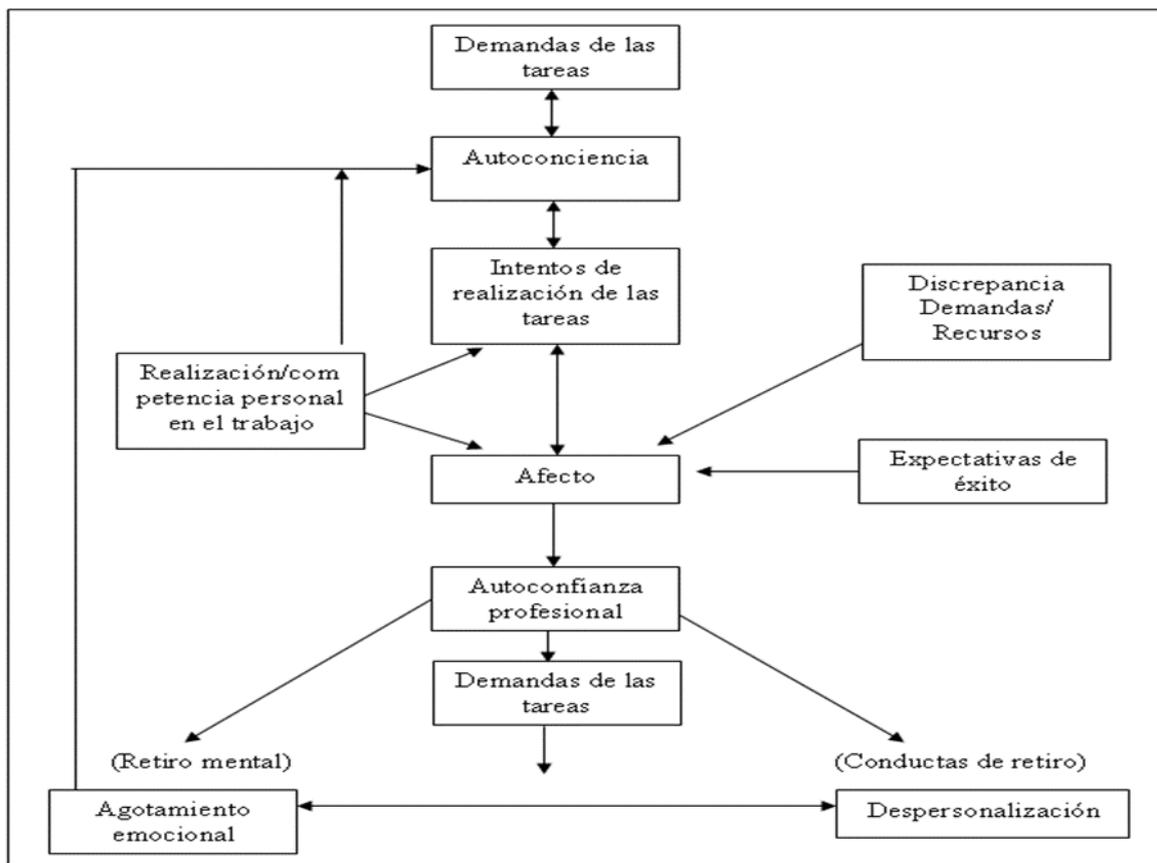


Figura 3. Modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper
Fuente: http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4_7.shtml

1.4.2 Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social

- **Modelo de comparación social de Buunk y Shaufeli**

Conocer la etiología del desgaste profesional dentro del contexto de la enfermería constituyó el factor que desencadenó el origen de este modelo. En este sentido, fueron planteados por sus autores dos agentes causales del burnout en este marco laboral. El primero se encuentra relacionado con las relaciones interpersonales entre pacientes y el profesional, las que influyen en la determinación con exactitud de los pensamientos y emociones y la influencia de estas en el control de sus acciones. El segundo factor etiológico está relacionado con los procesos y herramientas de afiliación social y las relaciones establecidas con el equipo de trabajo, de las cuales sus investigadores afirman que en el caso de esta labor ocupacional, no se busca del apoyo social de los compañeros de trabajos para evitar ser tomado como ineficaces ante los estresores laborales. (Martínez, 2010)

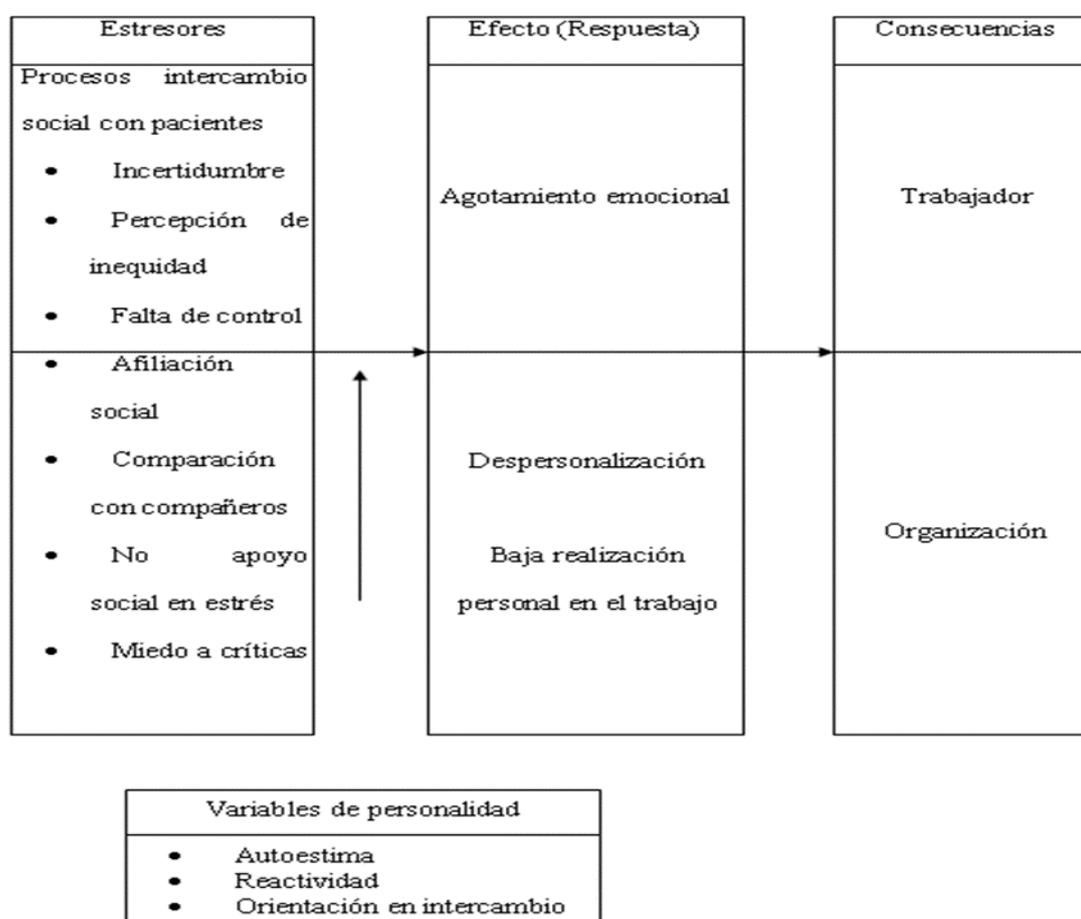


Figura 4. Modelo de comparación social de Buunk y Shaufeli
Fuente: http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4_7.shtml

- **Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freddy**

A través de este modelo, Hobfoll y Freddy plantean que la aparición del estrés en los individuos tiene lugar cuando determinada situación pone en riesgo o amenaza las expectativas que los individuos poseen. Los estresores psicológicos que se desarrollan en la medida del contexto laboral o que son inherentes a la profesión, generan en los trabajadores una percepción de inseguridad en términos de capacidades, que influyen en la obtención del éxito profesional, de manera tal que cuando tales situaciones de estrés se mantienen durante un período prolongado, tiene lugar la aparición del agotamiento emocional, factor que constituye el principal indicador de este síndrome según este modelo.

Por otra parte destacan en este modelo el rol que desempeña las relaciones interpersonales dentro del ambiente laboral, así como el estrés que se genera a partir del detrimento o el logro de recursos alcanzados como resultado las comparaciones establecidas a través de dichas relaciones, lo que constituye en primer lugar para los creadores de este modelo el factor conducente al desgaste profesional. (Bravo Cabrera, 2012)

1.4.3 Modelos Desarrollados desde la Teoría organizacional

- **Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter**

Desde la Teoría organizacional estos autores definen que la presencia del Síndrome de Burnout se desarrolla una vez que la responsabilidad que manifestaban los profesionales durante el inicio de la actividad laboral comienza a desaparecer, como un mecanismo de respuesta a los estresores laborales y a la presión que estos generan. El estrés en el ambiente laboral con respecto al desgaste profesional está determinado por la presencia de dos factores fundamentales, dentro de los que se destacan las demandas excesivas que los profesionales tienen que asumir o cuando los roles que los profesionales desempeñan son escasos dentro del contexto laboral, o sea, cuando existe sobrecarga o pobreza laboral respectivamente. Es ante esta situación que los profesionales perciben una pérdida de su independencia o dominio de sus capacidades, lo que a su vez genera baja autoestima, agotamiento e irritabilidad. (Martínez, E síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión., 2010)

Subsiguientemente el trabajador responde ante estas situaciones a través del desapego profesional del elemento estresante en la esfera laboral, aspecto que puede ser productivo cuando el profesional no exterioriza manifestaciones de ironía, cinismo, apatía o indiferencia hacia los compañeros de trabajo o a las personas a las cuales asiste. Estas manifestaciones

negativas hacia los demás corresponden a la despersonalización que los individuos expresan como la primera etapa del Síndrome de Burnout, aunado a esto aparece posteriormente los sentimientos de baja satisfacción laboral que genera finalmente el agotamiento emocional. (Bravo Cabrera, 2012)

- **Modelo de Winnubst**

En 1993, el autor de este modelo supone que el desgaste profesional no es característico solamente de aquellas entidades que brindan servicios de asistencia, sino que las afectaciones del mismo pueden presentarse en cualquier profesional. Según Winnubst, el síndrome está mediado por factores como la cultura, el ambiente y la estructura organizacional que interaccionan entre sí propiciando su aparición. Por otro lado el autor expone el estrecho vínculo existente entre la estructura organizacional y el apoyo social, lo que explica a partir de la comunicación horizontal establecida dentro de las estructuras de las burocracias profesionalizadas lo que produce un mayor apoyo social, lo que se traduce en la capacidad de este último elemento de influir en las ideas que los profesionales guardan respecto a la estructura organizacional. (Zambrano, 2012)

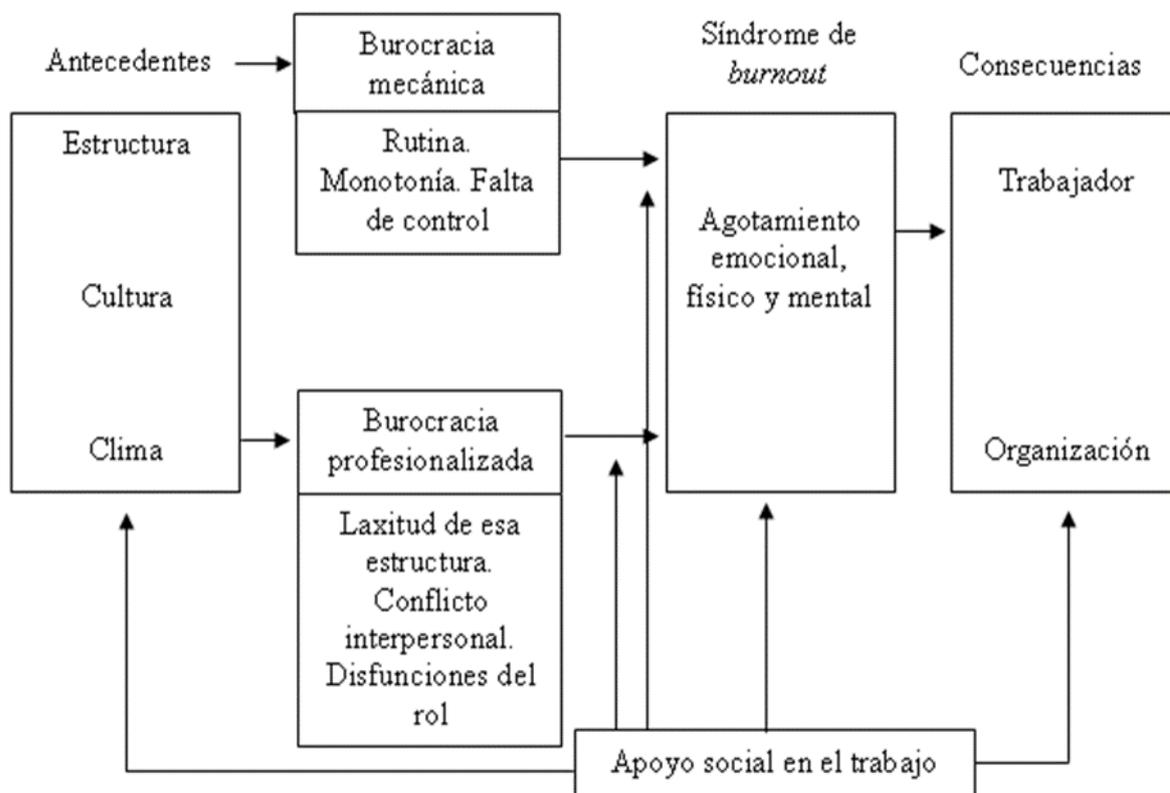


Figura 5. Modelo de Winnubst

Fuente: http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/imagenes/modelo_winnubst.gif

- **Modelo de Cox, Kuk y Leiter**

Estos autores entienden que el Síndrome de Burnout constituye una respuesta ante las situaciones de estrés generadas en el contexto laboral, en tanto desarrolla el establecimiento de herramientas para enfrentar el estrés suscitado en el ambiente laboral y sus efectos, las cuales no resultan efectivas en la solución de tal objetivo. Cox, Kuk y Leiter presentan en este modelo, al desgaste profesional a partir de un enfoque transaccional y consideran que tal hecho es propiamente característico de las profesiones que brindan servicios humanitarios, cuyo indicador fundamental se presenta a través del agotamiento emocional.

