



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Prevalencia del síndrome de Burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, realización personal) y la relación con el psicoticismo, en médicos/as y enfermeras de tres instituciones públicas y una privada, ubicadas en el sur de la provincia de Santa Elena, durante el año 2016 - 2017.

TRABAJO DE TITULACIÓN.

AUTORA: Vivas Cantos, Yoconda Anavelis

DIRECTOR: Cuenca Puma, Geovanny Eduardo, Mgtr.

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>

2017

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN




APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN

Magister
Cuenca Puma Geovanny Eduardo
DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración

Que el presente trabajo de fin de titulación: "Prevalencia del síndrome de Burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, realización personal) y la relación con el psicoticismo, en médicos/as y enfermeras de tres instituciones públicas y una privada, ubicadas en el sur de la provincia de Santa Elena, durante el año 2016 – 2017". Realizado por: Vivas Cantos, Yoconda Anavelis, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, 31 de agosto de 2017


Geovanny Eduardo Cuenca. Mgtr.
Director del Trabajo de Fin de Titulación

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo Vivas Cantos Yoconda Anavelis, declaro ser autora del presente trabajo de titulación: **Prevalencia del síndrome de Burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, realización personal) y la relación con el psicoticismo, en médicos/as y enfermeras de tres instituciones públicas y una privada, ubicadas en el sur de la provincia de Santa Elena, durante el año 2016 – 2017**, de la Titulación de **Psicología** siendo el Mgtr. Geovanny Cuenca director del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

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

f.

Autor: Vivas Cantos, Yoconda Anavelis

0906147293

DEDICATORIA

Gracias a Dios he alcanzado un gran sueño en mi vida, por ello quiero dedicar este logro a mis amados padres Lina y Gonzalo, por su apoyo incondicional y por siempre estar ahí en cada etapa de mi vida; a mi compañero y esposo Nelson Alfredo, por su paciencia y comprensión; a mis queridos hijos Janina, Verónica y Nelson; y, a mis preciosos nietos Fiorella, Anabella y Danielito, quienes han sido mi mayor motivación.

Con amor,

Yoconda Vivas Cantos

AGRADECIMIENTO

GRATITUD...

Divino tesoro que nos permite reconocer lo que a través de nuestras vidas hemos recibido de los demás, hoy al culminar esta etapa deseo expresar mis agradecimientos a:

Dios por haberme dado, paso a paso, muestras de su infinito amor y bondad,

Mis padres, por haberse constituido en el ejemplo a seguir,

Mi compañero y esposo por su invaluable apoyo y tolerancia,

Mis hermanas, hijos y nietos, por ser mi esperanza, mi fortaleza y mi alegría,

Mis maestros, Tutora y Director de Tesis por la paciencia de transmitirnos sus conocimientos,

Mis amigos/as y compañeras, por ser el pilar que me sostuvo y por todo lo que hemos compartido.

Con afecto,

Yoconda Vivas Cantos

ÍNDICE DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE FIGURAS	ix
ÍNDICE DE ANEXOS	ix
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I	5
MARCO TEÓRICO	5
1.1. Conceptualización del Burnout	6
1.2. Desarrollo y fases del burnout	8
1.3. Consecuencias del burnout	12
1.3.1. Consecuencias en la salud en profesionales de la salud	12
1.3.2. Consecuencias en el trabajo en profesionales de la salud.	13
1.3.3. Consecuencias en la familia en profesionales de la salud.	14
1.4. Modelos explicativos del burnout	15
1.4.1. Modelos basados desde la teoría sociocognitiva.	15
1.4.2. Modelos formulados desde la teoría del intercambio social	17
1.4.3. Modelos desarrollados desde la teoría organizacional.	18
1.4.4. Modelos elaborados en cuanto al proceso del síndrome de quemarse en el trabajo.	19
1.4.5. Modelos elaborados desde la teoría estructural	20
1.5. Prevalencia del burnout	20
1.5.1. Prevalencia en profesionales de la salud a nivel mundial.	20
1.5.2. Prevalencia en profesionales de la salud a nivel de Latinoamérica	21
1.5.3. Prevalencia en profesionales de salud a nivel nacional.	22
1.6. Variables asociadas de Burnout	22
1.6.1. Variables sociodemográficas en profesionales de la salud	22

1.6.2.	Variables laborales en profesionales de la salud.	23
1.6.3.	Variables asociadas a la personalidad en profesionales de la salud.....	24
1.6.4.	Variables moduladoras ante situaciones de estrés en profesionales de la salud.	25
CAPÍTULO II.....		26
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....		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 investigación.....	29
2.5.	Muestra	29
2.6.	Procedimiento	30
2.7.	Instrumentos	30
2.7.1.	Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC.....	30
2.7.2.	Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory) [MBI-HSS].....	31
2.7.3.	Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28); (Goldberg y Hillier, 1979; versión española de Muñoz, Vázquez-Barquero, Rodríguez, Pastrana y Varo, 1979).	31
2.7.4.	Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE).	32
2.7.5.	Cuestionario MOS de apoyo social. (MOS Social SupportSurvey; Sherbourne y Steward, 1991; versión española Revilla, Luna del Castillo, Bailón y Medina, 2005).....	32
2.7.6.	Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A; Francis, Brown y Philipchalk, 1992; Versión española de Sandín, Valiente y Chorot, 1999).	32
2.7.7.	Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento	33
CAPÍTULO III.....		34
ANÁLISIS DE DATOS.....		34
3.1.	Variables sociodemográficas.....	35
3.2.	Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory; Maslach y Jackson) ..	40
3.3.	Cuestionario de Salud General	41
3.4.	Cuestionario de Afrontamiento (BRIEF – COPE)	42
3.5.	Cuestionario de Apoyo Social (AP)	42
3.6.	Cuestionario de Personalidad (EPQR - A).....	43
3.7.	Correlación entre Psicoticismo y dimensiones del Burnout.....	44
3.8.	Discusión de Resultados	45

CONCLUSIONES.....	50
RECOMENDACIONES	52
BIBLIOGRAFÍA.....	54
ANEXOS.....	59
Datos Personales	60
Datos Laborales	60

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Consecuencias en la salud a causa del síndrome de burnout	12
Tabla 2. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud	35
Tabla 3. Características laborales de los profesionales de la salud	36
Tabla 4. Percepción del clima laboral de los profesionales de la salud.....	38
Tabla 5. Resultados de las dimensiones del burnout en los profesionales de la salud	40
Tabla 6. Resultados de los casos de burnout en los profesionales de la salud	41
Tabla 7. Malestar emocional de los profesionales de la salud	41
Tabla 8. Estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud.....	42
Tabla 9. Percepción del apoyo social de los profesionales de la salud	43
Tabla 10. Rasgos de personalidad de los profesionales de la salud.	43
Tabla 11. Correlaciones entre psicoticismo y las dimensiones del burnout.	44

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Fases de Lee y Ashfort (1993)	10
---	----

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario Sociodemográfico y Laboral.....	60
Anexo 2. Cuestionario de MBI	62
Anexo 3. Cuestionario (GHQ-28)	64
Anexo 4. Cuestionario BRIEF-COPE.....	67
Anexo 5. Cuestionario de AS	68
Anexo 6. Cuestionario EPQR-A.....	69

RESUMEN

El presente trabajo identifica la prevalencia del síndrome de burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, realización personal) y la relación con el psicoticismo, en médicos/as y enfermeras de cuatro instituciones de salud, ubicadas en el sur de la provincia de Santa Elena, durante el año 2016 - 2017. La metodología utilizada es de carácter exploratorio, cuantitativo y transaccional. Se aplicó un cuestionario de variables sociodemográficas y laborales, el inventario de burnout de Maslach, la escala multidimensional de evaluación de estilos de afrontamiento, y el cuestionario revisado de personalidad de Eysenck, que permitieron conocer distintos aspectos que inciden en la aparición de casos de burnout en la población seleccionada para la investigación. Estos instrumentos se aplicaron a un total de 39 médicos/as y enfermeras de las cuatro instituciones seleccionadas. Los resultados obtenidos mostraron la existencia de un caso de Burnout, aunque no se descarta la presencia de nuevos casos a futuro, debido a los altos puntajes obtenidos en las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización, y realización personal, en este grupo de profesionales del contexto de la salud.

PALABRAS CLAVE: Burnout, Agotamiento emocional, Despersonalización, Realización personal, Psicoticismo.

ABSTRACT

The present work identifies the prevalence of burnout syndrome and its three dimensions (emotional exhaustion, depersonalization, personal fulfillment) and the relationship with psychoticism, in physicians and nurses of four health institutions, located in the south of the province of Santa Elena, during 2016 - 2017. The methodology used is exploratory, quantitative and transactional. A sociodemographic and work variables questionnaire, Maslach's burnout inventory, multidimensional coping styles assessment scale, and the revised Eysenck personality questionnaire were used to assess different aspects that affect the occurrence of burnout cases in the population selected for research. These instruments were applied to a total of 39 doctors and nurses from the four selected institutions. The results showed that there is only one case of Burnout, although the presence of new cases in the future is not ruled out, due to the high scores obtained in the dimensions of emotional exhaustion, depersonalization, and personal fulfillment in this group of professionals in the context of the health.

KEYWORDS: Burnout, Emotional exhaustion, Depersonalization, Personal fulfillment, Psychoticism.

INTRODUCCIÓN

El burnout también conocido en español como el síndrome de quemarse en el trabajo es un trastorno emocional que afecta a miles de personas en todo el mundo, provocando distintos síntomas que afectan a su salud física y psicológica, y que en caso de no abordarse de manera adecuada, puede dar lugar al ausentismo laboral, más aun en aquellos sectores como el de la salud, donde generalmente existe una alta demanda de pacientes, que necesitan de una rápida atención, así como de un trabajo personalizado.

Es por esta razón que tanto el personal médico como el de enfermería se constituyen como uno de los grupos de profesionales que enfrentan un mayor grado de probabilidades de presentar casos de Burnout que pueden afectar a su salud e influir directamente sobre su desempeño profesional, afectando el tipo de atención que brindan a los pacientes que acuden a las distintas instituciones médicas donde laboran cotidianamente.

De esta manera en esta investigación se identifica la prevalencia del síndrome de burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, realización personal) y la relación con el psicoticismo, en médicos/as y enfermeras de tres instituciones públicas y una privada ubicadas en el sur de la provincia de Santa Elena, durante el año 2016 – 2017 para lo cual se consultaron distintas fuentes bibliográficas relacionadas con el tema investigado, además de la recolección de información de campo a través de distintos instrumentos utilizados dentro del campo de la psicología.

Por lo referido, esta investigación se encuentra estructurada de la siguiente manera:

En el Capítulo I se establece el Marco Teórico de la investigación donde se abordan el concepto, las fases, las consecuencias, modelos explicativos, así como las variables asociadas a la prevalencia del Burnout en distintas clases de profesionales, incluyendo a los que laboran en el campo de la salud.

En el Capítulo II denominado Metodología se describen los objetivos, el contexto y las preguntas de investigación, así como el diseño utilizado, la muestra extraída de la población de estudio, los instrumentos utilizados, así como el procedimiento para analizar la información.

En el Capítulo III se presentan los Análisis de Datos extraídos de la población de estudio, tomando en cuenta las características sociodemográficas y laborales de los profesionales de la salud, y la percepción que tienen sobre el clima laboral, así como otros factores relacionados con el agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, salud general, técnicas de afrontamiento, apoyo social, personalidad, y dimensiones como el psicoticismo, además de presentar la discusión de resultados, las conclusiones y recomendaciones obtenidas en torno a todo el estudio desarrollado.

CAPÍTULO I.
MARCO TEÓRICO

1.1. Conceptualización del Burnout

El desgaste o fatiga profesional se constituye como uno de los problemas que afectan diariamente a miles de personas en distintos campos laborales, generando un bajo nivel de rendimiento en la productividad de las instituciones o empresas, así como el sentimiento de frustración, fracaso, baja autoestima y el apareamiento de distintas enfermedades físicas en el personal que labora en estas entidades.

El origen del burnout se remonta a la década de los 70, cuando el psicólogo estadounidense Herbert Freudenberger utiliza esta palabra para referirse a aquel sentimiento de fracaso y cansancio que los trabajadores empiezan a experimentar a causa de un desgaste excesivo de energía, recursos personales y fuerza espiritual, en aquellos sectores que ofertan servicios en campo social, educativo, entre otros (Fidalgo, 2011).

Por su parte, Martínez (2010) señala que en la Convención de la Asociación Americana de Psicólogos, que fue desarrollada en 1977 se definió al síndrome de burnout como el desgaste profesional que las personas llegan a experimentar a causa de un estrés crónico generado en el contexto laboral, y como resultado del contacto producido con los usuarios, sobre todo en campos como la salud y la educación, generando diversos efectos a nivel individual, y de índole organizacional y social.

En la década de los 80, Pines y Aronson señalan que el síndrome de burnout:

No solo afecta a los profesionales del campo de la salud o la educación, ya que el estado de agotamiento generado en lo laboral se produce a nivel mental, físico y emocional a causa de un involucramiento crónico en el trabajo por parte de una persona, razón por la cual puede presentarse en toda clase de ámbitos laborales. (Fidalgo, 2011, p.1)

Precisamente estos tres autores determinan que el síndrome de burnout se concibe a partir de tres aspectos claves: el agotamiento, desmoralización y pérdida de motivación que provocan que los trabajadores se sientan desmotivados a cumplir sus funciones de forma satisfactoria y profesional, dificultando el cumplimiento de los objetivos planteados por una empresa o institución (Martínez, 2010).

El autor Shirom (1989), a través de una revisión de diversos estudios y varias observaciones en las relaciones laborales y el desarrollo organizacional de distintas empresas e instituciones públicas, concluye que el contenido del síndrome de Burnout está relacionado con la pérdida de las fuentes de energía del sujeto y lo define como: “una combinación de fatiga física,

cansancio emocional y cansancio cognitivo” (Martínez, 2010, p.5), que años más tarde lo conduciría a establecer un test para medir los efectos de este síndrome, en numerosos países del mundo entero (Toker, Westman, Melamed, y Fried, 2016).

Durante la década de los 90, psicólogos como De las Cuevas, González, Alviani y Ruiz(1997) sostienen que el síndrome del burnout se encuentra asociado a factores propios de la cultura, educación, ocupación y la misma personalidad del individuo, razón por la cual su aparición, ya no solo se limita al contexto interno de una empresa o institución, sino que depende además de aquellos factores externos que rodean a un trabajador.

Así mismo, Hombrados (1997) manifiesta que el burnout se genera a partir de:

La interrelación de un grupo de respuestas motoras, verbales-cognitivas y fisiológicas ante una situación laboral con exigencias altas y prolongadas en el tiempo, cuyos elementos fundamentales lo constituyen cambios emocionales y cognitivos informados, cambios negativos en la ejecución profesional y la presión social y/o profesional que aparece de manera continuada. (p.5)

De esta manera y según las investigaciones realizadas en los años 90, el burnout deja de constituirse como un síndrome cuyos factores de origen se enmarcan dentro del campo laboral, ya que aspectos psicológicos propios del trabajador como su cultura, educación, entre otros, pueden influir de manera directa en su forma de comportarse dentro de la organización a la que pertenece, influyendo de manera positiva o negativa a las funciones que desempeña dentro de una institución o empresa.

Por su parte, otras investigaciones desarrolladas por psicólogos como Manassero, García, Torrens, Ramis, Vázquez y Ferrer (2005) sostienen que: “el burnout se constituye como un síndrome patológico que surge como resultado de la falta de correspondencia entre las exigencias de la profesión (ayudar a los demás) y las recompensas recibidas” (p.91), así, como otros factores relacionados con la remuneración recibida por el trabajo desarrollado, y aspectos propios del individuo como el autoestima, el autoconcepto, la autoeficacia o el orgullo, que pueden contribuir a generar un mayor grado de estrés ante la labor desarrollada dentro de un campo profesional.

A esta definición, Gil Monte (2005) señala que el síndrome de burnout es resultado de una respuesta negativa producida por el estrés crónico que se genera dentro del campo laboral, integrada por:

Cogniciones, emociones y actitudes negativas hacia el trabajo, las personas con las que se relaciona el individuo en su medio laboral y en especial hacia los clientes incluso el propio rol profesional. Como consecuencia de esta respuesta aparecen una serie de disfunciones conductuales, psicológicas y fisiológicas que tienen repercusiones nocivas para las personas y la organización. (p.44).

Otras investigaciones más actuales sostienen que el síndrome de burnout se define como: “una respuesta al estrés laboral crónico que aparece cuando fallan las estrategias de afrontamiento que habitualmente emplea el individuo para manejar los estresores laborales” (Agudelo et al., 2011, pág. 92) provocando la aparición de síntomas como: “cansancio, cefalea, alteraciones en la alimentación y el sueño, irritabilidad, inestabilidad emocional, ideas negativas sobre sí mismo, depresión, baja autoestima y rigidez en las relaciones con otras personas, además de la falta de compromiso laboral y el abuso de sustancias” (p. 93).

Otro aporte significativo respecto al burnout lo constituye la definición desarrollada por Montejo (2014) quien señala que se constituye como un síndrome ya que “los síntomas se agrupan de forma sistemática, y como proceso, ya que interactúan variables del entorno laboral y características personales del individuo” (p.9), afectando de manera directa a aquellos profesionales que se encuentran más comprometidos en responder a las demandas y la presión que se genera en su lugar de trabajo, provocando que sus necesidades propias sean relegadas a un segundo plano. De esta manera, la presión que reciben estos profesionales se concentran en tres fuerzas principales: de su propia persona, de las necesidades de los individuos a quienes se dirige su trabajo y de aquellos compañeros/as o el personal que controla sus actividades.

Mediante lo referido por estos autores, el síndrome de burnout se asocia con el estrés o cansancio excesivo que afecta al trabajador y que surge a causa de factores internos y externos al ambiente laboral, influyendo de manera negativa en las actividades que lleva a cabo dentro de una institución o empresa, afectando su desempeño laboral, así como las relaciones sociales que se establece con el resto de compañeros, resultando un obstáculo para su desarrollo personal y profesional.

1.2. Desarrollo y fases del burnout

El burnout se analiza como un síndrome que se va desarrollando a través de distintas etapas que presentan diversos síntomas y que pueden variar según la perspectiva de los investigadores responsables de su estudio.

Precisamente uno de los modelos pioneros que explican las fases del burnout fue propuesto por Golembiewski, Munzenrider y Carter, (1983), quienes sostienen que este síndrome experimenta una progresión secuencial a través del tiempo, donde un factor genera la aparición de otro, ya que a la despersonalización del trabajo que presenta una persona, le siguen otros síntomas como la disminución de su realización personal, que posteriormente conlleva a su agotamiento emocional (p.3).

Además, según estos investigadores, factores como la pobreza, el conflicto y la ambigüedad en el desarrollo de un rol o actividad influyen directamente en el grado de responsabilidad que las personas llevan a cabo en su trabajo, dando lugar a una mayor inestabilidad, estrés, y a la aparición del burnout en distintas etapas:

En la primera fase, se desencadena el estrés por sobrecarga laboral y pobreza del rol, provocando sentimientos de pérdida de autonomía y de control. Esto, a la vez, genera sentimientos de irritabilidad, fatiga y una disminución de la autoimagen positiva. En la segunda fase, el sujeto desarrolla estrategias de alejamiento para afrontar la situación amenazante del contexto laboral. Este tipo de estrategia puede ser constructiva o no, dependiendo de su naturaleza (sin eliminar la empatía o con cinismo). Si se desarrollan actitudes de despersonalización (cinismo), aparece el Burnout. Las siguientes fases se caracterizarán por baja realización personal, para desembocar en agotamiento emocional. (Martínez, 2010, p.17-18)

Desde esta perspectiva, el burnout se entiende a partir de un conjunto de síntomas que al no ser enfocados o abordados a través de estrategias positivas, conllevan a que progresivamente los trabajadores sientan frustración y un agotamiento excesivo hacia las actividades que llevan a cabo, influyendo de manera directa en su nivel de productividad y las relaciones sociales que genera con el resto de sus compañeros.

Otro modelo propuesto respecto a las fases del burnout es el desarrollado por Leiter y Maslach (1988) quienes sostienen que este síndrome es el resultado de las experiencias individuales y crónicas de estrés que las personas enfrentan en relación a su contexto social, asociado a tres aspectos fundamentales: la experiencia de estrés, la evaluación del resto de personas, y la autoevaluación (Miravalles, 2015).

Además, según estos autores, el burnout se caracteriza por la presencia de tres fases: inicialmente es común el sentimiento de una baja realización personal, que conlleva paulatinamente a un agotamiento emocional sobre las actividades que el trabajador realiza

de manera cotidiana, que finalmente genera un total estado de despersonalización que hace que el individuo no desee acudir a su entorno laboral, debido a los sentimientos de cansancio y estrés que han surgido en este contexto (Quiceno & Alpi, 2007, pág. 119).