Por otra parte consideran que la baja satisfacción profesional es la consecuencia de la valoración racional del estrés laboral, mientras que suponen que la despersonalización constituye una de las herramientas utilizadas por los individuos a fin de contrarrestar el agotamiento emocional. Otro de los aspectos tomados en cuenta en el desarrollo del presente modelo es la inclusión de diversos factores como confusión, cansancio y debilidad emocional en representación de “sentirse gastado” como una de sus variables, dentro de las cuales ubican además “sentirse tenso”. Estas variables se encuentran en estrecho vínculo con los procesos cognitivos utilizados para comprender el estrés laboral y la manera en la que el profesional responde emocionalmente. “Salud de la organización” es otra de las variables utilizadas para manifestar la regulación entre la unificación de los diferentes síntomas psicosociales de la estructura organizacional como una de las causas del desgaste profesional. (Ourcilleón, 2007)

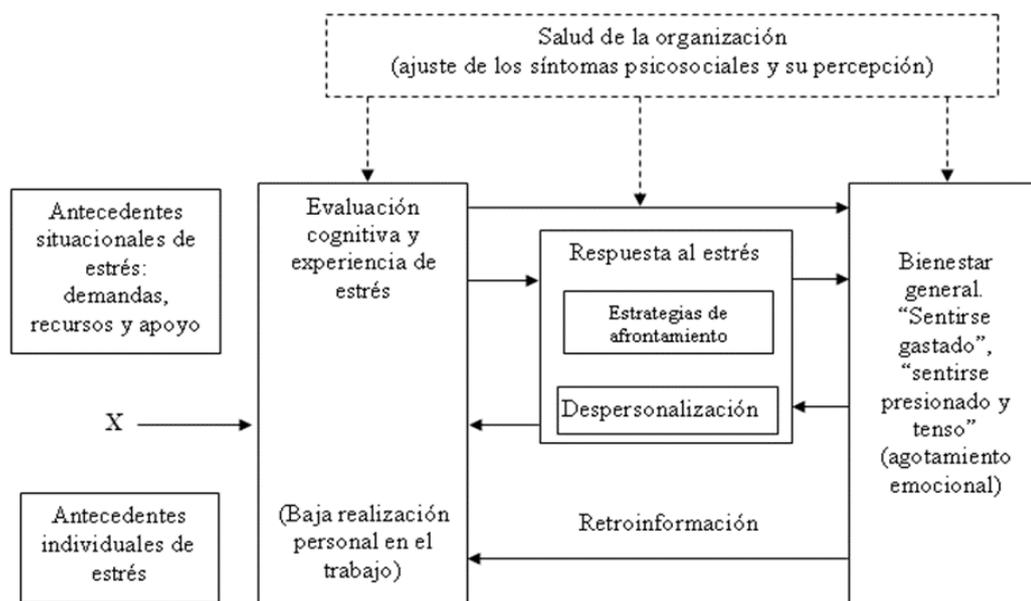


Figura 6. Modelo de Cox, Kuk y Leiter

Fuente: http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/imagenes/modelo_cox_kuk.gif

1.4.4 Modelos sobre el proceso del Síndrome de Quemarse en el Trabajo

- **Modelo Tridimensional de MBI- HSS (Maslach y Jackson)**

El agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal en el contexto laboral constituyeron las características clínicas que Maslach y Jackson atribuyeron al Síndrome de Burnout durante los estudios realizados en 1981 y 1986 y que posteriormente ubicaron tridimensionalmente como elementos del manual *Maslach Burnout Inventory* por sus siglas en inglés (MBI) utilizado para medir la presencia del desgaste profesional. El objeto de estudio de este síndrome en sus inicios tomaba solo en cuenta aquellas profesiones que brindaban servicios de atención directa a otras personas, de las cuales sus autores suponían que el desgaste profesional era exclusivo. Años más tarde, añaden a la conceptualización del MBI nuevos elementos que permiten que este cuestionario sea aplicable a diferentes profesiones a partir de la agrupación de algunas de ellas que poseen en común diversas características. (Gil-Monte P. R., 1999)

De esta manera, surge el MBI- Human Services Survey (MBI-HSS), modelo que constituye una de las variantes del MBI primario, este estuvo específicamente encausado en el estudio del Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud. En este sentido Maslach y Jackson incluyen parámetros que permiten determinar el agotamiento emocional, así como la periodicidad en la que los profesionales identifican la baja satisfacción personal en el contexto laboral y que puede ser identificada como la propensión de evaluarse negativamente en términos profesionales, lo que se destaca a través de sus destrezas para desempeñar el trabajo que le corresponde y en especial en el establecimiento de relaciones laborales ante el personal que asisten; por otra parte la despersonalización es manifestada a través de actitudes insolencia, apatía y relaciones interpersonales negativas hacia los compañeros de trabajo. (Gil-Monte P. R., 1999)

- **Modelo de Edelwich y Brodsky**

Para estos autores el síndrome de Burnout se desarrolla a través de cuatro etapas fundamentales, que son enmarcadas en aquellas profesiones que brindan servicios de asistencia, las que son especificadas a continuación:

1. **Etapas de entusiasmo:** esta constituye el punto inicial en el desarrollo del Síndrome de Burnout, pues parte de las expectativas elevadas que los individuos poseen respecto a la profesión que van a desempeñar, sin determinar objetivamente la meta

que pretenden alcanzar. En este sentido, los individuos sobrevaloran sus destrezas y capacidades laborales sin tener en cuenta la presencia de factores intrínsecos y extrínsecos que pueden incidir en el servicio brindado a los usuarios. Todo genera sentimientos de frustración al romperse las expectativas iniciales, dando paso a una siguiente etapa: el estancamiento. (Martínez, E síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión., 2010)

2. **Etapa de estancamiento:** esta tiene lugar una vez que son confrontadas con las ideas imaginarias que se aspiraban obtener al inicio del desempeño laboral, de manera tal que se produce una inhibición de las actividades que se realizaban inicialmente con entusiasmo. Por otra parte comienzan a trazarse estrategias para afrontar esta etapa, las cuales pueden encontrar en el transcurso de este proceso obstáculos que pueden conllevar a enfrentar una nueva etapa de apatía. (Arias, 2012)
3. **Etapa de apatía:** esta etapa se caracteriza por presentar un alto grado de desinterés profesional y es generadora además de alteraciones físicas y conductuales. Durante esta fase los individuos evaden todos aquellos factores que sean productores de situaciones estresantes. La evasión constante del público al cual el profesional debe prestar atención, puede conllevar al absentismo laboral e inclusive a la dejadez total de la profesión. (Martínez, E síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión., 2010)
4. **Etapa de quemado:** dentro de los aspectos principales dados durante esta etapa, se destaca la presencia de frustración crónica en el contexto laboral. Esta sintomatología produce agudos sentimientos de vacío profundo que son exteriorizados a través de la baja realización personal profesional y desapego emocional. El tiempo dedicado al desarrollo de actividades laborales es inversamente proporcional al tiempo que es destinado durante la etapa de entusiasmo. Por otro lado, los profesionales evaden todos aquellos factores que obstaculizan la seguridad del empleo, a fin de conservar los elementos que le resultan positivos de mismo como el salario, aun cuando este genere tantos inconvenientes. (Llanezca, 2008)

• **Modelo de Price y Murphy**

En 1984 Price y Murphy establecieron un modelo en el que se presenta el síndrome de quemarse como un mecanismo de ajuste ante el estrés suscitado en la esfera laboral. De esta manera identifican la confusión, la fragilidad emocional y los sentimientos de culpa ante la derrota profesional como una de las primeras fases experimentadas durante el desarrollo de síndrome, las cuales constituyen el precedente de nuevas etapas como la percepción de sentimientos soledad y tristeza, que finalmente pueden recaer en la solicitud de ayuda hasta

lograr un equilibrio final. (Martínez, E síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión., 2010)

1.4.5 Modelo de la Teoría Estructural Modelo de Gil Monte

En 1995 Gil-Monte junto a la colaboración de Peiró y Valcarcel establecieron un nuevo modelo estructural que tuvo como eje central las causas, los resultados y el desarrollo propiamente dicho de la presencia del síndrome de quemarse por el trabajo. En este sentido definen al Síndrome de Burnout como el resultado obtenido ante las determinadas situaciones de estrés, las que son a su vez consecuencias de un historial de evaluación racional de dichas situaciones, ante las cuales el personal afectado traza mecanismos que le permitan afrontarlas de forma activa o evadiéndolas sin poseer efectividad alguna. Tales estrategias desencadenan una disminución del rendimiento físico y satisfacción personal en el contexto laboral e incluso serias repercusiones en la salud general como una variable intermediaria entre la etiología y las consecuencias del síndrome. (Gil- Monte P. &., 1995)

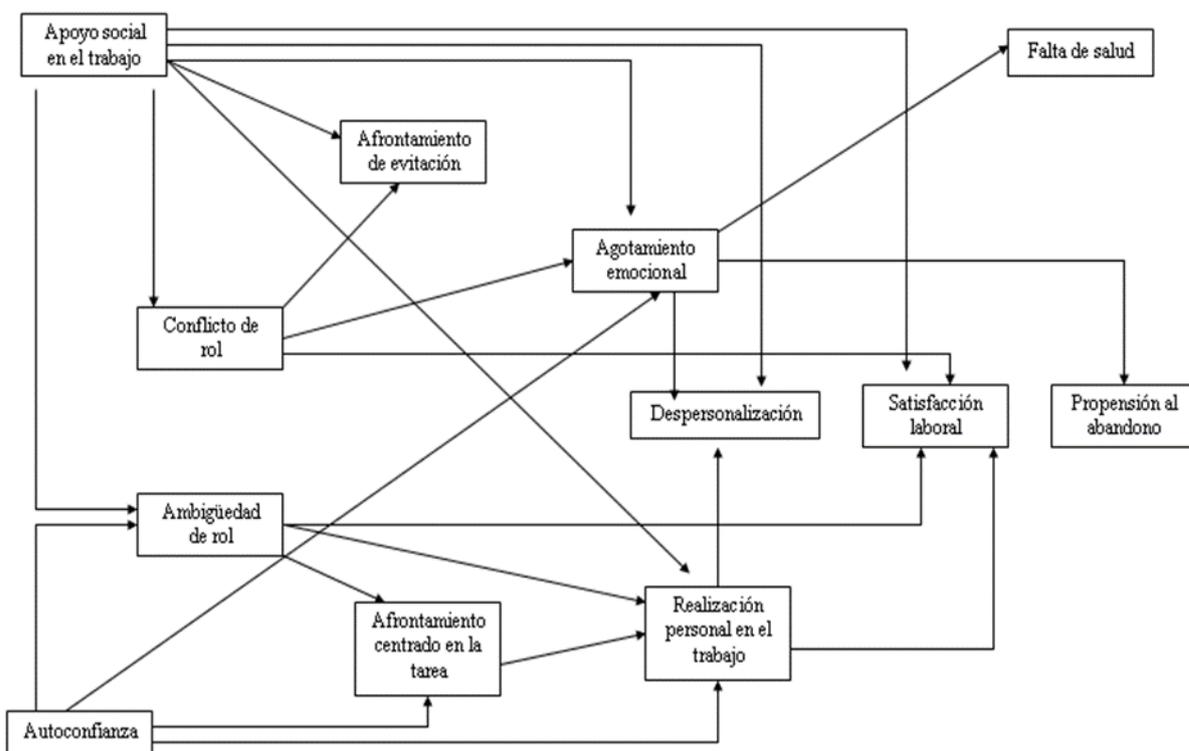


Figura 7. Modelo Estructural de Gil Monte

Fuente: http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/imagenes/modelo_gil_Monte_peiro_valcarcel.gif

1.5 Prevalencia del Burnout

En la actualidad el contexto laboral constituye la esfera donde miles de profesionales se enfrentan a disímiles situaciones desencadenantes de estrés. Diverso y múltiples han sido los estudios referentes al síndrome de Burnout o conocido también como desgaste profesional, al cual se ha relacionado con aquellas profesiones que brindan servicio directo a otras personas, sin embargo estudios más recientes y profundos suponen que todas las personas están sometidas a un sinnúmero de demandas que generan posteriormente la existencia de dicho síndrome. De ahí la alta prevalencia de esta psicopatología, la cual aumenta considerablemente con el paso del tiempo a un nivel global.

1.5.1. Importancia del estudio del Burnout en profesionales de la salud

Prevalencia en profesionales de la salud a nivel mundial.