De acuerdo con estudios realizados en la década del 90 del siglo XX en el campo de la psicología, Leiter determina que existe una relación significativa entre la despersonalización y la realización personal en el trabajo, permitiéndole puntualizar que:

Los sentimientos de despersonalización no median la relación entre cansancio emocional y realización personal en el trabajo, que disminuye a consecuencia directa de los estresores laborales y surge de forma paralela a los sentimientos de cansancio emocional como respuesta del sujeto a esos estresores laborales, en especial a la falta de apoyo social y de oportunidades para desarrollarse profesionalmente. (Lara, 2013, pág. 60)

Por otra parte los autores Lee y Ashforth (1993) determinan que la fase de despersonalización y la baja realización personal en el trabajo es el resultado directo de la fase de cansancio emocional, donde surgen un conjunto de sentimientos negativos que influyen en las actividades desarrolladas por un individuo dentro del contexto laboral donde se encuentra, tal como puede observarse en la siguiente figura.

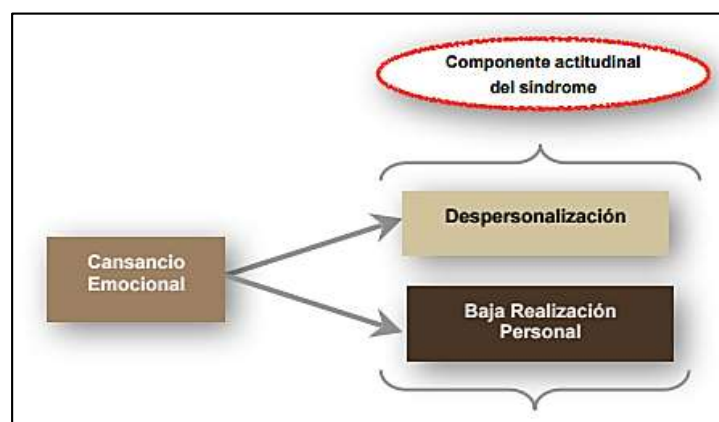


Figura 1. Fases de Lee y Ashfort (1993)

Fuente: Lara, 2013

Elaborado por: La autora

Es importante señalar que estas fases planteadas por estos autores fueron tomadas como punto de referencia para otros investigadores como Dierendonck, Schaufeli y Sixma (1994) para quienes la despersonalización no se constituye como una variable mediadora entre el

cansancio emocional y la baja realización personal que experimenta el trabajador dentro de un contexto laboral.

Por otra parte, investigadores como Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995) añaden nuevos elementos al proceso de aparición del burnout, relacionando el papel que desempeñan las cogniciones y emociones de los trabajadores en torno a la relación suscitada entre el estrés laboral que perciben y sus respuestas actitudinales y conductuales, razón por la cual este síndrome se genera inicialmente con la aparición de sentimientos frustrantes de realización personal en el trabajo y al mismo tiempo fuertes sentimientos de cansancio emocional, que conllevan a la aparición de actitudes de despersonalización como un mecanismo de afrontamiento ante estos elementos señalados. (Lara, 2013, pág. 42)

Teniendo en cuenta las aportaciones de estos autores, así como posteriores investigaciones en el campo de la psicología, se ha logrado establecer que los sentimientos de culpa se analizan como una nueva dimensión del síndrome de burnout, donde es posible establecer dos patrones que por un lado:

Caracteriza a los trabajadores que no desarrollan sentimientos de culpa intensos y que aunque sufren el síndrome, se pueden adaptar al entorno laboral, no resultando incapacitante para el ejercicio de la actividad laboral, a pesar de que ésta sea deficiente para los usuarios y para la organización; y por otra parte, incorpora la aparición de sentimientos de culpa como una dimensión más del síndrome. (Lara, 2013, p.62)

En este sentido, la presencia de sentimientos de culpa genera un bucle en el proceso de aparición del burnout, que fortalece sus dimensiones afectando de manera directa al trabajador, ya que se siente obligado a una mayor incorporación laboral con el objetivo de apaciguar su remordimiento; sin embargo y debido a que el contexto laboral no mejora, su realización personal en el trabajo disminuye, incrementando sus niveles de cansancio emocional y despersonalización que genera nuevos estados de culpa, contribuyendo a la aparición de este síndrome, que a mediano y largo plazo dará como resultado el deterioro de la salud física y mental del trabajador, aumentando su nivel de ausentismo, y su interés en abandonar la empresa o institución, y en muchos casos, hasta la misma profesión.

1.3. Consecuencias del burnout

El burnout se constituye como un síntoma que afecta en gran medida a aquellos trabajadores que ofertan su servicio en entidades relacionadas al campo de la salud, debido en gran parte a que se encuentran expuestos a distintos tipos de factores como el contacto con pacientes que padecen toda clase de enfermedades, sus familiares, y por supuesto el control por parte de aquellas autoridades o supervisores que vigilan sus labores cotidianas.

Por esta razón es frecuente que este grupo de trabajadores experimenten distintas consecuencias o efectos en diversos aspectos de su vida, ya sea a nivel de salud mental y física, el mismo trabajo, y su entorno familiar, tal como se describe a continuación de acuerdo a la perspectiva de distintos autores que han llevado a cabo importantes investigaciones en torno a este tema analizado.

1.3.1. Consecuencias en la salud en profesionales de la salud.

La salud se constituye como uno de los aspectos más importantes en la vida de una persona, puesto que permite que las actividades que lleva a cabo se desarrollen con total normalidad y de acuerdo a lo planificado; sin embargo, existen varios factores que pueden alterarla, tal como ocurre ante la presencia de síndromes como el burnout, que genera una serie de consecuencias negativas tanto a nivel físico como psicológico.

Respecto a este punto, Aveiga (2014) señala que las consecuencias que produce el burnout en la salud de las personas que laboran dentro del campo de la salud, pueden clasificarse en tres grupos básicos que se detallan en la siguiente tabla:

Tabla 1. Consecuencias en la salud a causa del síndrome de burnout

Consecuencias físicas y emocionales	<ul style="list-style-type: none">• Problemas de salud física como cefaleas, taquicardias y palpitaciones, dolor precordial, alteraciones gastrointestinales, hipertensión, crisis asmáticas, alergias, fatiga, y dolores musculares.• Problemas psíquicos como ansiedad, depresión, insomnio, entre otros.• Problemas emocionales referidos a sentimientos de inadecuación, limitación e infelicidad.
--	--

Fuente: Aveiga, 2014
Elaborado por: La autora

A estas consecuencias en la salud, Bianchini (1997) añade que pueden producirse otras como:

Calambres musculares y espasmos, dolor de espalda, cuello y hombros, tensión mandibular, manos y pies fríos, presión alta, problemas de la piel, alergias, asma, artritis, estreñimiento, diarrea, resfríos frecuentes, enfermedades infecciosas, disfunciones metabólicas, insomnio, fatiga, irregularidades respiratorias, respiración rápida, sobrealimentación, abuso del alcohol o drogas, problemas sexuales, ansiedad y depresión.

A nivel de salud mental, Fidalgo (2011) sostiene que el personal que labora dentro del campo de la salud también podría experimentar otras consecuencias como “agotamiento emocional, síntomas disfóricos, distanciamiento afectivo como forma de autoprotección, ansiedad, sentimientos de culpabilidad, impaciencia e irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, soledad, alienación, impotencia, desorientación, aburrimiento, vivencias de baja realización personal y sentimientos depresivos” (p.2).

Tal como se aprecia, es importante recalcar que el síndrome burnout se constituye como uno de los factores más importantes que desde siempre ha sido responsable de generar distintos trastornos físicos y psicológicos en la vida de las personas, afectando a su salud, y por lo tanto disminuyendo su nivel de productividad en torno a las actividades desarrolladas, ya que en muchos casos deben acudir de manera permanente a centros médicos para enfrentar sus enfermedades, generando un alto nivel de ausentismo laboral, que en muchos casos conlleva al abandono definitivo de la empresa o institución, debido a un deteriorado estado físico o psicológico.

1.3.2. Consecuencias en el trabajo en profesionales de la salud.

Respecto a las consecuencias que se producen en el trabajo en aquellos profesionales que laboran en el campo de la salud, Aveiga (2014) señala principalmente:

Comportamientos inadecuados relacionados con el trabajo y con la organización, con manifestaciones como agresividad, inhibición, cambios del estado de humor, etc. Así como conductas negativas con la organización, como absentismo, lentitud en el desempeño, disminución de la calidad y cantidad en el rendimiento laboral. En el ámbito organizacional, el estrés laboral también tiene consecuencias muy negativas, entre otras, insatisfacción laboral y dificultad para establecer sistemas de motivación en el trabajo. (p. 48)

Por su parte, Fidalgo (2011) manifiesta que las consecuencias más comunes en el campo laboral por parte de los profesionales de la salud corresponde a la presencia de “actitudes de desconfianza, apatía, cinismo e ironía hacia los clientes de la organización, hostilidad, suspicacia y poca verbalización en las interacciones” (p.2) que conlleva a generar inestabilidad dentro de las instituciones médicas o de salud, provocando la generación de un pésimo servicio, y la desconfianza de los pacientes.

Complementando a lo referido por estos autores, Rodríguez y Vernaza (2012) sostienen que el síndrome de burnout es responsable de generar el aumento de deseos de abandonar el lugar de trabajo, ya que muchas personas no establecen ninguna clase de vínculo con la entidad en la cual laboran y menos aún con el resto de sus compañeros/as, situación que además contribuye con un desempeño deficiente en las actividades realizadas, ya que inclusive en algunas ocasiones, debido al cansancio emocional y el excesivo número de pacientes que se atienden, algunos profesionales del campo de la salud han sido responsables de la muerte de enfermos que han sido atendidos en esta clase de instituciones. (p.45)

De ahí que resulta fundamental resaltar que es necesario que las entidades encargadas del sistema de salud se preocupen por evaluar continuamente el estado físico y mental de sus trabajadores, a fin de determinar los niveles de presencia del síndrome de burnout, estableciendo políticas que permitan prevenir la aparición de los diversos síntomas, y de esta manera contribuir al bienestar de sus trabajadores, y por tanto la productividad de sus actividades laborales, que benefician de manera directa a aquellas personas que hacen uso de sus distintos servicios de manera frecuente y cotidiana.

1.3.3. Consecuencias en la familia en profesionales de la salud.

Con relación a las consecuencias que se producen en la familia de aquellos profesionales que laboran en el campo de la salud, Fidalgo (2011) sostiene que es común el aumento de los problemas de pareja, con los hijos e hijas y amigos, a causa de problemas en la comunicación, así como debido a conductas hostiles y de frustración, que conllevan a que las personas se aislen de manera voluntaria.

Además cabe señalar que desde la perspectiva de Rodríguez y Vernaza (2012), el entorno familiar se constituye como un elemento clave en cuanto a los efectos generados por el burnout, ya que si una persona establece lazos de comunicación fuertes con los integrantes de su familia, así como a una cultura de comprensión y apoyo para enfrentar los problemas

de manera conjunta, resulta difícil que esta clase de síndrome se desarrolle de manera inmediata.

A estos aspectos, Suárez (2013) señala que el síndrome de burnout genera conflictos en el ámbito familiar debido a aspectos propios de este mismo contexto, puesto que en muchos hogares se genera una excesiva presión hacia sus integrantes para que en su trabajo logren obtener recompensas personales y profesionales, que contribuyen a obtener una mejor posición económica, lo cual genera estados constantes de presión y frustración, que conllevan a discusiones permanentes en el hogar, afectando a la salud de la pareja y de hijos e hijas. (p.22)

Es por ello que resulta fundamental que en el hogar se promueva una buena comunicación e interés hacia cada uno de sus integrantes, ya que solo de esta manera es posible apoyar a quienes enfrentan distintos problemas que se suscitan dentro del campo laboral, ya que así se pueden evitar consecuencias más negativas como la aparición de enfermedades de índole físico y psicológico, que en algunas ocasiones han provocado no solo el abandono del hogar y del lugar del trabajo, ya que muchas personas al no hallar tranquilidad en ninguno de sus espacios han optado por el suicidio como un mecanismo para abandonarlo todo, en busca de paz (Martínez, 2010).

1.4. Modelos explicativos del burnout

Para comprender como el síndrome de burnout actúa en los individuos que lo padecen, es importante tomar en consideración algunos modelos que se han desarrollado desde varias perspectivas tal como se mencionan a continuación.

1.4.1. Modelos basados desde la teoría sociocognitiva.

Para empezar, Alonso (2014) señala el modelo de competencia social de Harrison (1993) que determina que el burnout es el resultado de una función de la competencia percibida, ya que la eficacia laboral de una persona se fortalece en base a la motivación que percibe en relación al cumplimiento de los objetivos establecidos, situación que se encuentra condicionada a ciertos factores que residen en el ambiente y que pueden contribuir a que la efectividad aumente, así como aquellos sentimientos de competencia, que al mismo tiempo pueden verse reducidos a causa de sentimientos de autocompetencia que impiden que la persona obtenga los resultados deseados, generando así un estado de absoluta desesperanza.

Por esta razón, en caso de que estos sentimientos negativos progresen, el trabajador puede experimentar un caso típico del síndrome de burnout, siendo más común en aquellas personas que establecen expectativas elevadas en cuanto al cumplimiento de sus objetivos, sobre todo si se interesan en ayudar a los demás, y no logran obtener respuestas positivas por parte del resto de sus compañeros.

Por otra parte, Alonso (2014) se refiere al modelo de autoeficacia de Cherniss (1993) que establece que las características del ambiente laboral pueden contribuir de forma satisfactoria a que el trabajador se sienta a gusto con las labores que lleva a cabo y por lo tanto obtenga el éxito, lo cual se constituye como un aspecto importante para prevenir la aparición del síndrome de burnout, ya que los empleados “que tienen un elevado sentimiento de autoeficacia sufren menos estrés en situaciones difíciles y estas situaciones se vuelven menos amenazantes cuando los sujetos creen que pueden abordarlas de forma positiva”. (p.17)

En este sentido, el autor Miravalles (2015) refiere que otro modelo dentro de la teoría sociocognitiva corresponde al de Pines (1993), que sostiene que la autoeficacia es una de las variables claves en la aparición del burnout, ya que aquellas personas que establecen un sentido existencial en torno a las labores desempeñadas, son más proclives a desgastarse emocionalmente, ya que al sentirse altamente motivados por su trabajo y fracasar en el cumplimiento de ciertos objetivos, es común experimentar frustración respecto a sus expectativas no alcanzadas, generándose así un sentimiento de insignificancia en su vida.

Así mismo, el autor Alonso (2014) manifiesta que el modelo de autocontrol propuesto por Thompson, Page y Cooper (1993) sostiene que el burnout es el resultado de cuatro factores: “las diferencias entre las demandas del puesto y las capacidades del profesional, el grado de autoconciencia del trabajador, las expectativas de éxito, y los sentimientos de autoconfianza” (p.17).

Dentro de este modelo, la autoconciencia juega un papel relevante en la aparición del síndrome de burnout, ya que le permite a una persona autorregular su nivel de estrés al momento de ejecutar una actividad, además que las diferencias entre las demandas que exigen un determinado cargo con las capacidades del profesional, puede generar situaciones conflictivas que lo motiven a desconfiar de sus capacidades y sentir un alto grado de frustración, incidiendo de manera negativa en el cumplimiento de los objetivos propuestos, y disminuyendo sus expectativas de éxito.

1.4.2. Modelos formulados desde la teoría del intercambio social.

De igual manera para comprender como actúa el burnout se han desarrollado otros modelos a partir de esta teoría, entre los cuales Alonso (2014) menciona al Modelo de Comparación Social de Buunk y Shaufeli (1993), que sostiene que este síndrome se genera a partir de “los procesos de intercambio social que los trabajadores establecen con los usuarios y, por los procesos de afinidad y comparación social con los compañeros” (p.19).

En este sentido, Buunk y Shaufeli (1993) manifiestan que cuando un trabajador se relaciona con el usuario se produce un alto grado de incertidumbre, así como diversas expectativas sobre el sentido de equidad desarrollada entre las dos partes, y la falta de control, que pueden provocar un alto nivel de estrés, dando lugar a un cuadro de síndrome de burnout.

La incertidumbre, se refiere a la falta de claridad sobre lo que uno siente y piensa sobre cómo debe actuar. La percepción de equidad alude al equilibrio percibido entre lo que los trabajadores dan y lo que reciben en el transcurso de sus relaciones, y la falta de control, tiene que ver con la posibilidad del trabajador de controlar los resultados de sus acciones laborales. (Alonso, 2014, p.19)

Por lo referido, estos autores plantean que la presencia de estos tres factores puede contribuir a que los profesionales experimenten estados de gran estrés, dando origen a profundos estados de cansancio emocional, que terminan influyendo de manera negativa en las actividades que realizan cotidianamente, así como en las relaciones que establecen con el resto de compañeros del lugar donde trabajan.

Se debe agregar que otro de los modelos desarrollados dentro de la Teoría del Intercambio Social corresponde al de conservación de recursos propuesto por Hobfoll y Freddy, que afirma que los trabajadores empiezan a manifestar síntomas de estrés cuando consideran que aquellos factores que los motivan amenazan su estabilidad, ya que son responsables de generar dudas en cuanto a sus capacidades, así como el uso de recursos para alcanzar con éxito los objetivos planteados.

Respecto a este punto se sostiene que las relaciones que se establecen entre compañeros es una de las principales causales de estrés, debido a las diferencias que pueden generarse entre las dos partes, y cierto grado de competitividad que obliga a las personas a esforzarse por mejorar sus capacidades y optimizar el uso de recursos, generando un estado continuo de temor e incertidumbre que da como resultado final la aparición del síndrome de burnout.

Por todo esto, los autores plantean que las instituciones o empresas deben fortalecer estrategias de solución adecuadas para que los trabajadores se sientan motivados de manera permanente y no sientan temor ante la competencia de sus compañeros, sus propias habilidades y los recursos con los cuales se buscan cumplir de manera satisfactoria, los objetivos planteados a nivel organizacional.

1.4.3. Modelos desarrollados desde la teoría organizacional.

Con respecto a esta teoría, Alonso (2014) refiere que se ha generado otra clase de modelos entre los que destacan el de las Fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter, que sostiene que el individuo actúa impulsado por ciertos aspectos que lo rodean como “la sobrecarga laboral y pobreza de rol, que posteriormente va a generar un sentimiento de baja realización personal, agotamiento emocional y despersonalización” (p.21), que van en aumento de manera progresiva, dando lugar a la presencia del síndrome de burnout.

Otro modelo propuesto corresponde al de Winnubst, que determina que el síndrome de burnout se genera en todas las profesiones, y no únicamente en aquellas relacionadas con los servicios de ayuda como la medicina o la educación, además que se genera a partir de las relaciones entre la estructura, la cultura y clima organizacional, y el apoyo social que se genera en el campo laboral (Alonso, 2014, p.22).

Al mismo tiempo, este autor sostiene que este modelo se encuentra elaborado a partir de cuatro supuestos:

- Todas las organizaciones tienen un sistema de apoyo social que se ajusta al tipo de estructura de la organización.
- Estos sistemas de apoyo se forman en interdependencia con el clima laboral, por lo que pueden contribuir a la optimización del clima laboral.
- Estos criterios permiten predecir en qué medida las organizaciones inducirán en sus miembros tensión y el síndrome de burnout.
- Puesto que a través del apoyo es posible influir en diversos aspectos de la estructura organizacional, este apoyo es considerado una variable central de cara a su influencia sobre el burnout. (p.23)

De esta manera y como se puede comprender, las distintas estructuras de cada empresa o institución generan culturas organizacionales distintas que pueden incidir de manera directa

en la presencia del burnout, debido al agotamiento emocional que puede producirse en sus trabajadores, a causa de la rutina y monotonía de las actividades que se llevan a cabo de manera cotidiana.

Por otra parte, el modelo desarrollado por Cox, Kuk y Leiter (2007) refiere que el burnout se produce como respuesta al estrés laboral que enfrentan los trabajadores al no contar con herramientas que les permita controlar de manera adecuada esta situación; por ello en este modelo es muy importante el estudio de variables como el cansancio emocional, y los sentimientos generados por culpa de la tensión y ansiedad. (p.8)

Por lo planteado en estos modelos, la organización se constituye como el foco donde se generan un conjunto de conflictos que inciden de manera negativa en la salud física y emocional de los trabajadores, generando elevados niveles de estrés, que terminan por dar lugar a la presencia del síndrome burnout, que dependerá del tipo de institución, así como de las políticas establecidas al respecto para apoyar a su Talento Humano, en la resolución de conflictos que se generan internamente en su trabajo.

1.4.4. Modelos elaborados en cuanto al proceso del síndrome de quemarse en el trabajo.

Olivares, Mena, Jélvez y Macía (2013) refieren que otro modelo en torno al burnout corresponde al tridimensional de MBI- HSS, propuesto por Maslach y Jackson (1981), que establece que este síndrome se caracteriza por la aparición de tres elementos: agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal, que conllevan a que los trabajadores se sientan estresados en el lugar que laboran, incidiendo de manera negativa en las actividades que desarrollan, así como en las relaciones sociales que generan con el resto de compañeros y los usuarios que requieren de su servicio.