Con el descubrimiento del burnout desde finales del pasado siglo se han realizado una serie de estudios que intentan plasmar la incidencia de este síndrome en el personal sanitario. Según las diferentes fuentes bibliográficas este sector poblacional constituye uno de los más afectados a nivel internacional, pues están en su mayoría sometidos a una enorme carga asistencial, períodos prolongados de desempeño laboral sin horarios de descanso, así como el involucramiento afectivo que estos profesionales establecen con pacientes en estados muy críticos constituyen factores que intervienen en el origen del estrés laboral. Un estudio realizado a finales del siglo XX en más de 600 enfermeras en Bélgica arrojó que aproximadamente un 24% de las mismas se encontraban afectadas con el síndrome de quemarse por el trabajo, resultados que fueron posibles obtener a partir de MBI. (Stordeur, 1999) Durante el 2002 en una investigación realizada en Murcia, España se utilizó el mismo cuestionario para determinar la prevalencia del burnout en otros profesionales sanitarios y auxiliares, de los que se obtuvo índices de despersonalización en un 30%, seguido del agotamiento emocional en 26,5% y un 20% en cuanto a la baja realización personal en el marco laboral. (López, 2002)

Una investigación realizada en el 2009 a más de 3000 médicos, mostraron un porcentaje del 40% de estos profesionales en los cuales se manifestaban los síntomas de despersonalización y el agotamiento emocional. Durante el mismo año se encontraron resultados similares dentro del personal de enfermería de un hospital pediátrico, en el que 50% de estos profesionales mostraron baja realización personal en su ámbito laboral. En los Estados Unidos fue posible comprobar durante el año 2010 la presencia de este

síndrome en el 38% de enfermeras de un total de 68724 personas entrevistadas. (Arias, 2012)

- **Prevalencia en profesionales de la salud a nivel de Latinoamérica**

La prevalencia de este síndrome en toda Latinoamérica ocupa un lugar notable. Muchas han sido las investigaciones que han registrado la incidencia del mismo en la esfera profesional. A diferencia de los estudios realizados en España durante el año 2010 en lo que se encontraron altos valores del síndrome en una población de médicos residentes, en países suramericanos como Ecuador, Colombia, Perú y Argentina develaron valores inferiores al 10% en profesionales médicos que padecen el síndrome. (Zambrano, 2012) En cambio, los resultados obtenidos mediante el MBI aplicado en Chile mostraron elevadas cifras de las dimensiones de esta patología en el profesional sanitario, las que reflejaron el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal en el contexto laboral en un 23%, 59% y 40% respectivamente. (Landázuri, 2011)

- **Prevalencia en profesionales de salud a nivel nacional.**

A nivel nacional puede decirse que el Ecuador y los profesionales médicos y sanitarios que asisten a la población, no se encuentran exentos de la presencia del desgaste profesional. Diversas investigaciones han revelado la manifestación de este síndrome en los profesionales de la salud. Dentro de estos estudios cabe citar algunos de los resultados obtenidos por Zambrano Ramón en el Hospital Humberto Molina y Dispensario del I.E.S.S de la ciudad de Zaruma durante el año 2011-2012, en lo que tomando en cuenta la diferentes dimensiones del MBI, obtuvo que el 20% de hombres y mujeres de una muestra de 30 profesionales de la salud, presentaban agotamiento emocional, así como la presencia de baja realización personal del 100% de la población estudiada, de la cual existe una tendencia de un 40% de padecer signos de despersonalización.

Los resultados de una investigación similar en el Hospital Quito No 1 de la Policía Nacional mostraron solo un 4% de la población de estudio que manifestaban el desgaste profesional y sin embargo valores altos y medios de agotamiento emocional y despersonalización, lo que asume la necesidad de aplicar acciones preventivas que contrarresten la presencia del síndrome. Por otra parte las estadísticas expuestas por Dirección Nacional de Riesgos del Trabajo en colaboración con el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) mostraron una tasa del 14% de prevalencia en profesionales del Hospital Carlos Andrade Marín, en el período de 2007. (Zambrano, 2012)

1.6 Variables asociadas de Burnout

Las variables asociadas al Síndrome de Burnout, constituyen en la actualidad factores de riesgos que desempeñan un rol fundamental como precedentes del Síndrome de Desgaste Profesional en tanto las mismas son consideradas como eslabones presentes dentro de los modelos teóricos previamente desarrollados, estas además son representadas esquemáticamente como elementos influyentes dentro de las dimensiones del mismo de la siguiente manera:

- **Variables Sociodemográficas en profesionales de la salud**

Estos factores de riesgos asociados al Síndrome de Burnout toman en cuenta todas aquellas características personales e individuales de los individuos y su respectivo medio circundante. Según la literatura consultada referente al tema en estudio, cabe destacar dentro de alguna de ellas a factores influyentes como el sexo, la edad, el nivel académico que poseen los individuos, así como el exceso de responsabilidades asumidas dentro de la esfera laboral y profesional y los años de experiencia profesional. Este último aspecto algunos autores suponen influyen una vez transcurridos aproximadamente los 10 primeros años de desempeño laboral, en tanto la remuneración salarial y la confrontación de la realidad de las expectativas esperadas previamente frustran los sueños y metas que se poseían inicialmente. En sentido contrario, algunos manifiestan que es durante los primeros años laborables que existe una mayor propensión para desarrollar este síndrome, pues asumen que en la medida que los individuos adquieren un mayor nivel de experiencia profesional es posible disminuir el agotamiento emocional y propiciar niveles superiores de realización personal. (Barbecho M. &., 2014)

Por otra parte variables como el sexo, apuntan a que sea el género femenino el más susceptible de padecer este síndrome debido a la interrelación de diversas actividades consideradas propias de ellas como los roles domésticos y las actividades que desempeñan profesionalmente. Sin embargo otros consideran que es precisamente el desempeño de varias actividades asumidas y ejecutadas por las féminas al mismo tiempo lo que las convierte en seres más vulnerables ante la aparición de tal padecimiento. (García, 2008)

Otros factores sociodemográficos como el estado civil apuntan a que son los profesionales solteros o con relaciones amorosas inestables las que poseen una tendencia inclinada hacia el agotamiento emocional y la despersonalización, las cuales constituyen dimensiones implícitos en el desgaste profesional. (Barbecho M. &., 2014)

- **Variables Laborales en profesionales de la salud**

Las diferentes condiciones del medio laboral donde se desarrolla el personal de la salud, está mediado por diversos factores que influyen en la aparición del burnout en este contexto. En este sentido, los aspectos organizacionales del medio donde se desempeñan estos profesionales se presentan de la siguiente manera:

- Relación constante y frecuente con las dolencias y sentimientos de los pacientes.
- Exceso de responsabilidades laborales, lo que genera estrés en los profesionales y que puede desencadenar al burnout como padecimiento cuando los mecanismos que los mismos emplean para hacer frente a tales situaciones resultan ineficaces.
- Carencia de recursos materiales que obstaculizan la realización de procedimientos médicos en su forma óptima y que impiden alcanzar en su totalidad con las demandas exigidas a través de las instituciones u entidades médicas, lo que genera un bajo nivel de realización personal en el marco profesional.
- Ambigüedad en la realización de los roles a desempeñar en el contexto laboral.
- Exigencias laborales a cumplir por encima de las capacidades y responsabilidades laborales de los profesionales, los que distinguen el empleo como una amenaza.
- Avances tecnológicos frecuentes que obligan a los profesionales adaptarse de manera apresurada nuevas conceptualizaciones científicas, lo que propicia el desarrollo de sentimientos de inseguridad.
- Períodos de trabajo desempeñados durante la nocturnidad produce alteraciones del sueño y conflictos dentro del seno familiar.
- Falta de reconocimiento social del desempeño de los profesionales.
- Organización estructural de las entidades médicas que actúan liderando de manera muy rígida en los procesos que deben ejecutar los trabajadores, sobre los cuales no posibilitan la realización de nuevos aportes, lo que produce sobrecarga laboral.
- Insuficientes desarrollo de actividades metodológicas que imposibilitan a los profesionales médicos y sanitarios actualizarse sobre nuevos conocimientos, técnicas y procedimientos. (Méndez, 2015)

- **Variables asociadas a la personalidad en profesionales de la salud**

Autores como Martínez aseguran que la presencia de algunos factores implícitos dentro de las variables individuales, personales o sociodemográficas permite que exista una conducta ante los estresores laborales. Es por ello que algunos autores como Gil- Monte y Peiró asumen que los profesionales que más se identifican con las personas que interactúan, son los más

vulnerables a padecer el síndrome de Burnout. (Gil- Monte P. &., 1995) Esta variable a su vez ha generado el desarrollo de dos modelos en los que la personalidad los sujetos constituye su objeto de estudio, el primero es planteado por Kobassa como la personalidad resistente, el segundo modelo fue denominado por Antonovsky como sentido de coherencia. (Martínez, E síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión., 2010)

En ese sentido, el modelo de Kobassa define que la construcción de esta personalidad a la cual hace referencia como una manera de gestión y responsabilidad ante las situaciones existentes. Esta se caracteriza además por la responsabilidad con que los sujetos reconocen el valor que posee su conducta y relaciones interpersonales dentro del contexto profesional. Otro de los elementos distintivos de este modelo es el control y la posición que se asume ante los diferentes obstáculos. Son estas dimensiones las que le otorgan a esta personalidad hacer usos de estrategias de afrontamiento ante las situaciones de estrés. Por otra parte, la personalidad basada en el sentido de coherencia no constituye en sí misma un mecanismo para enfrentar las situaciones de estrés, sino un grupo de destrezas racionales que proveen de una guía actitudes generalizadas. (Martínez, E síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión., 2010)

- **Variables Moduladoras ante situaciones de estrés en profesionales de la salud**

Desde el descubrimiento del burnout como un síndrome que surge a partir del estrés suscitado en el ambiente laboral, es importante destacar el papel desempeñado por aspectos inherentes a los sujetos relacionados como la personalidad. En este sentido, los aspectos individuales de los profesionales de la salud, participan como una variable que modula las causas y consecuencias ante los estresores laborales, que según los estudios realizados por Chernis no pueden aislarse de las estrategias de afrontamiento de los individuos ante el estrés laboral con mayores o menores posibilidades de efectividad. (Moreno, Estrés asistencial en los servicios de salud, 2000)

CAPÍTULO II
METODOLOGÍA

2.1. Objetivos

2.1.1. Objetivo General

Establecer la prevalencia del síndrome de Burnout y sus dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, realización personal), para determinar la correlación entre agotamiento emocional y el neuroticismo, en médicos y enfermeras de dos instituciones públicas ubicadas en el sur de la provincia de Santa Elena, durante el periodo 2016-2017.

2.1.2. Objetivos Específicos

- Determinar las características sociodemográficas y laborales de los médicos y enfermeras de las dos instituciones públicas, ubicadas en el sur de la provincia de Santa Elena.
- Establecer las dimensiones de burnout en los médicos y enfermeras de las dos instituciones públicas, ubicadas en el sur de la provincia de Santa Elena.
- Describir el malestar emocional en los médicos y enfermeras de las dos instituciones públicas, ubicadas al sur de la provincia de Santa Elena.
- Conocer los modos de afrontamiento más utilizados de los médicos/as y enfermeras de dos instituciones públicas, ubicadas en el sur de la provincia de Santa Elena.
- Determinar el apoyo social proveniente del entorno social, informal y laboral de los médicos/as y enfermeras de dos instituciones públicas, ubicadas en el sur de la provincia de Santa Elena.
- Identificar los rasgos de personalidad de los médicos/as y enfermeras de dos instituciones públicas, ubicadas en el sur de la provincia de Santa Elena.
- Establecer la correlación existente entre agotamiento emocional y neuroticismo en los médicos/as y enfermeras de dos instituciones públicas, ubicadas en el sur de la provincia de Santa Elena.

2.2. Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales de los profesionales de la salud de dos instituciones públicas, ubicadas en el sur de la provincia de Santa Elena?
- ¿Cuál es la prevalencia del síndrome de Burnout en los médicos/as y enfermeras de dos instituciones públicas, ubicadas en el sur de la provincia de Santa Elena?

- ¿Cuál de las tres dimensiones del síndrome de Burnout es la que presenta un alto nivel en los médicos/as y enfermeras de dos instituciones públicas ubicadas en el sur de la provincia de Santa Elena?
- ¿Cuáles son los rasgos de personalidad y las características de salud mental de los médicos/as y enfermeras de dos instituciones públicas, ubicadas en el sur de la provincia de Santa Elena?
- ¿Cuáles son los tipos de afrontamiento y apoyo social de los médicos/as y enfermeras de dos instituciones públicas, ubicadas en el sur de la provincia de Santa Elena?
- ¿Cuál es la relación existente entre el agotamiento emocional y el neuroticismo en los médicos/as y enfermeras de dos instituciones públicas, ubicadas en el sur de la provincia de Santa Elena?

2.3. Contexto de la investigación

La presente investigación se realizó con la finalidad de evaluar la relación de agotamiento emocional y neuroticismo al personal profesional médico y de enfermería dentro de dos instituciones de salud públicas ubicadas en el sur de la provincia de Santa Elena, de modo que se evidencie si dicho personal se encuentra en capacidad de atender los requerimientos de los pacientes, sin altos niveles de estrés, considerando que su compromiso va mucho más allá de lo laboral pues prestan servicios científicos, tecnológicos y humanos.

La primera institución cuenta con amplios espacios de infraestructura y tecnología de punta para la atención de sus pacientes, brindando servicio las 24 horas del día, esta cuenta con emergencias y consulta externa, y con especialidades en medicina general, cirugía general, gineco-obstetricia, pediatría, medicina interna, odontología, geriatría, cardiología, neurología, rehabilitación, y psicología. Además de servicios técnicos complementarios como Rayos X, ecosonografía, mamografía, audiología, laboratorio clínico, farmacia, trabajo Social, y preparación pre quirúrgica. La institución además cuenta con equipos médicos de última generación y con un sistema informático para el ingreso de pacientes.

La segunda institución ofrece sus servicios en las especialidades de ginecología, neurología, endocrinología, psiquiatría, traumatología, medicina interna, medicina general, farmacia, laboratorio, enfermería, odontología, pediatría, gastroenterología, dermatología, oftalmología, y urología.

2.4. Diseño de la investigación

El método empleado en el presente estudio fue exploratorio, considerando que no existen investigaciones que hayan realizado un análisis a profundidad sobre el tema establecido, además de que para la recopilación de la información es necesario indagar minuciosamente en los aspectos claves, y en la integración de nuevas técnicas que permitan mejorar los estudios de carácter investigativo (Toro & Parra, 2006).

El diseño de la investigación presentó las siguientes características: cuantitativa, determinando que la información analizada de los instrumentos aplicados perciben información numérica. La investigación también es de carácter no experimental ya que no se realiza de ninguna manera la manipulación de las variables aplicadas sobre la muestra de estudio, por lo tanto se observaron los fenómenos en su ambiente real.