Por su parte, Martínez (2010) hace alusión al modelo planteado por Edelwich y Brodsky, que sostiene que el síndrome de burnout se concibe a partir de cuatro etapas. En la primera, el profesional siente un gran entusiasmo ante su nuevo lugar de trabajo así como las expectativas que este genera, a continuación se produce un estado de estancamiento a causa de que estas no se cumplen tal como se había estipulado, dando lugar a la tercera etapa llena de frustración, que conlleva a la última fase caracterizada por la apatía procedente a causa de los escasos recursos personales que le permitan hacer frente a dicho contexto (p.8).

Por otra parte, Feresín (2009) refiere el modelo desarrollado por Price y Murphy (1984) quienes sostienen que el burnout se establece a causa del estrés que las personas enfrentan en su trabajo, dando lugar a seis etapas: “desorientación, labilidad emocional, culpa debido al fracaso profesional, soledad y tristeza, que si se supera puede desembocar en la siguiente fase, solicitud de ayuda y equilibrio” (p.7).

Como se puede apreciar, estos modelos determinan que el síndrome de burnout es el resultado de un conjunto de etapas a través de las cuales el trabajador empieza a sentirse cansado e insatisfecho respecto a las expectativas que tenía inicialmente en relación a sus actividades laborales, generando frustración y apatía, que pueden conllevar a una disminución respecto a su rendimiento laboral.

1.4.5. Modelos elaborados desde la teoría estructural.

Finalmente y desde la Teoría Estructural, Feresín (2009) aborda el modelo propuesto por Gil Monte (2005) quien manifiesta que el burnout genera dos clases de perfiles: el relacionado con “la baja ilusión por el trabajo, altos niveles de desgaste psíquico e indolencia, pero con ausencia de sentimientos de culpa, mientras que el otro se caracteriza por la presencia de este último sentimiento” (p.7).

De esta manera se puede sintetizar que cada uno de estos modelos genera distintas perspectivas desde las cuales se ha abordado el burnout, a lo largo de la historia, al punto que en la actualidad el estudio de este síndrome es importante dentro de los distintos campos del conocimiento, ya que afecta a toda clase de empresas e instituciones, sin importar el tipo de actividad a la cual se dediquen en el mundo entero.

1.5. Prevalencia del burnout

1.5.1. Prevalencia en profesionales de la salud a nivel mundial.

De acuerdo a varios estudios realizados por instituciones como INTRAMED, a nivel mundial se establece que el burnout se presenta en un 30 - 40% en aquellos profesionales que prestan sus servicios en el campo de la salud, además que en relación a la prevalencia de este síndrome según variables como el género se puede señalar que:

En el caso de las mujeres médicas, el mayor porcentaje de la varianza de la sintomatología proveniente del estrés (70%) se relaciona con los niveles de apoyo

recibido de los compañeros, mientras que en hombres el 42% de varianza se explica por el estilo de vida, la salud mental, el apoyo en momentos de estrés y la carga de trabajo (Mingote, Moreno, y Galvez, 2004, p. 5).

De esta forma, se puede comprender que la presencia del síndrome de burnout en aquellos profesionales que laboran en el campo de la salud es más frecuente de lo que se cree, debido en gran parte al tipo de actividades que desarrollan de manera cotidiana, y que demandan de su preocupación, cuidado y eficiencia, ya que el servicio que ofrecen se encuentra dirigido a distintas clases de pacientes, quienes con sus exigencias, son responsables de generar altos niveles de estrés laboral.

1.5.2. Prevalencia en profesionales de la salud a nivel de Latinoamérica.

En el contexto latinoamericano se puede referir que no existen estadísticas globales que den cuenta de la presencia del burnout entre aquellos profesionales del campo de la salud, pese a ello investigaciones desarrolladas en distintas instituciones médicas de Argentina como la propuesta por Zazzetti, Carricaburu, Ceballos y Miloc (2011) determinan que la presencia de este síndrome es realmente elevada, ya que de un total de 102 profesionales analizados “el 54,9% presentó valores altos de agotamiento emocional, el 65,6% presentó valores altos de despersonalización y el 58,8% presentó índices bajos de realización personal en el trabajo. Un 17,64% padecía la forma más severa del síndrome” (p. 120).

En el caso de México, investigaciones como la propuesta por Rodríguez y otros (2009) establecen que en algunos hospitales de la ciudad de México, la prevalencia del síndrome de burnout se sitúa en un nivel del 82% a 88%, afectando de manera directa a la estabilidad del personal que labora en esta clase de instituciones destinadas al campo de la salud.

Por su parte, Rodríguez y Vernaza (2012) sostienen que en una investigación realizada a una muestra de 11.530 profesionales de la salud residentes en América Latina, “se pudo constatar que la prevalencia de burnout fue de 14,4% en Argentina, 7,9% en Uruguay, 4,2% en México, 4% en Ecuador, 4,3% en Perú, 5,9% en Colombia, 4,5% en Guatemala y 2,5% en El Salvador” (p. 22).

Mediante estos resultados se establece que los países donde se produce un mayor índice de aparición del síndrome burnout corresponden a Argentina, Uruguay y México, ya que el resto

de países de la región presentan índices inferiores al 4%, que no necesariamente restan importancia a la presencia de este síndrome en el contexto latinoamericano.

1.5.3. Prevalencia en profesionales de salud a nivel nacional.

En el caso del Ecuador se puede referir que a nivel nacional no existen estadísticas oficiales que permitan dar cuenta del índice de prevalencia del burnout en profesionales de la salud, sin embargo desde la perspectiva de Rodríguez y Vernaza (2012), el índice de presencia de este síndrome en el país corresponde al 4%, situación que resulta un tanto contradictoria, ya que otras investigaciones que se han llevado en ciudades como Quito establecen que “la prevalencia global de este síndrome en médicos residentes y tratantes del Hospital Carlos Andrade Marín de la ciudad de Quito fue del 77,7%, la prevalencia sólo en médicos residentes fue del 83,22% y en médicos tratantes del 72,2%” (González y Luzuriaga, 2013, p.86).

En otra investigación realizada por Acurio y Córdoba (2013) se evidencia que “la presencia del síndrome de burnout en este grupo de profesionales del campo de la salud se sitúa en un 9%, ya que pese a tener conocimiento acerca del manejo del paciente crítico, el trabajo en esta unidad, exige profesionales altamente capacitados” (p.59).

En este sentido, se puede concluir que el índice de presencia del síndrome de burnout en Ecuador es considerable, sobre todo si se toma en consideración que el personal de salud del sector público debe trabajar con una gran cantidad de pacientes, que en varios casos presentan diagnósticos críticos que contribuyen a generar un alto nivel de estrés en cuanto a las actividades que llevan a cabo de manera cotidiana, sin olvidar la presión que experimentan por parte de los familiares y de sus supervisores.

1.6. Variables asociadas de Burnout

1.6.1. Variables sociodemográficas en profesionales de la salud.

Entre las variables sociodemográficas que más inciden en la presencia de burnout en profesionales de la salud se deben señalar principalmente a la edad, género, estado civil, cargo que desempeñan, tiempo de trabajo, especialidad, número de horas semanales que dedican a la realización de actividades recreativas, y consumo de alcohol y tabaco (González & Luzuriaga, 2013).

Cabe señalar que estas variables influyen de manera directa en la aparición del burnout, ya que por ejemplo la edad es un factor que puede contribuir a la tolerancia del estrés, ya que en algunos casos los profesionales del campo de salud de edad avanzada y que han trabajado por muchos años en una institución pueden demostrar un alto nivel de fatiga y cansancio emocional, mientras que contrariamente aquellas personas jóvenes pueden experimentar momentos de frustración a causa de su falta de experiencia en las actividades que desempeñan cada día.

Así mismo es importante puntualizar, que su estado civil así como el tiempo que se dedican a la realización de actividades recreativas, puede incidir de manera directa en el nivel de estrés que enfrentan, ya que aquellas profesionales que tienen familia o responsabilidades con su pareja y con sus hijos, pueden sentir mayor estrés que quienes no tienen esta clase de carga familiar, además que el tiempo que se dedican a actividades de relax puede contribuir a reducir los niveles de tensión y preocupación que se generan en el entorno laboral.

Por otra parte, no se puede olvidar que el consumo de tabaco y alcohol es otra variable que puede generar la presencia de burnout en esta clase de profesionales, pues el consumo excesivo de esta clase de sustancias afecta de manera directa al sistema nervioso de las personas, generando cuadros de irritabilidad, que dificultan el desarrollo de sus actividades laborales de manera normal, generando que su ambiente de trabajo se torne hostil y estresante.

1.6.2. Variables laborales en profesionales de la salud.

En lo que respecta a este tipo de variables se deben señalar que las principales que afectan a los profesionales de la salud corresponden al número de pacientes que atienden al día, tiempo de trabajo, especialidad, trabajo extra hospitalario que pueden desarrollar, su percepción acerca del ambiente de trabajo, satisfacción laboral y criterio sobre la remuneración económica que perciben, motivación laboral, y su percepción acerca de las relaciones que establecen con sus compañeros y supervisores (González & Luzuriaga, 2013).

Es importante manifestar que esta clase de variables se generan en el mismo lugar de trabajo de este grupo de profesionales incidiendo de manera directa sobre los niveles de estrés que se generan en torno a la actividades que desarrollan, ya que por ejemplo la cantidad de pacientes y el tipo de área donde una persona trabaja puede generar un alto índice de estrés, sobre todo si se toma en cuenta servicios de urgencias en hospitales públicos, donde es común el ingreso de pacientes con una diversidad de cuadros críticos.

Por otra parte, la percepción que una persona puede desarrollar respecto a su ambiente de trabajo, satisfacción laboral y la remuneración económica que percibe, se constituye como un elemento clave para la presencia del burnout, ya que si una persona se siente insatisfecha con el lugar donde trabaja, y el salario que recibe por la prestación de sus servicios profesionales, es posible la presencia de estrés y frustración personal, que conlleva a un agotamiento emocional, que puede degenerar en un bajo nivel de productividad e interés por su desempeño profesional.

Así mismo, las relaciones que un profesional dentro del campo de salud desempeña con el resto de sus compañeros, puede influir de manera negativa, ya que si no existe solidaridad, apoyo e interés por lo que realiza la otra persona, difícilmente se podrá llevar a cabo un trabajo colaborativo, que en muchos casos provoca una frustración constante y apatía hacia el resto de personal que es parte de una institución destinada a prestar sus servicios en el campo de la salud.

Además es importante señalar que todas las personas, sin importar el sector donde trabajen necesitan ser valoradas y motivadas a través de distintos mecanismos, ya que de esa manera se garantiza su óptimo desempeño laboral y eficiente atención a los pacientes, disminuyendo el número de casos de personas que presentan el síndrome de burnout, a causa de las actividades que desarrollan en su lugar de trabajo.

1.6.3. Variables asociadas a la personalidad en profesionales de la salud.

Según lo manifiestan González y Luzuriaga (2013), existen otras variables relacionadas con la personalidad de los profesionales de la salud que pueden incidir de manera directa en el desarrollo del síndrome de burnout, tal como es el caso de su propia personalidad y su madurez emocional. (p.20)

Con relación a la primera variable cabe referir que no todas las personas presentan la misma personalidad que engloba al carácter y al temperamento de cada individuo, además que la interacción de una persona con el resto de personas, así como el contexto que lo rodea, puede generar trastornos que pueden influir de manera negativa en diversos aspectos tales como los procesos de adquisición del conocimiento, su grado de afectividad, la actividad interpersonal que lleva a cabo, así como el control de sus impulsos.

En este mismo sentido, no se debe olvidar que el nivel de madurez emocional también puede contribuir a que una persona pueda adaptarse de manera más adecuada a situaciones de estrés, tal como suele ocurrir en el caso de los profesionales del campo de la salud, que

continuamente se sienten sometidos a mucha presión por parte de las labores que llevan a cabo en aquellas instituciones dedicadas al servicio de la salud.

1.6.4. Variables moduladoras ante situaciones de estrés en profesionales de la salud.

Entre las variables moduladoras que pueden presentarse ante situaciones de estrés en profesionales de la salud se pueden mencionar al modelo de personalidad resistente, el sentido de coherencia respecto del estrés asistencial, así como la salud de la organización.

En el caso de la primera variable, Román, Bertot y Pacheco (2012) señala que esta clase de personalidad hace referencia a “un estilo de resistencia al estrés exhibido por personas con determinados rasgos que pueden desarrollarse de modo natural en el transcurso de la vida o pueden ser propositivamente entrenados. Además, la posesión de estas características (...) permite un mejor enfrentamiento de los mismos” (p.19).

En lo que respecta al sentido de coherencia del estrés asistencial, se debe señalar que esta variable se entiende como “una percepción afectivo-cognoscitiva generalizada por parte del individuo respecto de los estímulos que lo bombardean, en la mayor o menor medida en que los controla. Los estímulos se consideran inteligibles, manejables y significativos; informativos más que inquietantes” (Román, Bertot y Pacheco, 2012).

En este sentido, esta variable tiene relación con el grado de control que un profesional que labora en el campo de la salud tiene acerca de la intervención que puede llevar a cabo, en aquellos acontecimientos y situaciones de estrés que se generan en sus actividades cotidianas, buscando siempre la forma más efectiva de enfrentarlas, para de esta manera evitar cuadros de frustración o cansancio emocional.

Finalmente la salud de la organización es otra variable moduladora que puede incidir ante aquellas situaciones de estrés en profesionales de la salud, ya que “esta viene determinada por el ajuste, la coherencia e integración de los sistemas psicosociales de la organización, y por la forma en que su estructura, sus políticas y procedimientos, son percibidos coherentemente por sus miembros” (Mansilla, 2014), y que pueden incidir de manera directa en los niveles de estrés de aquellas personas que son parte de una institución en particular.

CAPÍTULO II.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. Objetivos

2.1.1. Objetivo general

- Identificar la prevalencia del síndrome de burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, realización personal) en relación con el psicoticismo, en médicos/as y enfermeras de tres instituciones públicas y una privada ubicadas en el sur de la provincia de Santa Elena, durante el año 2016-2017.

2.1.2. Objetivos específicos

- Identificar los aspectos sociodemográficos y laborales de los médicos/as y enfermeras de las instituciones investigadas.
- Determinar las dimensiones del burnout en los médicos/as y enfermeras de las instituciones investigadas.
- Identificar el malestar emocional presente en los médicos/as y enfermeras.
- Conocer los estilos de afrontamiento más utilizados de los médicos/as y enfermeras.
- Identificar el apoyo social existente en los médicos/as y enfermeras de las instituciones investigadas.
- Identificar los rasgos de personalidad de los médicos/as y enfermeras de las instituciones investigadas.
- Establecer la correlación existente entre las dimensiones del burnout (agotamiento emocional, despersonalización, realización personal) y el psicoticismo en los médicos/as y enfermeras de las instituciones investigadas.

2.2. Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales de los médicos/as y enfermeras de la muestra investigada?
- ¿Cuál es la prevalencia del síndrome de burnout en los médicos/as y enfermeras pertenecientes a las instituciones investigadas, ubicadas en el sur de la provincia de Santa Elena?
- ¿Cuál de las tres dimensiones del síndrome de burnout es la que presenta mayor nivel en los médicos/as y enfermeras de las instituciones investigadas?
- ¿Cuáles son los rasgos de personalidad y las características de salud mental de los médicos/as y enfermeras de las instituciones investigadas?
- ¿Cuáles son los tipos de afrontamiento y apoyo social de los médicos/as y enfermeras de las instituciones investigadas?

- ¿Cuál es la correlación existente entre las dimensiones del burnout (agotamiento emocional, despersonalización, realización personal) y el psicoticismo en los médicos/as y enfermeras de las instituciones investigadas?

2.3. Contexto de la investigación

La presente investigación evaluó al personal médico y de enfermería de tres instituciones públicas y una privada, ubicadas en el sur de la provincia de Santa Elena, que se caracterizan por ofrecer sus servicios a las personas que acuden por distintas razones de salud.

La primera institución corresponde a una institución de carácter privado – prestadora de servicios al IESS, ubicada en Salinas, clínica de mediana capacidad que brinda atención en consulta externa en el área de odontología, medicina general, pediatría y ginecología, además del servicio de farmacia y laboratorio.

La segunda entidad es un Hospital Público ubicado en La Libertad, de mediana capacidad que cuenta con servicio de laboratorio, imagenología, consulta externa en medicina general y especialidades como pediatría, ginecología, odontología, psicología, hospitalización en pequeña escala, farmacia y atención por emergencia. Cuenta además con un plan piloto ambulatorio para prevención y rehabilitación en adicciones a sustancias psicotrópicas.

La tercera institución es un Hospital Público ubicado al sureste de la provincia de Santa Elena, que presta servicios de consulta externa de medicina general y especialidades como medicina interna, psicología, psiquiatría, odontología, urología, traumatología, gastroenterología, nutrición, oftalmología, optometría, cardiología, ginecología, dermatología, terapia física y rehabilitación, entre otros. Brinda atención por emergencia, además cuenta con área de hospitalización, trabajo social, imagenología, archivo y estadística, y ha implementado un plan piloto de prevención y rehabilitación en adicciones a sustancias psicotrópicas, especialmente en adolescentes y jóvenes.

Finalmente la cuarta institución analizada corresponde a un Centro de Especialidades ubicado en La Libertad, donde se brinda el servicio de curaciones, imagenología, además de consulta externa en medicina general y especialidades como gastroenterología, cardiología, ginecología, medicina interna, odontología, urología, traumatología, pediatría, optometría, oftalmología, laboratorio, entre otros. Es importante señalar que en este lugar se aplicó los instrumentos únicamente a profesionales de enfermería.

2.4. Diseño de investigación

El método empleado en el presente estudio fue exploratorio, ya que como señala Garcés (2009) se lo usa “cuando el investigador no ha logrado acceder a suficiente información respecto al tema investigado, que le permita comprender los factores que inciden en una problemática analizada” (p. 73), tal como es el caso del síndrome de burnout en el contexto del personal de sanidad ecuatoriano.

El diseño de la investigación se caracteriza por su enfoque cuantitativo y no experimental, ya que se han recopilado datos numéricos relacionados con las variables de estudio, y no se generó intervención sobre la población analizada como suele ocurrir en casos de intervención, razón por la cual se observó y recolectó información en el contexto donde se genera la problemática (Pita & Pértegas, 2002).

Así mismo, se trata de una investigación de tipo transaccional, ya que se centró en analizar la relación o estado de las variables en un momento determinado y en un tiempo específico (Dzul, 2013). Es descriptiva porque se detallan los factores que inciden en la aparición de la problemática y las variables analizadas que inciden en un grupo de población y es correlacional, ya que se estableció el tipo de relación generada entre las variables asociadas con la problemática estudiada, tomando en cuenta el contexto en donde aparece, así como las características de la población analizada (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

2.5. Muestra

La población objeto del estudio fue el personal médico y de enfermería que labora en tres instituciones públicas y una privada, ubicadas en el sur de la provincia de Santa Elena.

La muestra fue de accesibilidad, no probabilística y accidental, la muestra recolectora de información fueron 40 profesionales de la salud (27 médicos/as y 13 enfermeros/as); sin embargo, en el proceso de depuración de resultados, la muestra procesada de datos fue de 39 profesionales de la salud (27 médicos/as y 12 enfermeras) de las instituciones indicadas, quienes cumplieron con los criterios de inclusión de muestra.

También se debe señalar que la investigación se realizó tomando en consideración las normas éticas establecidas en el acuerdo de Helsinki. Se garantizó total confidencialidad respecto a la información personal que fue brindada al investigador, para lo cual se firmó un acuerdo de consentimiento generado de su parte.

En lo que respecta a los criterios considerados para seleccionar la muestra, estos son:

Criterios de inclusión: Ser profesional de medicina/enfermería, actualmente ejercer la profesión, estar de acuerdo en participar en la investigación, tener 3 años mínimo de experiencia profesional y firmar consentimiento informado.

Criterios de exclusión: Ser técnicos o auxiliar de enfermería/medicina, no firmar el consentimiento informado.

2.6. Procedimiento

El desarrollo de esta investigación se realizó a través de la ejecución de los siguientes pasos:

- Diseño de solicitud para requerir el permiso correspondiente en las cuatro instituciones de salud seleccionadas para la investigación.
- Se estableció contacto personal con los directivos de las instituciones de salud a quienes se les entregó la solicitud realizada con el fin de que se permita recopilar información en dichas entidades.
- Se estableció el horario para la aplicación de los instrumentos, para lo cual se seleccionó médicos/as y enfermeras dentro de cada institución, solicitando su participación, explicándoles respecto a los objetivos de la investigación y su importancia.
- Se solicitó a los profesionales sanitarios que aceptaron participar que firmaran un consentimiento, además se explicó las características de los parámetros de la batería de instrumentos de tal manera que pudieran desarrollarla sin ningún contratiempo.
- Se depuraron los datos recolectados, descartando los cuestionarios incompletos y aquellos sin el consentimiento informado, que dio paso al procesamiento de la información que se llevó a cabo mediante el programa SPSS-23, estableciendo relaciones descriptivas sobre las variables de estudio.

2.7. Instrumentos

Se utilizaron los siguientes instrumentos:

2.7.1. Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC.

Como lo manifiesta López (2013), esta clase de cuestionario permite recopilar información relacionada con variables sociales, laborales y demográficas de un grupo de población, a fin de caracterizarla, a través del conocimiento de su edad, género, hijos que poseen, estado civil, etnia, ingresos mensuales percibidos, experiencia en la profesión que desempeña, área

de trabajo, forma de contrato, turnos en su horario, cantidad de pacientes a quienes se atiende, cantidad de recursos institucionales que posee, así como las características del clima laboral.