De igual forma la investigación es transversal, considerando que analiza las variables establecidas en un tiempo determinado, así mismo es descriptiva porque los temas que se seleccionaron sirvieron para la recopilación de información con la que se detalló cada uno de forma puntualizada, y es correlacional debido a que valora la relación que existe entre variables vinculadas al objeto de estudio (Hernández, Fernández, & Baptista, 2003).

2.5. Población y muestra

La población objeto de este estudio fue el personal médico y de enfermería que laboran en dos instituciones de salud públicas, ubicadas en el sur de la provincia de Santa Elena, a los cuales les fueron aplicados los cuestionarios respectivos para la determinación de la correlación existente entre el agotamiento emocional y neuroticismo del personal de salud.

La muestra fue de accesibilidad, no probabilística y accidental, considerando que la muestra a la cual se aplicó los instrumentos es de 40 profesionales de la salud (26 médicos/as y 14 enfermeras/os), de las dos instituciones públicas, mismos que cumplieron con los criterios de inclusión de muestra.

Cabe destacar que el desarrollo investigativo también considerada las normas técnicas de acuerdo a Helsinki, también por otra parte es importante señalar que la aplicación de los instrumentos no representaron ningún tipo de riesgo para los médicos/as y personal de enfermería que fueron tomados en cuenta, puesto que también se garantizó la confidencialidad en cuanto a la información proporcionada.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión: Laborar dentro de la institución de salud, ser médico o parte del personal de enfermería, tener como mínimo dos años ejerciendo, firmar un consentimiento para el uso de información y acceder a contribuir con la investigación de forma voluntaria.

Criterios de exclusión: Ser técnico o auxiliar de enfermería, ser personal con menos del tiempo solicitado, no firmar el consentimiento para el uso de información y no trabajar permanentemente en la institución.

Procedimiento

El desarrollo de la investigación se realizó en base al seguimiento de los siguientes pasos:

- Se construyó la solicitud para requerir el permiso correspondiente en las dos instituciones de salud escogidas para el desarrollo investigativo, sin embargo se presentaron al momento de buscar al director de estas instituciones en muchos de los casos no se lo logro, por lo cual se tuvo que asistir varios días hasta que firmará la autorización en sus horarios de tiempo flexible.
- Se estableció relación con los directivos de las instituciones de salud, a los cuales se les presento la solicitud diseñada, a fin de que autoricen la recolección de información en las mismas, se presentaron percances ya que se solicitó pequeñas modificaciones dentro de la solicitud, las cuales fueron realizadas y finalmente fueron aprobadas y se pudo empezar con el desarrollo de la investigación.
- Una vez recibida la aprobación de los directivos se instaura el horario para la aplicación de la batería, para lo cual se seleccionó a los médicos/as y enfermeras previamente de cada una de las instituciones instando su participación, exponiendo el principal objetivo de investigación, en dicho contexto se presentaron ciertas dificultades considerando que algunos médicos no deseaban colaborar con la investigación, por lo cual se seleccionó a otros médicos pero se retrasó un poco la recopilación de información.
- Posteriormente se solicitó a los participantes que firmen el consentimiento informado, brindándoles una explicación previa sobre los parámetros de la batería de forma que no se suscite ningún percance más adelante, en este punto no se presentaron dificultades ya que les brindo la información pertinente sobre el consentimiento

firmado y sobre el funcionamiento del mismo en la investigación, asegurando la confidencialidad de la información proporcionada.

- Finalmente se procedió a la recopilación de información, de modo que luego se realice el procesamiento de datos mediante el uso del programa SPSS-23, donde se trabajó con información descriptiva y correlacional, proporcionada por los profesionales de la salud. En este punto se presentaron dificultades al momento del conteo de las respuestas, considerando que al ser una encuesta amplia se tenía que contabilizar una a una las respuestas, una vez terminada la contabilización de los datos se tabuló la misma sin dificultad alguna.

2.6. Técnicas e instrumentos de investigación

Los instrumentos aplicados para la recopilación de información se detallan a continuación:

Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC.

A través de este instrumento se recopila datos sociodemográficos (sexo, edad, hijos, etnia, estado civil, cantidad de ingresos, experiencia, sector de trabajo, tipo de contrato, turnos, número de pacientes, recursos institucionales y clima laboral).

Inventario de Burnout de Maslach

El cuestionario se encarga de analizar las dimensiones presentes: a) agotamiento emocional (determina el si la persona está cansada por sus actividades laborales), b) despersonalización (mide el desapego en el trabajo), c) realización personal (satisfacción con el entorno laboral), este cuestionario emplea una escala de Likert con calificaciones de 0 a 6.

Se encuentra constituido por 22 ítems: de los cuales 9 corresponden al agotamiento emocional, 5 a la despersonalización y 8 ítems a la realización personal. Se califican de acuerdo a sus características, siendo 54 el puntaje más alto para el agotamiento emocional, 30 puntos para la despersonalización y 48 para la realización personal, sin embargo es importante mencionar que para la medición de la existencia o inexistencia del síndrome, para lo cual se toma en cuenta los puntajes altos frente al agotamiento emocional y despersonalización, por el contrario para la realización personal (Martínez, 2010)

Frente las propiedades psicométricas, el instrumento es eficiente si el alfa de Cronbach se determina entre 0.7 y 0.9 (Barón, Lacasta , & Ordoñez, 2008).

Cuestionario de Salud Mental

Este es un cuestionario auto-administrado, es útil para determinar como la persona considera que se encuentra su estado de salud. Se compone por 28 ítems empleados para la comprobación de existencia de problemas psiquiátricos en menor grado y a su vez mide el estado de la salud mental del profesional. En relación a las variables psicométricas, estas presentan un punto de corte de 5/6, el cual indica que podría existir un caso probable, con sensibilidad igual a 84.6% y la especificidad igual al 82%, y el alfa de Cronbach debe mantener un valor de 0.89. A través de este se evalúan cuatro sub-escalas: Síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social y depresión.

Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento

Esta escala multidimensional, se compone por 28 ítems, los cuales permiten establecer si los encuestados presentan problemas de estrés y complejas situaciones. (Vargas, Herrera, Rodríguez y Sepúlveda, 2010) los tipos de afrontamiento que evalúa son:

- Afrontamiento activo
- Auto-distracción
- Negación
- Uso de sustancias
- Uso de apoyo emocional
- Uso de apoyo instrumental
- Retirada de comportamiento
- Desahogo
- Replanteamiento positivo
- Planificación
- Humor
- Aceptación
- Religión
- Culpa

En cuanto a las propiedades psicométricas cuenta con un alfa de Cronbach de 0.50 y 0.80 para cada una de sus estrategias (Carver, 1997).

Cuestionario MOS de apoyo social.

El cuestionario se compone de 20 ítems que se emplean para determinar el desenvolvimiento social de la persona, maneja una escala de Likert de 5 puntos, los cuales a su vez parten de 1 siendo nunca a 5 representando siempre, se compone del alfa de Cronbach a un nivel de 0.97 y para las subescalas entre 0.91 y 0.96. Identifica dimensiones de apoyo social:

- Apoyo emocional
- Apoyo instrumental.
- Amor y cariño

Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck.

El cuestionario de personalidad se encuentra compuesto por 24 ítems, mismos que se encargan de evaluar los rasgos de personalidad en relación a la existencia de cuatro factores: neuroticismo, extroversión, psicoticismo y sinceridad. Su forma de respuesta es de si y no y las puntuaciones del mismo van del 0 a 6, una puntuación alta determina existencia del rasgo . En relación al alfa de Cronbach las dimensiones son: extraversión 0.74, neuroticismo 0.78, psicoticismo 0.63 y sinceridad de 0.54 respectivamente.

CAPÍTULO III
ANÁLISIS DE DATOS

Dentro del capítulo se examinan la información recopilados mediante las diferentes herramientas, con la finalidad de interpretar las relaciones existentes entre las variables de estudio en el segmento seleccionado, la misma que corresponde a 26 médicos y 14 enfermeras de dos instituciones de salud públicas.

3.1. Variables sociodemográficas

En la presente variable se examinan tres tablas: características sociodemográficas (Tabla 1), características laborales (Tabla 2), y percepción del clima laboral (Tabla 3). En la Tabla 1, se evalúa la intervención mayoritaria correspondiente al sexo, edad, número de hijos/as y estado civil de los profesionales de la salud.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud

VARIABLES	Médicos/as		Enfermeros/as	
	n	%	n	%
Sexo				
Hombre	15.0	57.7	0.0	0.0
Mujer	11.0	42.3	14.0	100.0
Total. de profesionales de la salud	26.0	65.0	14.0	35.0
Edad				
<i>M</i>	39.0		35.0	
<i>DT</i>	8.1		9.6	
Max	55.0		50.0	
Min	28.0		24.0	
Número de hijos/as				
<i>M</i>	1.4		1.4	
<i>DT</i>	1.3		1.0	
Max	4.0		3.0	
Min	0.0		0.0	
Etnia				
Mestizo/a	18.0	72.0	14.0	100.0
Blanco/a	7.0	28.0	0.0	0.0
Afro ecuatoriano/a	0.0	0.0	0.0	0.0
Indígena	0.0	0.0	0.0	0.0
Estado civil				
Soltero/a	10.0	38.5	5.0	35.7
Casado/a	13.0	50.0	5.0	35.7
Viudo/a	0.0	0.0	0.0	0.0
Divorciado/a	1.0	3.8	3.0	21.4
Unión libre	2.0	7.7	1.0	7.1

Fuente: Cuestionario sociodemográfico AD HOC

Elaborado por: Autora

Respecto a los datos obtenidos del personal médico, la mayor participación pertenece a los hombres con un 57,7%, mientras las mujeres se colocan en el 42,3%, con respecto al personal de enfermería el 100% pertenecen al sexo femenino. El total de colaboradores es de 65% médicos/as y 35% enfermeras. La edad promedio de los médicos/as es de 39 años, mientras

que el del personal de enfermería es de 35 años. El promedio de número de hijos tanto para el personal médico, como para el grupo de enfermería es de 1,4. En relación a la etnia, la dominante corresponde a la mestiza con un 72% en el caso de los médicos/as y 100% en el caso del personal de enfermería. Respecto al estado civil, la opción mayoritaria corresponde a casado con un 50% para el personal médico, mientras que para el personal de enfermería existe una igualdad del 35,7% en la opción soltero y casado.

En la tabla 2 se observa la participación predominante en cuanto a ingresos mensuales, experiencia profesional, sector en el que trabaja, tipo de contrato, número de pacientes por día, y recursos institucionales.

Tabla 2. Características laborales de los profesionales de la salud

VARIABLES	Médicos/as		Enfermeros/as	
	n	%	n	%
Ingresos mensuales				
0 a 1000	1.0	3.8	3.0	21.4
1001 a 2000	10.0	38.5	11.0	78.6
2001 a 3000	15.0	57.7	0.0	0.0
3001 a 4000	0.0	0.0	0.0	0.0
4001 a 5000	0.0	0.0	0.0	0.0
5001 a 6000	0.0	0.0	0.0	0.0
Experiencia profesional				
<i>M</i>	12.6		10.2	
<i>DT</i>	6.6		9.2	
Max	29.0		30.0	
Min	4.0		3.0	
Sector en el que trabaja				
Público	21.0	80.8	13.0	92.9
Privado	0.0	0.0	0.0	0.0
Ambos	5.0	19.2	1.0	7.1
Tipo de contrato				
Eventual	1.0	3.8	1.0	7.7
Ocasional	2.0	7.7	1.0	7.7
Plazo fijo	3.0	11.5	1.0	7.7
Nombramiento	17.0	65.4	10.0	76.9
Servicios profesionales	3.0	11.5	0.0	0.0
Ninguno	0.0	0.0	0.0	0.0

Fuente: Cuestionario de variables laborales AD HOC

Elaborado por: Autora

VARIABLES	Médicos/as		Enfermeros/as	
	n	%	n	%
Horas diarias de trabajo				
<i>M</i>	8.3		9.1	
<i>DT</i>	0.7		1.7	
Max	11.0		12	
Min	8.0		8.0	
Nº de pacientes/día				
<i>M</i>	24.0		32.9	
<i>DT</i>	7.6		19.5	
Max	50.0		60.0	
Min	7.0		5.0	
Recursos Institucionales				
Totalmente	12.0	48.0	12.0	85.7
Mediadamente	13.0	52.0	2.0	14.3
Poco	0.0	0.0	0.0	0.0
Nada	0.0	0.0	0.0	0.0
Turnos				
Si	12.0	50.0	14.0	100.0
No	12.0	50.0	0.0	0.0

Fuente: Cuestionario de variables laborales AD HOC

Elaborado por: Autora

Respecto a la experiencia del personal médico, la media corresponde al 12.6 años, mientras que el de enfermería es de 10,2 años. El sector en el cual laboran la mayoría del profesional de salud es el público, correspondiendo el 80,8% a médicos/as y el 92,9% a enfermeras. El tipo de contrato predominante es el de nombramiento con el 65,4% para el personal médico y el 76,9% para el grupo de enfermería. El número promedio de pacientes que son atendidos diariamente por los médicos/as corresponde a 24 con una atención mínima de 7 y 50 como máxima, mientras que el personal de enfermería atiende a un promedio de pacientes de 32,9, con una atención mínima de 5 y máxima de 60 pacientes. En relación a los recursos que son generados por la institución, el 52% del personal médico se les entrega mediadamente y el 85,7% del grupo de enfermería refieren que se les entrega totalmente para la realización de su trabajo.

En la tabla 3 se explora la percepción que los profesionales de la salud tienen en relación a varios aspectos afines con el clima laboral, para lo cual se interpreta sus respuestas en base a una escala, tomando en cuenta la mayor cantidad de personas por cada variable.

Tabla 3. Percepción del clima laboral de los profesionales de la salud.

		Profesión			
		Médico/a		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
¿Cuán valorado se siente por sus pacientes?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	2	7.7%	0	0.0%
	Bastante	14	53.8%	5	35.7%
	Totalmente	10	38.5%	9	64.3%
¿Cuán valorado se siente por los familiares de los pacientes?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	2	7.7%	0	0.0%
	Bastante	14	53.8%	7	50.0%
	Totalmente	10	38.5%	7	50.0%
¿Cuán valorado se siente por sus compañeros de profesión?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	0	0.0%	2	14.3%
	Bastante	9	34.6%	7	50.0%
	Totalmente	17	65.4%	5	35.7%
¿Cuán valorado se siente por los directivos la institución?	Nada	1	3.8%	0	0.0%
	Poco	2	7.7%	4	28.6%
	Bastante	13	50.0%	6	42.9%
	Totalmente	10	38.5%	4	28.6%
¿Está satisfecho con el trabajo que realiza?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	0	0.0%	0	0.0%
	Bastante	6	23.1%	2	14.3%
	Totalmente	20	76.9%	12	85.7%
¿Está satisfecho en su interacción con los pacientes?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	1	3.8%	0	0.0%
	Bastante	4	15.4%	4	28.6%
	Totalmente	21	80.8%	10	71.4%
¿Está satisfecho con el apoyo brindado por parte de los directivos de la institución?	Nada	1	3.8%	0	0.0%
	Poco	1	3.8%	3	21.4%
	Bastante	12	46.2%	5	35.7%
	Totalmente	12	46.2%	6	42.9%
¿Está satisfecho con la colaboración entre compañeros de trabajo?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	2	7.7%	2	14.3%
	Bastante	9	34.6%	8	57.1%
	Totalmente	15	57.7%	4	28.6%
¿Está satisfecho con la valoración global de su experiencia profesional?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	0	0.0%	1	7.1%
	Bastante	8	32.0%	4	28.6%
	Totalmente	17	68.0%	9	64.3%
¿Está satisfecho con su situación económica?	Nada	1	3.8%	0	0.0%
	Poco	2	7.7%	3	21.4%
	Bastante	15	57.7%	6	42.9%
	Totalmente	8	30.8%	5	35.7%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y clima laboral AD HOC

Elaborado por: Autora

En relación a la percepción del personal médico en torno a la valoración que siente por parte de sus pacientes (53,8%) y de sus familiares (53,8%) muestra que se siente bastante valorado. El 65,4% de los participantes marca que se siente totalmente valorado por sus compañeros de profesión, mientras que el 50% manifiesta que se siente bastante valorado por los directivos de la institución. El 76,9% del personal médico se encuentra totalmente satisfecho con el trabajo que realiza, mientras que el 80,8% está totalmente satisfecho en su

interacción con los pacientes. Así mismo el 46,2% de este grupo de médicos/as está bastante y totalmente satisfecho con el apoyo brindado por parte de los directivos de la institución, mientras que el 57,7% está totalmente satisfecho con la colaboración entre compañeros de trabajo. El 68% del personal médico está totalmente satisfecho con la valoración global de su experiencia profesional, mientras que el 57,7% está bastante satisfecho con su situación económica.

En lo que se refiere a la percepción del personal de enfermería, el 64,3% señala que se siente totalmente valorado por parte de sus pacientes, mientras que el 50% manifiesta que siente bastante y totalmente valorado por los familiares de los mismos. Por otra parte, el 50% de los participantes señala que se siente bastante valorado por sus compañeros de profesión, mientras que el 42,9% manifiesta que se siente bastante valorado por los directivos de la institución. El 85,7% del personal de enfermería se encuentra totalmente satisfecho con el trabajo que realiza, mientras que el 71,4% se siente totalmente satisfecho con la interacción que tiene con sus pacientes. Así mismo el 42,9% de enfermeras está totalmente satisfecho con el apoyo brindado por parte de los directivos de la institución, mientras que el 57,1% está bastante satisfecho con la colaboración entre compañeros de trabajo. El 64,3% del personal de enfermería está totalmente satisfecho con la valoración global de su experiencia profesional, mientras que el 42,9% está bastante satisfecho con su situación económica.

3.2. Inventario de burnout de maslach (maslach burnout inventory [mbi]; MASLACH Y JACKSON

En este postulado se interpretan y analizan dos tablas, la correspondiente a los resultados de las dimensiones del burnout en los profesionales de la salud (Tabla 4) y los resultados de los casos de burnout en los profesionales de la salud (Tabla 5).

Es así que dentro de la tabla 4, se presentan los resultados obtenidos en relación a las dimensiones del burnout en los profesionales de la salud que participaron en el estudio.

Tabla 4. Resultados de las dimensiones del burnout en los profesionales de la salud

		Profesión			
		Médico/a		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Agotamiento emocional	Bajo	17	65.4%	11	78.6%
	Medio	6	23.1%	3	21.4%
	Alto	3	11.5%	0	0.0%
Despersonalización	Bajo	18	69.2%	11	78.6%
	Medio	6	23.1%	3	21.4%
	Alto	2	7.7%	0	0.0%
Realización personal	Bajo	23	88.5%	9	64.3%
	Medio	1	3.8%	4	28.6%
	Alto	2	7.7%	1	7.1%

Fuente: Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson. 1986)
Elaborado por: Autora

Respecto al Inventario del síndrome de Burnout (MBI), en la dimensión correspondiente al agotamiento emocional, el 11,5% de los médicos/as y el 0% del personal de enfermería obtuvo un nivel alto. En lo referente a la dimensión de despersonalización, el 7,7% del personal médico y el 0% del grupo de enfermería puntuó un nivel alto. Mientras que en torno a la realización personal, el 88.5% de médicos/as, así como el 64.3% de enfermeras obtuvo un porcentaje bajo.

Distintamente en la tabla 5 se indica el número de casos de burnout existentes en la población.

Tabla 5. Resultados de los casos de burnout en los profesionales de la salud.

		Profesión			
		Médico/a		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Burnout	No presencia	26	100.0%	14	100.0%
	Presencia	0	0.0%	0	0.0%

Fuente: Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson, 1986)
Elaborado por: Autora

De acuerdo a la información recolectada a través de la aplicación del MBI, tanto en el personal médico, como en el de enfermería, no se ha detectado algún caso de burnout,

3.3. Cuestionario de salud general

Tabla 6. Malestar emocional de los profesionales de la salud.

		Profesión			
		Médico/a		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Síntomas somáticos	No caso	20	76.9%	9	64.3%
	Caso	6	23.1%	5	35.7%
Ansiedad	No caso	20	76.9%	12	85.7%
	Caso	6	23.1%	2	14.3%
Disfunción social	No caso	26	100.0%	14	100.0%
	Caso	0	0.0%	0	0.0%
Depresión	No caso	26	100.0%	14	100.0%
	Caso	0	0.0%	0	0.0%

Fuente: Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire [GHQ-28]; Goldberg y Hillier, 1979)
Elaborado por: Autora

En relación al ámbito de salud general, los síntomas somáticos se evidencian en el personal médico con el 23,1%, mientras que en el personal de enfermería existe 35,7%. En lo referente a la presencia de ansiedad, el 23,1% de los médicos/as presentan este síntoma, al igual que el 14,3% del personal de enfermería.

3.4. Cuestionario de afrontamiento (BRIEF – COPE)

En el siguiente postulado se interpreta y analiza la tabla correspondiente a las estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud, comparando las respuestas brindadas por el personal médico y de enfermería, tal como se observa en la tabla 7.

Tabla 7. Estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud.

	Profesión							
	Médico/a				Enfermero/a			
	M	DT	Máx.	Mín.	M	DT	Máx.	Mín.
Auto distracción	1.5	2.0	6.0	.0	.9	1.1	3.0	.0
Afrontamiento activo	2.3	2.0	6.0	.0	1.1	1.2	4.0	.0
Negación	.4	1.3	6.0	.0	.0	.0	.0	.0
Uso de sustancias	.2	.6	2.0	.0	.1	.3	1.0	.0
Apoyo emocional	1.0	1.5	5.0	.0	.5	.7	2.0	.0
Apoyo instrumental	1.2	2.0	6.0	.0	.7	.8	2.0	.0
Retirada de comportamiento	.4	1.1	5.0	.0	.1	.4	1.0	.0
Desahogo	.9	1.8	6.0	.0	.4	.6	2.0	.0
Replanteamiento positivo	2.1	2.1	6.0	.0	1.2	1.4	4.0	.0
Planificación	2.5	2.3	6.0	.0	1.1	1.2	3.0	.0
Humor	.9	1.7	6.0	.0	.4	.7	2.0	.0
Aceptación	2.2	2.1	6.0	.0	1.1	1.5	4.0	.0
Religión	1.8	1.9	6.0	.0	1.2	1.4	4.0	.0
Culpa de sí mismo	1.2	1.7	6.0	.0	.4	.6	2.0	.0

Fuente: Inventario COPE-28 (Brief COPE; Carver, 1997).
Elaborado por: Autora

En el aspecto de afrontamiento se estableció que las estrategias que poseen una media más alta en el grupo de médicos y médicas corresponden a planificación (2,5), afrontamiento activo (2,3) y aceptación (2,2), mientras que en el grupo de enfermeras se remiten a: replanteamiento y religión (1,2), afrontamiento activo, planificación y aceptación (1,1).

3.5. Cuestionario de apoyo social (AP)

En este punto se analiza e interpreta la percepción del apoyo social de los profesionales de la salud, comparando la media más alta entre el grupo de médicos/as y enfermeros/as, tal como se puede observar en la tabla 8.

Tabla 8. Percepción del apoyo social de los profesionales de la salud.

	Profesión							
	Médico/a				Enfermero/a			
	M	DT	Máx.	Mín.	M	DT	Máx.	Mín.
Apoyo emocional	85.6	17.4	100.0	50.0	87.0	14.5	100.0	45.0
Apoyo instrumental	76.9	18.7	100.0	40.0	86.1	17.2	100.0	55.0
Relaciones sociales	86.7	16.4	100.0	55.0	83.2	17.4	100.0	50.0
Amor y cariño	91.5	13.3	100.0	60.0	88.1	15.5	100.0	46.7

Fuente: Cuestionario de Apoyo Social MOS (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Steward, 1991).
Elaborado por: Autora

Respecto al apoyo social se logró determinar que la media más alta en el grupo de médicos/as corresponde al amor y cariño con un 91,5, seguido de las relaciones sociales con 86,7 y el apoyo emocional con 85.6, mientras que la media más baja corresponde al apoyo instrumental con 76,9.

En el caso del personal de enfermería, la media más alta se remite al amor y cariño con 88,1, seguido del apoyo emocional con 87,0, el apoyo instrumental con 86,1, mientras que la media más baja corresponde a relaciones sociales con 83,2.

3.6. Cuestionario de personalidad (EPQR - A)

En este apartado se analiza e interpreta los rasgos de personalidad de los profesionales de la salud, tomando en cuenta el rasgo más alto y comparado entre los dos grupos, tal como se aprecia en la tabla 9.

Tabla 9. Rasgos de personalidad de los profesionales de la salud.

	Profesión							
	Médico/a				Enfermero/a			
	M	DT.	Máx.	Mín.	M	DT.	Máx.	Mín.
Neuroticismo	1.5	1.3	5.0	.0	1.1	1.4	4.0	.0
Extroversión	4.6	1.9	6.0	1.0	4.5	2.0	6.0	.0
Psicoticismo	1.8	1.2	4.0	.0	1.1	1.1	4.0	.0

Fuente: Cuestionario de Personalidad de Eysenck Revisado-Abreviado (Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated [EPQR-A]); Francis. Brown y Philipchalk, 1992)

Elaborado por: Autora

El rasgo de personalidad que muestra un puntaje más alto en el personal médico corresponde al de extroversión (4.6), seguido de psicoticismo (1,8) y por ultimo neuroticismo (1,5).

Para el personal de enfermería de igual forma con puntaje más alto esta la extroversión (4,5), seguido de psicoticismo y neuroticismo (1,1).

3.7. Correlación entre agotamiento emocional y neuroticismo

Tabla 10. Correlaciones entre agotamiento emocional y neuroticismo.

	Agotamiento emocional		
	<i>r</i>	<i>p</i>	n
Neuroticismo	.566**	.000	40

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En base a la relación entre neuroticismo y agotamiento emocional existe una correlación muy significativa entre estas variables, $r(40) = -.566$, $p = .000$ (ver Tabla 10). Por consiguiente, mientras mayor sea el rasgo de esta personalidad, mayor será el agotamiento emocional en los profesionales de la salud. Cabe indicar que no existe correlación significativa entre neuroticismo y las dimensiones restantes (despersonalización y realización personal)

3.8. Discusión de resultados

En torno a la aplicación de los cuestionarios se observa que frente a las características sociodemográficas, se evidencia que en relación al personal médico, la mayor participación pertenece a los hombres con un 57,7%, mientras las mujeres se colocan en el 42,3%, con respecto al personal de enfermería el 100% pertenecen al sexo femenino. El total de colaboradores es de 65% médicos/as y 35% enfermeras, información que presenta características semejantes en estudios desarrollados acerca de la presencia del síndrome de Burnout en expertos en salud (Toledo, 2016). En edad promedio de los médicos/as es de 39

años, mientras que el del personal de enfermería es de 35 años, manifestando que estos se encuentran dentro de la edad establecida por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC).

El promedio de número de hijos tanto para el personal médico, como para el grupo de enfermería es de 1,4 por ciento que se ven reflejados de forma similar en Cruz (2014). En la etnia, predomina la mestiza con un 72% en el caso de los médicos/as y 100% en el caso del personal de enfermería, considerando que la mayor parte de la población ecuatoriana pertenece a esta etnia. El estado civil, la opción con mayor inclinación es casado con un 50% para el personal médico, mientras que para el personal de enfermería existe una igualdad del 35,7% en la opción soltero y casado, los cuales a su vez se pueden relacionar con otros estudios con características análogas desarrolladas concretamente en la ciudad de Quito (Acurio & Cordoba, 2015).