2.7.2. Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory) [MBI-HSS].

En relación al inventario de burnout de Maslach [MBI-HSS], esta herramienta que contiene un inventario autoadministrado se centra en el análisis de tres dimensiones del burnout: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal para lo cual se trabaja con la escala de Likert con puntuaciones de 0 a 6, donde 0 implica al suceso en cuestión que nunca ocurre, mientras que 6 demuestra que se suscita todos los días (López, 2013).

Este instrumento está integrado por 22 ítems de los cuales el agotamiento emocional está compuesto por 9 ítems (1,2,3,6,8,13,14,16,20); la despersonalización se compone de 5 ítems (5,10,11,15,22) y la realización personal se encuentra constituida por 8 ítems (4,7,9,12,17,18,19,21). Las puntuaciones máximas corresponden a 54 en agotamiento emocional. 30 para despersonalización, y 48 para realización personal.

No obstante y pese a que no existen puntuaciones de corte a nivel clínico que permitan medir la presencia o ausencia del burnout, se toman en consideración las puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización, mientras que se consideran las puntuaciones bajas en realización personal. (Maslach y Jackson, 1986; versión española de Seisdedos, 1997).

En cuanto a las propiedades psicométricas, su validez a nivel internacional para evaluación grupal se lleva a cabo si presenta “una alta consistencia interna (0.70 / 0,90) y una fiabilidad de 0,90 para Cansancio Emocional, 0,79 para Despersonalización y 0,71 en Realización Personal en el trabajo” (López, 2013, p. 227).

2.7.3. Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28); (Goldberg y Hillier, 1979; versión española de Muñoz, Vázquez-Barquero, Rodríguez, Pastrana y Varo, 1979).

Este es un instrumento a través del cual una persona valora su estado de salud, a partir de un conjunto de indicadores que se distribuyen en 28 ítems, que determinan la presencia de problemas psiquiátricos menores en quien ha sido encuestado. Además a través de este

instrumento, se evalúan cuatro sub-escalas: síntomas somáticos, tipo de ansiedad, disfunción social y sentimientos de depresión.

2.7.4. Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE).

Este instrumento multidimensional permite evaluar los mecanismos de afrontamiento de las personas ante situaciones desgastadoras, para lo cual se contestan 28 ítems, relacionados con actividades asociadas al afrontamiento activo, auto-distracción, negación, uso de sustancias, uso de apoyo emocional e instrumental, evasión de comportamiento, desahogo, replanteamiento positivo, planificación, uso del humor, aceptación, religión, y culpa de sí mismo. Además en relación a las propiedades psicométricas cuenta con un alfa de Cronbach de 0.50 y 0.80 para cada una de sus estrategias (Vargas, Herrera, Rodríguez, & Sepúlveda, 2010)

2.7.5. Cuestionario MOS de apoyo social. (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Steward, 1991; versión española Revilla, Luna del Castillo, Bailón y Medina, 2005).

Este cuestionario se encuentra integrado por 20 ítems que permiten determinar las redes sociales de una persona, para lo cual se aplica la escala de Likert de 5 puntos, donde 1 corresponde a nunca y 5 a siempre, además que su alfa de Cronbach corresponde a 0.97 y las subescalas entre 0.91 y 0.96.

Este cuestionario toma en consideración además tres dimensiones de apoyo social: el emocional asociado a quien brinda guía y consejo; instrumental, que genera ayuda en el hogar, amor y cariño, que se refiere a la existencia de alguien con quien comunicarse, con quien socializar en momentos de ocio.

2.7.6. Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A; Francis, Brown y Philipchalk, 1992; Versión española de Sandín, Valiente y Chorot, 1999).

Esta herramienta permite evaluar la personalidad tomando en cuenta tres factores: neuroticismo, extroversión y psicoticismo, además una escala de sinceridad para lo cual la persona debe responder 24 ítems con la opción de si o no, que permite evaluar las respuestas

obtenidas a partir de sub-escalas de 0 y 6, donde la mayor puntuación es síntoma de la presencia del rasgo. El alfa de Cronbach en relación a las dimensiones de este instrumento corresponde a 0.74 para extraversión, 0.78 para neuroticismo, 0.63 para psicoticismo y 0.54 para sinceridad (Sandín, Valiente, Montes, Chorot y Germán, 2002).

2.7.7. Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento

Mediante este instrumento se puede conocer la manera en que una persona afronta cuadros de estrés, así como situaciones complejas, para lo cual se establece un total de 28 afirmaciones que se deben responder en base a una escala tipo Likert, que toman en consideración las formas más comunes de afrontamiento entre las que se encuentran: Afrontamiento activo, Autodistracción, Planificación, Apoyo emocional, Apoyo instrumental, Aceptación, Reinterpretación positiva, Religión, Autoinculpación, Negación, Desconexión conductual, Desahogo, Humor y Uso de sustancias (Barbosa, Muñoz, Suárez, & Rueda, 2009).

CAPÍTULO III.
ANÁLISIS DE DATOS

En este capítulo se analizan los datos recolectados mediante los distintos instrumentos aplicados para esta investigación con el objetivo de interpretar las relaciones generadas entre las variables estudiadas en la población seleccionada. No obstante se debe puntualizar que pese a que la muestra invitada correspondía a 27 médicos y 13 enfermeras, la muestra real corresponde a 27 médicos y 12 enfermeras, ya que una de las encuestas fue eliminada debido a la inconsistencia de las respuestas ofrecidas.

3.1. Variables sociodemográficas

En este apartado se analizan tres tablas correspondientes a: las características sociodemográficas de los profesionales de la salud (Tabla 2), características laborales de los profesionales de la salud (Tabla 3), y percepción del clima laboral de este grupo de médicos/as y enfermeros/as (Tabla 4).

Para empezar en la Tabla 2 se analiza la participación mayoritaria en cuanto a sexo, edad, número de hijos/as y estado civil de los profesionales de la salud.

Tabla 2. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud

VARIABLES	Médicos/as		Enfermeros/as	
	n	%	n	%
Sexo				
Hombre	16.0	59.3	1.0	8.3
Mujer	11.0	40.7	11.0	91.7
	27.0	69.2	12.0	30.8
Total, de profesionales de la salud				
Edad				
<i>M</i>	46.3		39.8	
<i>DT</i>	9.8		8.6	
Max	62.0		53.0	
Min	31.0		29.0	
Número de hijos/as				
<i>M</i>	2.0		1.8	
<i>DT</i>	1.4		0.9	
Max	7.0		3.0	
Min	0.0		0.0	
Etnia				
Mestizo/a	16.0	59.3	11.0	91.7
Blanco/a	11.0	40.7	1.0	8.3
Afroecuatoriano/a	0.0	0.0	0.0	0.0
Indígena	0.0	0.0	0.0	0.0
Estado civil				

Soltero/a	5.0	19.2	2.0	16.7
Casado/a	13.0	50.0	6.0	50.0
Viudo/a	3.0	11.5	0.0	0.0
Divorciado/a	4.0	15.4	1.0	8.3
Unión libre	1.0	3.8	3.0	25.0

Fuente: Cuestionario sociodemográfico AD HOC

Elaborado por: La autora

En relación a los datos obtenidos del personal médico, la mayor participación corresponde a los hombres con un 59,3%, ya que las mujeres se ubican en el 40,7%, mientras que en el personal de enfermería predomina el sexo femenino con el 91,7%, a diferencia del sexo masculino con el 8,3%. El total de participantes es de 69,2% médicos/as y 30,8% enfermeros/as. La edad promedio de los médicos/as es de 46,3 años, mientras que el del personal de enfermería es de 39,8 años. El promedio de número de hijos del personal médico es de 2, mientras que en el caso del grupo de enfermería corresponde a 1,8. En relación a la etnia, la predominante corresponde a la mestiza con un 59,3% en el caso de los médicos/as y 91,7% en el caso del personal de enfermería. En relación al estado civil, la opción predominante corresponde a casado con un 50% tanto para el personal médico como el de enfermería.

En la tabla 3 se analiza 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 3. Características laborales de los profesionales de la salud

VARIABLES	Médicos/as		Enfermeros/as	
	n	%	n	%
Ingresos mensuales				
0 a 1000	0.0	0.0	4.0	33.3
1001 a 2000	16.0	59.3	8.0	66.7
2001 a 3000	10.0	37.0	0.0	0.0
3001 a 4000	1.0	3.7	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>	19.2		11.0	
<i>DT</i>	8.8		6.7	
Max	32.0		28.0	
Min	4.0		4.0	

Sector en el que trabaja

Público	21.0	77.8	12.0	100.0
Privado	0.0	0.0	0.0	0.0
Ambos	6.0	22.2	0.0	0.0
Tipo de contrato				
Eventual	0.0	0.0	1.0	9.1
Ocasional	2.0	7.7	4.0	36.4
Plazo fijo	5.0	19.2	0.0	0.0
Nombramiento	15.0	57.7	6.0	54.5
Servicios profesionales	4.0	15.4	0.0	0.0
Ninguno	0.0	0.0	0.0	0.0
Horas diarias de trabajo				
<i>M</i>	7.9		8.9	
<i>DT</i>	1.5		1.6	
Max	14.0		12.0	
Min	6.0		8.0	
Nº de pacientes/día				
<i>M</i>	19.9		30.3	
<i>DT</i>	4.3		14.1	
Max	30.0		54.0	
Min	12.0		10.0	
Recursos Institucionales				
Totalmente	14.0	51.9	7.0	63.6
Mediadamente	12.0	44.4	3.0	27.3
Poco	1.0	3.7	1.0	9.1
Nada	0.0	0.0	0.0	0.0
Turnos				
Si	10.0	37.0	11.0	100.0
No	17.0	63.0	0.0	0.0

Fuente: Cuestionario de variables laborales AD HOC

Elaborado por: La autora

En relación a las características laborales de los profesionales de la salud se establece que la remuneración económica que predomina en ambos grupos corresponde al valor de 1001 a 2000, siendo para el personal médico el 59.3%, mientras que para el grupo de enfermería el 66,7%. Respecto a la experiencia del personal médico, la media corresponde al 19.2 años, mientras que el de enfermería es de 11 años. El sector en el cual laboran la mayoría del profesional de salud es el público, correspondiendo el 77,8% a médicos/as y el 100% a enfermeros/as. El tipo de contrato predominante es el de nombramiento con el 57,7% para el personal médico y el 54,5% para el grupo de enfermería. El número promedio de pacientes que son atendidos diariamente por los médicos/as corresponde a 19,9 con una atención mínima de 12 y 30 como máxima, mientras que el personal de enfermería atiende a un

promedio de pacientes de 30,3, con una atención mínima de 10 y máxima de 54 pacientes. En relación a los recursos que son generados por la institución, el 51,9% del personal médico y el 63,6% del grupo de enfermería refieren que se les entrega totalmente para la realización de su trabajo. En lo correspondiente a la entrega de turnos, el 63% de los médicos/as indican que esto no se lleva a cabo, mientras que el 100% del personal de enfermería manifiesta que sí.