En relación a la aplicación del cuestionario, en mención de la variable laboral se evidencia que el personal médico recibe un valor de ingresos económico de 2001 a 3000, representando un 57,7% del total de los encuestados, el cual se encuentra bajo los parámetros permitidos por el Ministerio de Trabajo en función de su profesión; mientras para el personal de enfermería predomina el valor de 1001 a 2000 con 78,6% y de igual forma este se encuentra bajo los rangos establecidos de la tabla salarial.

Con referencia a la experiencia laboral se evidenció que en el personal médico, el promedio corresponde a 12.6 años, mientras que el de enfermería es de 10,2 años, información que se plasma de forma semejante dentro de otras investigaciones realizadas en torno al tema en las cuales se observa que el tiempo va de 11 a 20 años (Barbecho & Ochoa, 2014). Conforme a los datos, se observa que el sector en el cual labora el 80,8% de los médicos/as y el 92,9% de las enfermeras es el sector público. El tipo de contrato predominante es el de nombramiento con el 65,4% para médicos y el 76,9% para el personal de enfermería, misma información que se puede constatar en investigaciones con similares características en la cual predomina el contrato fijo (Sánchez, Ortega , Manuel , & Ortega , 2014).

El número de horas diarias de trabajo de los médicos/as son un mínimo de 8 y máximo de 11 horas; mientras que para el personal de enfermería labora un mínimo de 8 y máximo de 12 horas ocupando el 8,3 en ambos casos. El número de pacientes promedio se evidenció que los médicos/as corresponde a 24 con una atención mínima de 7 y 50 pacientes como máxima, mientras que el personal de enfermería arroja un 32,9, con una atención mínima de 5 y máxima de 60 pacientes, información que se representa de forma similar en una investigación

realizada en Chile, en la cual se establece que la atención mínima es de 9 y la máxima de 44 pacientes (Seguel & Valenzuela, 2014). De acuerdo al cuestionario se evidencia el 52% del personal médico recibe los recursos hospitalarios de forma medida y el 85,7% del grupo de enfermería afirma que los recursos los reciben en su totalidad, debido a que sin ellos no pueden realizar su trabajo. Con respecto a la entrega de turnos, se estableció que el 50% de los médicos/as indican que esto no se lleva a cabo, mientras que el 100% del personal de enfermería manifiesta que sí, lo cual muestra inconformidad considerando que de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Trabajo se deben cumplir en su totalidad las horas de trabajo a fin de brindar una atención oportuna y de calidad a los pacientes que lo requieran, a fin de satisfacer sus necesidades; información que se efectúa de forma semejante en la cual se afirma que los turnos no llegan a cumplirse como se establecen (Ramírez, Paravic, & Valenzuela, 2013).

Conforme lo observado en la variable demográfica se determina que la actividad realizadas por los profesionales de la salud, requiere de un amplio compromiso propio y una interacción de forma directa y permanente con las horas de trabajo, la edad y los pacientes, por lo cual al mantener tanta presión en su jornada laboral tanto en el ámbito profesional como personal, los médicos y enfermeras podrían empezar a desarrollar algunos de los factores del burnout, considerando que se encuentran ante la presión de diversas preocupaciones, que no pueden darle una pronta solución y como consecuencia de ello desarrollan de una forma progresiva el estrés que ya mantienen.

El segundo objetivo planteado que propone establecer las dimensiones de burnout en los profesionales de la salud, para lo cual se utilizó el cuestionario del Síndrome de Burnout, evidenciando que en la dimensión de agotamiento emocional, el 11,5% de los médicos/as y ningún miembro del personal de enfermería obtuvo un nivel alto debido a que se encuentran en un ambiente que demanda mucha energía, mientras que en lo que respecta a la despersonalización, el 7,7% del personal médico y nadie del grupo de enfermería puntuó un nivel alto y en torno a la realización personal, considerando que estos si desarrollan en ocasiones sentimientos negativos de insensibilidad hacia los pacientes, el 88.5% de médicos/as, así como el 64.3% de enfermeras obtuvo un porcentaje bajo, lo cual también se puede mencionar de forma similar en investigaciones desarrolladas sobre la prevalencia del síndrome de Burnout en los establecimientos de salud (Maldonado, 2011).

Conforme lo establecido con la fundamentación teórica en torno al síndrome de Burnout, en el cual se afirma que las condiciones de trabajo mantienen influencia en la salud laboral, se establece que ciertamente las condiciones de trabajo se asocian al desarrollo de riesgos

psicosociales en el ambiente laboral, así mismo que los cambios de autonomía en el desempeño de actividades, el establecimiento de las funciones y responsabilidad, las relación con el personal y la adaptación a las exigencias del trabajo, son compendios que se relacionan con la organización del trabajo y que a su vez pueden derivar en un exceso de demanda psíquica con consecuencias sobre la salud del personal.

Con relación al tercer objetivo establecido que es describir el malestar emocional en los médicos y enfermeras, en tanto se evidencio frente al malestar emocional los síntomas somáticos demostraron un 23,1% en médicos/as, mientras que en el personal de enfermería existe 35,7%. La presencia de ansiedad, arrojó el 23,1% de los médicos/as presentan este síntoma, al igual que el 14,3% del personal de enfermería, investigación que mantiene estrecha relación con los resultados de la indagación desarrollada en la ciudad de Cuenca (Durán & García, 2013).

El malestar emocional es un problema de salud que se vincula con el trabajo, mismo que tiene formas de ser prevenido y a su vez conseguir que el entorno sea más idóneo al igual que las condiciones de trabajo, ya que constituyen un área a la que hay que ponerle énfasis. La prevención de riesgos laborales consiste en advertir situaciones que generen problemas en la salud y bienestar de los trabajadores. En relación a los resultados obtenidos se evidencia que dichos factores, entre ellos el malestar emocional proviene de la influencia del entorno laboral, y el desarrollo de ciertas enfermedades. Es por ello que la prevención es imprescindible en los profesionales que laboran dentro de ambas instituciones, puesto que su autocontrol y vinculación armoniosa con el entorno permitirán la estabilidad en su salud emocional, y por lo tanto tendrán percepciones y experiencias influyentes en su salud de manera positiva, rendimiento laboral y satisfacción en el trabajo.

Frente al cuarto objetivo de investigación establecido que se centró en conocer los modos de afrontamiento más utilizados por los profesionales de la salud, mediante la aplicación del Cuestionario de Afrontamiento se obtuvo como respuesta que las estrategias que poseen una media más alta en el grupo de médicos y médicas concierne a la planificación con un valor de 2,5, el afrontamiento activo con un valor de 2,3 y aceptación con un 2,2, mientras que en el personal de enfermería se remiten a: replanteamiento y religión con el 1,2, afrontamiento activo, planificación y aceptación con 1,1, datos que mantienen semejantes características en el estudio desarrollado en Quito sobre la influencia del síndrome de Burnout (Cevallos, 2014). En cuanto al quinto objetivo establecido el cual plantea determinar el apoyo social procedente de la red social: vínculos informales y vínculos del lugar de trabajo de los profesionales de la salud, a través de los resultados obtenidos en el cuestionario de apoyo social, manifiesta que

la media más alta en médicos/as respecta al amor y cariño con un 91,5 considerando que se sienten queridos y apoyados por su familia, seguido con 86,7 por las relaciones sociales, puesto que se relacionan fácilmente tanto con el personal como con los pacientes y el 85,6, de apoyo emocional en sus hogares, mientras que el apoyo instrumental mantiene un 76,9, que equivale a la media más baja obtenida. Con respecto al personal de enfermería, la media más alta se remite al amor y cariño con 88,1 que representa a su familia, seguido del apoyo emocional con 87,0 en torno tanto al lugar de trabajo como en sus hogares, el apoyo instrumental con 86,1, mientras que las relaciones sociales con un 83,2 representan media más baja, características que se han manifestado de forma semejante en estudios desarrollados en personal de enfermería (González & Luzuriaga, 2013).

De acuerdo con la definición de autores como Martínez (2010) se establece que el apoyo social es fundamental en la salud de los trabajadores considerando la actividad laboral que desarrollen, las condiciones de trabajo en las cuales se desenvuelven, la realidad sexual y el modo de producción a los cuales se los rige. En torno a ello se determina que el apoyo social es uno de los elementos fundamentales en la aproximación e integración de la salud en el trabajo, pues a través de esta se logra mantener una fuerte relación con los trabajadores y de tal forma permitir una buena salud, reduciendo en dichos casos los costos médicos por enfermedad, discapacidades y ausentismo; además de que se incrementará el compromiso por parte de los profesionales. De igual forma se enfocaran en participar de las ayudas que se les proporcionen y alcancen un bienestar óptimo y la efectividad del servicio que prestan dentro de las instituciones.

El objetivo seis se plantea identificar los rasgos de personalidad en los profesionales de la salud, obteniendo como resultado el puntaje más alto es en extroversión con un 4,6 debido a que estos son relativamente sociables y se desenvuelven con habilidad, seguido de psicoticismo con un 1,8, lo cual denota que son muy responsables en sus actividades y por último neuroticismo con un 1,5 denotando que estos son emocionalmente estables, en relación a lo expuesto por el personal médico. Mientras que para el personal de enfermería contextualizó que los puntajes más altos se encuentran en la extroversión con un 4,5 que evidencia que buscan estar en constante estimulación y son propensos al aburrimiento, seguido de psicoticismo y neuroticismo con un 1,1 evidenciando que su comportamiento es calmado y se ajusta a las situaciones en las que se encuentren, además de que se encuentran caracterizados por ser planificadores y seguir las normas que se les imponen dentro de su ámbito laboral, información que se mantiene en relación al estudio aplicado en una institución pública de la ciudad de Guayaquil (Calero, Álvarez, & Honores, 2015).

De esta manera y de acuerdo a los resultados encontrados, se establece que dentro de la muestra de las dos instituciones investigadas, no existe ningún caso de burnout; no obstante en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización, un porcentaje mínimo del personal médico y de enfermería puntuó un nivel alto, aspecto que a futuro podría dar lugar a nuevos casos de este síndrome, afectando a la salud de este grupo de profesionales del campo de la salud. En cambio en la dimensión correspondiente a realización personal, el 88.5% de médicos/as, así como el 64.3% de enfermeras obtuvo un porcentaje bajo. De igual manera, los datos obtenidos evidencian que el malestar emocional que presenta el grupo de profesionales de la salud investigados corresponde a síntomas somáticos que se evidencian en el 23,1% del personal médico y en el 35,7% del personal de enfermería, mientras que la presencia de ansiedad se presenta en el 23,1% de los médicos/as y el 14,3% del personal de enfermería. Finalmente se debe señalar que las técnicas de afrontamiento más usadas corresponden a planificación, afrontamiento activo y aceptación en el caso del personal médico, mientras que en el grupo de enfermeros/as corresponde al replanteamiento, la religión, el afrontamiento activo, la planificación y la aceptación.

CONCLUSIONES

Conforme a los resultados obtenidos en relación a la aplicación de los instrumentos investigativos establecidos, además de la recopilación de información sustentada bibliográficamente en relación al síndrome de Burnout, en cuanto a profesionales que se desempeñan en el área de salud, se mantienen las siguientes conclusiones:

- Se concluye en relación a los resultados que en las instituciones analizadas no se presenta ningún caso con el síndrome, sin embargo frente a las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización, los médicos/as y personal de enfermería mantiene un nivel alto, caso contrario para la dimensión de realización personal el cual se evidencio es bajo, motivo por el cual posteriormente podría desarrollarse el síndrome en otros profesionales. Es así que en relación a ello cabe destacar que en cuanto al neuroticismo los resultados son bajos, evidenciando que esta dimensión no es influyente en cuanto a posibles casos de burnout dentro de las dos instituciones de salud públicas que se analizaron a lo largo de la indagación.
- En cuanto a las características sociodemográficas y laborales de los profesionales médicos y de enfermería de las instituciones analizadas, el rango de edad se establece en los 35 a 39 años tanto en mujeres como hombres, de igual forma en relación al número de hijos promedio es de uno a dos, prevaleciendo mayoritariamente el estado civil de casados y de etnia mestiza, tanto para profesionales médicos como para personal de enfermería.
- Con respecto a las dimensiones del síndrome se evidencio que los niveles de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal fueron bajos en su mayoría, situaciones que derivan en la inexistencia de casos del síndrome de Burnout en el personal médico y de enfermería de las instituciones analizadas.
- Se determina que en relación al malestar emocional, se evidencia la presencia de síntomas somáticos y ansiedad, considerando las actividades que desempeñan dentro de las instituciones, además de los turnos y número de pacientes que son atendidos, considerando la potencialidad de la demanda regional.
- Frente a los modos de afrontamiento se determina que las estrategias que utilizan mayormente son la planificación, afrontamiento activo y aceptación en cuanto a los

médicos, mientras que las enfermeras presentan las mismas características adicionando el replanteamiento y religión, a través de las cuales buscan minimizar la presión que mantienen debido a las características de su trabajo, con el fin de atender de mejor forma a los pacientes que acuden a los establecimientos de salud en los que laboran.

- Respecto al apoyo social se estableció que se enfoca el amor y cariño, relaciones sociales y apoyo emocional que se brinda por parte de los médicos, ya que ellos mantienen una baja medida en relación al apoyo instrumental; en el caso de las enfermeras se centran en el amor y cariño, apoyo emocional y apoyo instrumental, ya que por el contrario este grupo considera a las relaciones sociales como bajas.
- En tanto a los rasgos de personalidad se evidencia el predominio de la extroversión, seguido por el psicoticismo y finalmente el neuroticismo, mismos que permitieron establecer que de acuerdo a las labores que desempeñan los médicos y enfermeras de las instituciones públicas requieren no solo de esfuerzo físico sino también emocional, para poder brindar a los pacientes un servicio de calidad acorde a sus necesidades.

RECOMENDACIONES

- Es recomendable la aplicación de diversas formas de apoyo social de manera institucional, de modo que se prevenga el desarrollo de casos de burnout posteriormente en el personal de salud, considerando que este podría ser perjudicial tanto personal como laboralmente no solo para el profesional, sino también para la institución.
- Frente a los resultados arrojados en cuanto a las características sociodemográficas y laborales en los profesionales de salud, es recomendable que se brinde apoyo psicológico a los mismos de forma habitual, con la finalidad de evidenciar si en su entorno personal o familiar existen problemas que influyan de forma negativa en el desempeño de sus funciones, repercutiendo en la permanencia de los profesionales.
- Se recomienda el desarrollo de estrategias que permitan la superación del malestar emocional, de forma prospectiva y en beneficio de los profesionales de salud, considerando que mediante la investigación se evidenció la existencia de síntomas somáticos y ansiedad en el personal de estudio de ambas instituciones analizadas.
- Es recomendable se apliquen técnicas que permitan la disminución e inexistencia de presión en cuanto al entorno laboral de los profesionales de la salud, de forma que estos mantengan un estado anímico y de salud adecuado para atender eficaz y eficientemente a los pacientes que acuden a las instituciones de salud.
- Es indispensable se fomente la creación de espacios en los cuales los profesionales interactúen unos con otros, promoviendo de tal forma la cooperación, trabajo en equipo y relaciones interpersonales que contribuyan al desarrollo profesional del personal que labora dentro de las instituciones de salud.
- Finalmente es recomendable se otorgue a los profesionales tiempos establecidos para descansar y relajarse, puesto que de tal forma podrán estar más a gusto en el entorno y menos propensos al estrés y cansancio laboral, además de que con ello brindarán al paciente una atención de calidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acurio, H. (2014). *valoración del Síndrome de Burnout en la salud de las enfermeras de cuidados intensivos del Hpspital Eugenio Espejo*. Quito: Universidad Central del Ecuador.
- Acurio, H., & Cordoba, M. (2015). Valoración del Síndrome de Burnout en la salud de las enfermeras de cuidados intensivos del Hospital Eugenio Espejo 2014. *Posgrado de Enfermería en Medicina Crítica* . Quito, Pichincha, Ecuador: Universidad Central del Ecuador.
- Ansoleaga, E. (2011). Malestar psicofisiológico en profesionales de la salud pública de la Región Metropolitana. *Revista médica de Chile*, 1185-1191.
- Apiquian, G. A. (2007). *El síndrome del Burnout en las empresas*. México: Universidad Anáhuac México Norte.
- Arias, P. &. (2012). *Prevalencia del síndrome de Burnout y factores sociodemográficos y laborales asociados en enfermeros (as) profesionales del Hospital Nacional de Niños durante el mes de septiembre de 2012*. San José: Universidad de Costa Rica.
- Barbecho, M. &. (2014). *Prevalencia del síndrome de burnout en los profesionales de Enfermería del Servicio de Emergencias del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo. Quito junio- noviembre 2013*. Quito: Universidad Central del Ecuador.
- Barbecho, M., & Ochoa, M. (2014). Prevalencia del Síndrome de Burnout en los Profesionales de Enfermería del servicio de emergencias del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo. *Posgrado de Enfermería en Trauma y Emergencias*. Quito, Ecuador: Universidad Central del Ecuador.
- Bosqued, M. (2008). *Quemados: el Síndrome de Burnout. ¿Qué es y como superarlo?* Barcelona, España: Paidós Ibérica S.A.
- Bravo Cabrera, L. (2012). *Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el subcentro de salud de Celica y centro de salud No 8 de Catacocha*. Loja: Universidad Técnica Particular de Loja.
- Calero, J., Álvarez, P., & Honores , M. (2015). Estudio del Síndorme de Burnout. *Trabajo previo a la obtención del Título de Magíster en Gerencia Hospitalaria*. Guayaquil, Ecuador: Escuela Politécnica del Litoral.

- Carlin, M. (2010). El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *anales de psicología* , 169-180.
- Cevallos, S. (2014). Estudio de la influencia del síndrome de burnout en las agresiones intrafamiliares. *Informe Final del Trabajo de Titulación de Psicóloga Clínica*. Quito, Ecuador: Universidad Central del Ecuador.
- Cruz, E. D. (2014). Estrés laboral y síndrome de burnout en los profesionales de Enfermería de Atención Prehospitalaria. *Trabajo de Investigación* . Valladolid: Universidad de Valladolid.
- De la Cruz, E. (2014). *Estrés laboral y síndrome de burnout en los profesionales de enfermería de atención hospitalaria*. España: Universidad de Valladolid.
- Durán, M., & García, V. (2013). Prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos del Ministerio de Salud Pública del Azuay según jornada laboral 2011. *Tesis previa a la obtención del Título de Médico*. Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca.
- Edelwich, J. &. (1980). *Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions*. New York: Human Sciences Press.
- Garcés de los Fayos, E. (2003). Hacia un modelo explicativo de burnout en deportistas: una propuesta integradora. *eduPsykhé*, 221-242.
- García, J. M. (2008). Variables sociodemográficas y síndrome de burnout en una muestra multioocupacional del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla. *Apuntes de Psicología*, 459-477.
- Gil- Monte, P. &. (1995). *A causal model of burnout process development: An alternative to Golembiewski and Leiters models*. Hungría: Congreso Europeo sobre Trabajo y psicología Organizacional.
- Gil- Monte, P. &. (2008). Influencia de la Sobrecarga Laboral y la Autoeficacia sobre el Síndrome de Quemarse por el Trabajo (burnout) en Profesionales de Enfermería. *Revista Interamericana de Psicología*, 113-118.
- Gil-Monte, P. (1997). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería;. *Quaderni di Psicologia del lavoro*, 407-414.
- Gil-Monte, P. (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) según el MBI-HSS en España. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 135-149.
- Gil-Monte, P. R. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de psicología*, 261-268.

- Gil-Monte, P. R. (1999). VALIDEZ FACTORIAL DEL MASLACH BURNOUT INVENTORY EN UNA MUESTRA MULTIOCUPACIONAL. *Psicothema*, 679-689.
- González, M., & Luzuriaga, L. (2013). *Estudio analítico de las variables sociodemográficas y laborales, trastornos emocionales y perfiles de personalidad en médicos tratantes y residentes con síndrome de burnout que trabajan en el Hospital Carlos Andrade Marín*. Quito, Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Hernández, C., Fernández, G., & Baptista, M. (2003). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw Hill.
- Landázuri, T. J. (2011). *Síndrome de desgaste profesional (Burnout) en el personal de médicos y enfermeras del hospital Quiyo No.1 Policía Nacional*. Ecuador: Universidad Central del Ecuador.
- Llanezca, J. (2008). *Formación superior en Prevención de Riesgos Laborales*. España: Editorial Lex Nova S.A.
- López, F. &. (2002). Prevalencia y factores asociados con el síndrome de burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Rev Calidad Asistencial*, 201-205.
- Lozano, L. (2007). Descripción de los niveles de Burnout en diferentes colectivos profesionales. *Aula Abierta*, 79- 88.
- Maldonado, C. (2011). Prevalencia del Síndrome de Bournout en el Hospital Público Conurbano Bonaerense. Buenos Aires, Argentina: Universidad Abierta Interamericana.
- Martínez, A. (2010). *E síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión*. España: Vivat Academia.
- Martínez, A. (2010). El Síndrome de Burnout: Evolución Conceptual y Estado Actual de la Cuestión. *Vivat Academia N° 12*, 1-40.
- Maslach, C. &. (2008). *The Truth About Burnout: How Organizations Cause Personal Stress and What to about it*. San Francisco: Jossey- Bass.
- Maslach, C. y. (2010). *Maslach burnout inventory*. . California: Mind Garden.
- Méndez, G. (2015). *Diagnóstico del Síndrome del Burnout y sus consecuencias en la Calidad del Servicio que brindan los funcionarios municipales del Balcón de Servicios Ciudadanos*. Quito: Universidad Central del Ecuador.
- Mingote, A. (2004). Desgaste profesional y la salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas preventivas. *Medicina Clínica*, 265-270.

- Moreno, B. (2000). Estrés asistencial en los servicios de salud. *psicología de la salud*, 739-764.
- Moreno, B. (2013). El burnout, una forma específica de estrés laboral. *Buela-Casal*, 271-284.
- Ourcilleón, A. (2007). Burnout en profesionales de Enfermería de Cuidados Intensivos. *Revista chilena de cuidados intensivos*, 83-92.
- Ramírez, N., Paravic, T., & Valenzuela, S. (2013). Riesgo de los turnos nocturnos en la salud integral del profesional de enfermería. *Revista Index de Enfermería*.
- Sánchez, A., Ortega, S., Manuel, V., & Ortega, P. (2014). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería en UVI. *Revista de Enfermería Global*.
- Seguel, F., & Valenzuela, S. (2014). Relación entre la fatiga laboral y el síndrome burnout en personal de enfermería de centros hospitalarios. *Revista Enfermería universitaria*.
- Stordeur, S. &. (1999). Predictors of nurses's professional burnout: a study in a university hospital. *Rech Soins Infirm*, 57-67.
- Toledo, E. (2016). Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de salud de la Clínica Maison de Sante de Lima. *Tesis para optar el título de Profesional de Médico Cirujano*. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Toro, I., & Parra, R. (2006). *Método y Conocimiento*. Colombia: Universidad Eafit.
- Vinaccia, S. (2004). El Síndrome del Burnout en una muestra de auxiliares de enfermería: un estudio exploratorio. *Univ. Psychol.* , 35-45.
- Zambrano, R. J. (2012). *“Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital Luis Mosco Zambrano de la ciudad de Piñas, Hospital Humberto Molina de la ciudad de Zaruma y Dispensario del I.E.S.S de Zaruma.* . Ecuador: Universidad Católica de Loja.

ANEXOS

ANEXO N° 1



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

Este cuestionario consta de una serie de ítems relativos a sus características, socioeconómicas y laborales. Su objetivo es recolectar datos para una investigación realizada por la Universidad Técnica Particular de Loja. Le agradeceríamos que nos diera su sincera opinión sobre TODAS las cuestiones que le planteamos. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas. Muchas gracias. Apreciamos muchísimo su ayuda.

DATOS PERSONALES

Género Masculino Femenino

Edad _____ años

Mencione la ciudad en la que trabaja

actualmente..... La zona en la que trabaja es:

Urbana

Rural

Etnia Mestizo Blanco Afro ecuatoriano Indígena

Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado o separado Unión Libre

Número de Hijos: _____

Recibe su remuneración salarial: si no

La remuneración se encuentra entre:

0-1000 USD 1001-2000 USD 2001-3000 USD

3001-4000 USD 4001-5000 USD 5001-6000 USD

DATOS LABORALES

Profesión: Médico/a Especialidad de medicina en: _____

Enfermera

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado Público Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales Ninguno

Horas que trabaja Diariamente _____

Trabaja usted en turno Sí No

Durante la jornada del trabajo que porcentaje dedica a la atención de pacientes:

Ninguno 25% 25-50% 50-75% 75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: __ Usted atiende a personas que tienen un alto riesgo de muerte: Sí No La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

Marque la puntuación que crea más adecuada entre 1 y 4, considerando el valor 1 como “nada”, 2 “poco”, 3 “bastante” y 4 “totalmente valorado”, de acuerdo a los enunciados que se presentan:

	1	2	3	4
¿Cuán valorado se siente por sus pacientes?				
¿Cuán valorado se siente por los familiares de los pacientes?				
¿Cuán valorado se siente por sus compañeros de profesión?				
¿Cuán valorado se siente por los directivos la institución?				

Marque la puntuación que crea más adecuada entre 1 y 4, considerando el valor 1 como “nada satisfecho”, 2 “poco”, 3 “bastante” y 4 “totalmente satisfecho”, de acuerdo a los enunciados que se presentan:

	1	2	3	4
¿Está satisfecho con el trabajo que realiza?				
¿Está satisfecho en su interacción con los pacientes?				
¿Está satisfecho con el apoyo brindado por parte de los directivos de la institución?				
¿Está satisfecho con la colaboración entre compañeros de trabajo?				
¿Está satisfecho con la valoración global de su experiencia profesional?				
¿Está satisfecho con su situación económica?				

Le recordamos la importancia de su información para usted y para su colectivo ocupacional. Sus respuestas únicas. MUCHAS GRACIAS por su tiempo y por haber contestado a todas las preguntas formuladas en el cuestionario.

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

CUESTIONARIO DE MBI

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Tiene que saber que no existen respuestas mejores o peores.

Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y su nivel de satisfacción.

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

Nunca	Alguna vez al	Una vez al mes	Algunas veces	Una vez a la	Varias veces a	Diariamente
0	1	2	3	4	5	6

	0	1	2	3	4	5	6
1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2. Al final de la jornada me siento agotado.							
3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4. Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6. Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis							
8. Me siento agobiado por el trabajo.							
9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo							
12. Me encuentro con mucha vitalidad.							
13. Me siento frustrado por mi trabajo.							
14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15. Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.							
16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante							
17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis							
18. Me encuentro animado después de trabajar junto con los							
19. He realizado muchas cosas que merecen la pena en este							
20. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21. Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22. Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus							

ANEXO 2

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

Cuestionario (GHQ-28)

El objetivo del cuestionario es determinar si se han sufrido algunas molestias y cómo se ha estado de salud en las últimas semanas. Por favor, conteste a todas las preguntas, simplemente seleccionando las respuestas que, a su juicio, se acercan más a lo que siente o ha sentido. Recuerde que no se pretende conocer los problemas que ha tenido en el pasado, sino los recientes y actuales.

A1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma? 1. Mejor que lo habitual. 2. Igual que lo habitual. 3. Peor que lo habitual. 4. Mucho peor que lo habitual.	B1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño? 1. No, en absoluto. 2. No más de lo habitual. 3. Bastante más que lo habitual. 4. Mucho más que lo habitual.
A2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un energizante? 1. No, en absoluto. 2. No más de lo habitual. 3. Bastante más que lo habitual. 4. Mucho más que lo habitual.	B2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de corrido toda la noche? 1. No, en absoluto. 2. No más de lo habitual. 3. Bastante más que lo habitual. 4. Mucho más que lo habitual.
A3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada? 1. No, en absoluto. 2. No más de lo habitual. 3. Bastante más que lo habitual. 4. Mucho más que lo habitual.	B3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión? 1. No, en absoluto. 2. No más de lo habitual. 3. Bastante más que lo habitual. 4. Mucho más que lo habitual.
A4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo? 1. No, en absoluto. 2. No más de lo habitual. 3. Bastante más que lo habitual. 4. Mucho más que lo habitual.	B4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado? 1. No, en absoluto. 2. No más de lo habitual. 3. Bastante más que lo habitual. 4. Mucho más que lo habitual.

<p>A5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto. 2. No más de lo habitual. 3. Bastante más que lo habitual. 4. Mucho más que lo habitual. 	<p>B5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto. 2. No más de lo habitual. 3. Bastante más que lo habitual. 4. Mucho más que lo habitual.
<p>A6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le iba a estallar?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto. 2. No más de lo habitual. 3. Bastante más que lo habitual. 4. Mucho más que lo habitual. 	<p>B6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto. 2. No más de lo habitual. 3. Bastante más que lo habitual. 4. Mucho más que lo habitual.
<p>A7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto. 2. No más de lo habitual. 3. Bastante más que lo habitual. 4. Mucho más que lo habitual. 	<p>B7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto. 2. No más de lo habitual. 3. Bastante más que lo habitual. 4. Mucho más que lo habitual.
<p>C1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Más activo que lo habitual. 2. Igual que lo habitual. 3. Bastante menos que lo habitual. 4. Mucho menos que lo habitual. 	<p>D1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto. 2. No más de lo habitual. 3. Bastante más que lo habitual. 4. Mucho más que lo habitual.
<p>C2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menos tiempo que lo habitual. 2. Igual que lo habitual. 3. Más tiempo que lo habitual. 4. Mucho más que lo habitual. 	<p>D2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto. 2. No más de lo habitual. 3. Bastante más que lo habitual. 4. Mucho más que lo habitual.

<p>C3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mejor que lo habitual. 2. Aproximadamente lo mismo. 3. Peor que lo habitual. 4. Mucho peor que lo habitual. 	<p>D3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto. 2. No más de lo habitual. 3. Bastante más que lo habitual. 4. Mucho más que lo habitual.
<p>C4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Más satisfecho. 2. Aproximadamente lo mismo. 3. Menos que lo habitual. 4. Mucho menos satisfecho que lo habitual. 	<p>D4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Claramente, no. 2. Me parece que no. 3. Se me ha pasado por la mente. 4. Claramente lo he pensado.
<p>C5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Más útil que lo habitual. 2. Igual que lo habitual. 3. Menos útil que lo habitual. 4. Mucho menos que lo habitual. 	<p>D5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto. 2. No más de lo habitual. 3. Bastante más que lo habitual. 4. Mucho más que lo habitual.
<p>C6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Más que lo habitual. 2. Igual que lo habitual. 3. Menos que lo habitual. 4. Mucho menos que lo habitual. 	<p>D6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto. 2. No más de lo habitual. 3. Bastante más que lo habitual. 4. Mucho más que lo habitual.
<p>C7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Más que lo habitual. 2. Igual que lo habitual. 3. Menos que lo habitual. 4. Mucho menos que lo habitual. 	<p>D7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Claramente, no. 2. Me parece que no. 3. Se me ha pasado por la mente. 4. Claramente lo he pensado.

ANEXO 3

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA Cuestionario BRIEF-COPE

Las siguientes afirmaciones se refieren a la manera que usted tiene de manejar los problemas. Indique si está utilizando las siguientes estrategias de afrontamiento señalando el número que corresponda a la respuesta más adecuada para usted, según los siguientes criterios:

0	1	2	3
No he estado haciendo esto en lo absoluto	He estado haciendo esto un poco	He estado haciendo esto bastante	He estado haciendo esto mucho

1. Me he estado centrando en el trabajo y otras actividades para apartar mi mente de cosas	0	1	2	3
2. He estado concentrando mis esfuerzos en hacer algo acerca de la situación en la que estoy.	0	1	2	3
3. Me he estado diciendo a mí mismo "esto no es real".	0	1	2	3
4. He estado tomando alcohol u otras drogas para sentirme mejor.	0	1	2	3
5. He estado consiguiendo apoyo emocional de los demás.	0	1	2	3
6. He estado dejando de intentar hacerle frente.	0	1	2	3
7. He estado dando pasos para intentar mejorar la situación.	0	1	2	3
8. Me he estado negando a creer que esto ha sucedido.	0	1	2	3
9. He estado diciendo cosas para dejar salir mis sentimientos desagradables.	0	1	2	3
10. He estado recibiendo ayuda y consejo de otras personas.	0	1	2	3
11. He estado consumiendo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.	0	1	2	3
12. He estado intentando verlo desde otra perspectiva que lo haga parecer más positivo.	0	1	2	3
13. Me he estado criticando a mí mismo.	0	1	2	3
14. He estado intentando dar con alguna estrategia acerca de qué hacer.	0	1	2	3
15. He estado consiguiendo consuelo y comprensión de alguien.	0	1	2	3
16. He estado dejando de intentar afrontarlo.	0	1	2	3
17. He estado buscando algo bueno en lo que está pasando.	0	1	2	3
18. He estado haciendo bromas sobre ello.	0	1	2	3
19. He estado haciendo cosas para pensar menos en ello, como ir al cine, ver la televisión, leer, soñar despierto, dormir o ir de compras.	0	1	2	3
20. He estado aceptando la realidad del hecho de que ha ocurrido.	0	1	2	3
21. He estado expresando mis sentimientos negativos.	0	1	2	3
22. He estado intentando encontrar consuelo en mi religión o creencias espirituales.	0	1	2	3
23. He estado intentando conseguir consejo o ayuda de otros acerca de qué hacer.	0	1	2	3
24. He estado aprendiendo a vivir con ello.	0	1	2	3
25. He estado pensando mucho acerca de los pasos a seguir	0	1	2	3
26. Me he estado culpando a mí mismo por cosas que sucedieron.	0	1	2	3
27. He estado rezando o meditando.	0	1	2	3
28. He estado burlándome de la situación.	0	1	2	3

Modificado de la versión original BRIEF-COPE de Carver (1989). Versión adaptada y validada en la población española por Crespo y Cruzado (1997). López, J. (2005). Entrenamiento en manejo del estrés en cuidadores de familiares mayores dependientes: desarrollo y evaluación de la eficacia de un programa.401-402. Recuperado de <http://www.ucm.es/BUCM/tesis/psi/ucm-t28693.pdf>

ANEXO 4

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA CUESTIONARIO DE AS

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que usted dispone:

1.- Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (personas con las que se siente a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre). Escriba el número de amigos íntimos _____ y familiares cercanos: _____

Generalmente buscamos a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? Señale el número que corresponda a la respuesta más adecuada para usted según los siguientes criterios:

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
2. Alguien que le ayude cuando esté enfermo.					
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar.					
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.					
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita.					
6. Alguien que le muestre amor y afecto.					
7. Alguien con quien pasar un buen rato.					
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.					
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones.					
10. Alguien que le abrace.					
11. Alguien con quien pueda relajarse.					
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.					
13. Alguien cuyo consejo realmente desee.					
14. Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas.					
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.					
16. Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos.					
17. Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales.					
18. Alguien con quien divertirse.					
19. Alguien que comprenda sus problemas.					
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido.					

Medical Outcomes Study Social Support Survey. MOSS-SSS. Sherbourne y Cols (1991).

Recuperado de <http://pagina.jccm.es/sanidad/salud/promosalud/pdf/violencia.pdf>

ANEXO 5

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA CUESTIONARIO EPQR-A

Las siguientes preguntas se refieren a distintos modos de pensar y sentir. Lea cada pregunta y coloque una cruz bajo la palabra SI o la palabra No según sea su modo de pensar o sentir. No hay respuestas buenas o malas, todas sirven.

Descripción	Si	No
1. ¿Tiene con frecuencia subidas y bajadas de su estado de ánimo?		
2. ¿Es usted una persona comunicativa?		
3. ¿Lo pasaría muy mal si viese sufrir a un niño o a un animal?		
4. ¿Es usted una persona de carácter alegre?		
5. ¿Alguna vez ha deseado más ayudarse a sí mismo/a que compartir con otros?		
6. ¿Tomaría drogas que pudieran tener efectos desconocidos o peligrosos?		
7. ¿Ha acusado a alguien alguna vez de hacer algo sabiendo que la culpa era de usted?		
8. ¿Prefiere actuar a su modo en lugar de comportarse según las normas		
9. ¿Se siente con frecuencia hart/a («hasta la coronilla»)		
10. ¿Ha cogido alguna vez algo que perteneciese a otra persona (aunque sea un broche o un bolígrafo)?		
11. ¿Se considera una persona nerviosa?		
12. ¿Piensa que el matrimonio esta pasado de moda y que se debería suprimir?		
13. ¿Podría animar fácilmente una fiesta o reunión social aburrida?		
14. ¿Es usted una persona demasiado preocupada?		
15. ¿Tiende a mantenerse callado/o (o en un 2° plano) en las reuniones o encuentros sociales?		
16. ¿Cree que la gente dedica demasiado tiempo para asegurarse el futuro mediante ahorros o seguros?		
17. ¿Alguna vez ha hecho trampas en el juego?		
18. ¿Sufre usted de los nervios?		
19. ¿Se ha aprovechado alguna vez de otra persona?		
20. Cuando está con otras personas ¿es usted más bien callado/a?		
21. ¿Se siente muy solo/a con frecuencia?		
22. ¿Cree que es mejor seguir las normas de la sociedad que las suyas propias?		
23. ¿Las demás personas le consideran muy animado/a?		
24. ¿Pone en práctica siempre lo que dice?		

Modificado de la versión original H. J. Eysenck y S. B. G. Eysenck.1975.Versión abreviada Francis, Brown y Philipchalk (1992).

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTES Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto de Investigación: “Burnout en profesionales de la salud en el Ecuador”.

Departamento de Psicología

Investigador responsable: Rocío Ramírez Zhindón

Estudiante de la UTPL:

Información General

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar o no, en una investigación con aplicaciones psicológicas.

Este proyecto tiene por objeto: Identificar el nivel del burnout en los profesionales de la salud en el Ecuador.

La investigación es en su mayoría a través de cuestionarios no implica ningún riesgo para el participante y la decisión de participar es absolutamente voluntaria.

¿Quiénes participarán en el estudio?

Para el estudio no se han realizado avisos públicos para el reclutamiento de participantes. No hay contraindicaciones, ni riesgos relacionados a la participación en la investigación.

La población objeto de estudio serán el personal de instituciones de salud, es decir médicos en servicio activo al igual de cualquier especialidad y enfermeras que se encuentre vinculados tanto a instituciones privadas como públicas en todo el Ecuador; independientemente de la edad, género, ubicación geográfica (urbano-rural).

Procedimientos del estudio

A los voluntarios incluidos en el estudio se les realizarán distintas pruebas psicológicas y levantamiento de información sociodemográfica, a través de los siguientes instrumentos: Cuestionario Sociodemográfico y laboral, Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28), Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), Cuestionario MOS de Apoyo Social, Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A.

Beneficios de su participación:

Con este estudio usted contribuirá al desarrollo de nuevos conocimientos destinados a la prevención del desgaste profesional.

Los resultados finales serán informados a través de artículos científicos y exposiciones académicas, y únicamente serán trabajados por el Departamento y Titulación de Psicología de la UTPL.

¿Incurriré en algún gasto?

Usted no incurrirá en ningún gasto, todo estará financiado por la UTP, y las organizaciones que colaboren voluntariamente para el cumplimiento de los objetivos previstos en esta investigación.

Riesgos y molestias:

Éste es un estudio en que los riesgos para su salud son nulos. Además, en éste estudio no se usará ningún tipo de medio o de estrategia de recolección de información que ponga en algún riesgo o malestar al participante.

Confidencialidad de los datos:

Si acepta participar en el presente estudio, sus datos y resultados serán parte de la investigación científica y serán usados en publicaciones, sin embargo, se guardará estricta confidencialidad de todo tipo de información personal entregada y se garantizará el anonimato de cada uno de los adultos mayores participantes.

Participación voluntaria:

Todos los que decidan participar en el presente estudio y cambien de opinión durante el desarrollo del mismo, podrán abandonarlo en cualquier momento. Si desea más información acerca del estudio haga todas las preguntas que desee en cualquier momento de su participación.

Contactos para preguntas acerca del estudio:

Rocío Ramírez Zhindón mrramirez@utpl.edu.ec 37014777ext. 2773

NOTA: No firme la presente carta hasta que haya leído o le hayan leído y explicado toda la información proporcionada y haya hecho todas las preguntas que desee. Se le proporcionará copia de éste documento.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El/la abajo firmante, declara conocer el Proyecto "Burnout en profesionales del Ecuador" y acepta que para que se pueda llevar a cabo el mismo, se hace necesario la recolección de algunos datos concernientes a su estado actual.

Por lo que, libre y voluntariamente, consciente en participar en el proyecto detallado, colaborando para la realización del mismo y aportando con la información y actividades que se requieran.

Además autoriza al personal a cargo del proyecto para que utilice su información para la consecución de los objetivos propuestos.

Fecha.....

NOMBRE:

NÚMERO DE CÉDULA:

.....

FIRMA