En la tabla 4 se analiza la percepción que los profesionales de la salud tienen en relación a varios aspectos relacionados con el clima laboral, para lo cual se analiza sus respuestas en base a una escala, tomando en cuenta la mayor cantidad de personas por cada variable.

Tabla 4. 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	0	0.0%	1	8.3%
	Bastante	15	55.6%	3	25.0%
	Totalmente	12	44.4%	8	66.7%
¿Cuán valorado se siente por los familiares de los pacientes?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	1	3.7%	2	16.7%
	Bastante	15	55.6%	3	25.0%
	Totalmente	11	40.7%	7	58.3%
¿Cuán valorado se siente por sus compañeros de profesión?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	2	7.4%	0	0.0%
	Bastante	12	44.4%	6	50.0%
	Totalmente	13	48.1%	6	50.0%
¿Cuán valorado se siente por los directivos la institución?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	4	14.8%	1	8.3%
	Bastante	13	48.1%	5	41.7%
	Totalmente	10	37.0%	6	50.0%
¿Está satisfecho con el trabajo que realiza?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	1	3.7%	1	8.3%
	Bastante	10	37.0%	4	33.3%
	Totalmente	16	59.3%	7	58.3%
¿Está satisfecho en su interacción con los pacientes?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	0	0.0%	0	0.0%
	Bastante	9	33.3%	5	41.7%
	Totalmente	18	66.7%	7	58.3%
¿Está satisfecho con el apoyo brindado por parte de los directivos de la institución?	Nada	1	3.7%	0	0.0%
	Poco	2	7.4%	1	9.1%
	Bastante	14	51.9%	6	54.5%
	Totalmente	10	37.0%	4	36.4%
¿Está satisfecho con la colaboración entre compañeros de trabajo?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	3	11.1%	2	16.7%
	Bastante	12	44.4%	6	50.0%
	Totalmente	12	44.4%	4	33.3%
	Nada	0	0.0%	0	0.0%

¿Está satisfecho con la valoración global de su experiencia profesional?	Poco	3	11.1%	2	16.7%
	Bastante	13	48.1%	2	16.7%
	Totalmente	11	40.7%	8	66.7%
	Nada	3	11.1%	1	8.3%
¿Está satisfecho está con su situación económica?	Poco	7	25.9%	1	8.3%
	Bastante	11	40.7%	8	66.7%
	Totalmente	6	22.2%	2	16.7%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y clima laboral AD HOC
Elaborado por: La autora

En relación a la percepción del personal médico en torno a la valoración que siente por parte de sus pacientes (55,6%) y de sus familiares (55,6%) manifiesta que se siente bastante valorado. El 48,1% de los participantes señala que se siente totalmente valorado por sus compañeros de profesión, mientras que este mismo porcentaje manifiesta que se siente bastante valorado por los directivos de la institución. El 59,3% del personal médico se encuentra totalmente satisfecho con el trabajo que realiza, mientras que el 66,7% está totalmente satisfecho en su interacción con los pacientes. Así mismo el 51,9% de este grupo de médicos/as está bastante satisfecho con el apoyo brindado por parte de los directivos de la institución, mientras que el 44,4% está bastante y totalmente satisfecho con la colaboración entre compañeros de trabajo. El 48,1% del personal médico está bastante satisfecho con la valoración global de su experiencia profesional, mientras que el 40,7% está bastante satisfecho con su situación económica.

En lo que se refiere a la percepción del personal de enfermería, el 66,7% señala que se siente totalmente valorado por parte de sus pacientes, mientras que el 58,3% manifiesta que siente totalmente valorado por los familiares de los mismos. Por otra parte, el 50% de los participantes señala que se siente bastante y totalmente valorado por sus compañeros de profesión, mientras que este mismo porcentaje manifiesta que se siente bastante valorado por los directivos de la institución. El 58,3% del personal de enfermería se encuentra totalmente satisfecho con el trabajo que realiza, así como la interacción que tiene hacia sus pacientes. Así mismo el 54,5% de enfermeros/as está bastante satisfecho con el apoyo brindado por parte de los directivos de la institución, mientras que el 50% está bastante satisfecho con la colaboración entre compañeros de trabajo. El 66,7% del personal de enfermería está totalmente satisfecho con la valoración global de su experiencia profesional, mientras que este mismo porcentaje está bastante satisfecho con su situación económica.

3.2. Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson)

En este apartado se interpretan y analizan dos tablas, la correspondiente a los resultados de las dimensiones del burnout en los profesionales de la salud (Tabla 5) y los resultados de los casos de burnout en los profesionales de la salud (Tabla 6).

De esta manera en la tabla 5 se observan los resultados obtenidos en relación a las dimensiones del burnout en los profesionales de la salud que participaron en el estudio.

Tabla 5. 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	13	48.1%	7	58.3%
	Medio	6	22.2%	4	33.3%
	Alto	8	29.6%	1	8.3%
Despersonalización	Bajo	18	66.7%	7	58.3%
	Medio	7	25.9%	4	33.3%
	Alto	2	7.4%	1	8.3%
Realización personal	Bajo	24	88.9%	9	75.0%
	Medio	1	3.7%	1	8.3%
	Alto	2	7.4%	2	16.7%

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

En relación al Inventario del Síndrome de burnout (MBI), en la dimensión correspondiente al agotamiento emocional, el 29,6% de los médicos/as y el 8,3% del personal de enfermería obtuvo un nivel alto. En lo referente a la dimensión de despersonalización, el 7,4% del personal médico y el 8,3% del grupo de enfermería puntuó un nivel alto. Mientras que en torno a la realización personal, el 88,9% de médicos/as, así como el 75% de enfermeros/as obtuvo un porcentaje bajo.

En la tabla 6 en cambio se indica el número de casos de burnout existentes en la población.

Tabla 6. 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	96.3%	12	100.0%
	Presencia	1	3.7%	0	0.0%

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

Elaborado por: La autora

De acuerdo a la información recolectada a través de la aplicación del MBI se establece que existe un caso de burnout en el personal médico, que representa el 3,7%, mientras que en el caso del personal de enfermería no se detecta ningún caso.

3.3. Cuestionario de Salud General

Tabla 7. Malestar emocional de los profesionales de la salud

		Profesión			
		Médico/a		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Síntomas somáticos	No caso	21	77.8%	12	100.0%
	Caso	6	22.2%	0	0.0%
Ansiedad	No caso	17	63.0%	9	75.0%
	Caso	10	37.0%	3	25.0%
Disfunción social	No caso	27	100.0%	12	100.0%
	Caso	0	0.0%	0	0.0%
Depresión	No caso	27	100.0%	12	100.0%
	Caso	0	0.0%	0	0.0%

Fuente: Cuestionario de Salud General (General HealthQuestionnaire [GHQ-28]; Goldberg y Hillier, 1979)

Elaborado por: La autora

En relación al ámbito de salud general, los síntomas somáticos se evidencian en el personal médico con el 22%. En lo referente a la presencia de ansiedad, el 37% de los médicos/as presentan este síntoma, al igual que el 25% del personal de enfermería. Sin embargo como se observa en la tabla 7, no se detectan casos de médicos/as o personal de enfermería con disfunción social y depresión.

3.4. Cuestionario de Afrontamiento (BRIEF – COPE)

En este apartado 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 8.

Tabla 8. Estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud

	Profesión							
	Médico/a				Enfermero/a			
	M	DT	Máx.	Mín.	M	DT	Máx.	Mín.
Auto distracción	2.1	2.3	6.0	.0	1.7	2.3	6.0	.0
Afrontamiento activo	3.4	2.0	6.0	.0	1.6	2.0	6.0	.0
Negación	.5	1.1	4.0	.0	.5	.9	2.0	.0
Uso de sustancias	.2	.5	2.0	.0	.3	.6	2.0	.0
Apoyo emocional	.9	1.1	3.0	.0	.8	1.6	5.0	.0
Apoyo instrumental	1.3	1.5	6.0	.0	1.1	1.9	6.0	.0
Retirada de comportamiento	.8	1.2	3.0	.0	.4	.8	2.0	.0
Desahogo	1.4	1.7	6.0	.0	.5	.8	2.0	.0
Replanteamiento positivo	2.3	2.1	6.0	.0	1.3	1.8	6.0	.0
Planificación	2.6	2.0	6.0	.0	1.6	2.2	6.0	.0
Humor	1.0	1.4	5.0	.0	.3	.6	2.0	.0
Aceptación	2.7	2.3	6.0	.0	1.8	2.3	6.0	.0
Religión	1.5	1.5	6.0	.0	1.6	2.2	6.0	.0
Culpa de sí mismo	1.4	1.7	6.0	.0	.8	1.3	4.0	.0

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

Elaborado por: La 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 afrontamiento activo (3,4), aceptación (2,7) y planificación (2,6), mientras que en el grupo de enfermeros/as se remiten a: aceptación (1,8) y autodistracción (1,7).

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 9.

Tabla 9. 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	76.8	25.3	100.0	20.0	86.7	16.0	100.0	57.5
Apoyo instrumental	78.3	24.7	100.0	20.0	79.1	23.5	100.0	35.0
Relaciones sociales	78.5	24.0	100.0	20.0	87.1	17.8	100.0	55.0
Amor y cariño	82.7	23.8	100.0	20.0	92.8	12.9	100.0	60.0

Fuente: Cuestionario de Apoyo Social MOS (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Steward, 1991).
Elaborado por: La 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 82,7, seguido de las relaciones sociales con 78,5 y el apoyo instrumental con 78,3, mientras que la media más baja corresponde al apoyo emocional con 76,8.

En el caso del personal de enfermería, la media más alta se remite al amor y cariño con 92,8, seguido de las relaciones sociales con 87,1, el apoyo emocional con 86,7, mientras que la media más baja corresponde al apoyo instrumental con 79.1.

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 10.

Tabla 10. Rasgos de personalidad de los profesionales de la salud.

	Profesión							
	Médico/a				Enfermero/a			
	M	DT.	Máx.	Mín.	M	DT.	Máx.	Mín.
Neuroticismo	2.0	1.9	6.0	.0	1.0	1.2	3.0	.0
Extroversión	4.3	2.0	6.0	.0	4.5	1.4	6.0	2.0
Psicoticismo	1.2	.9	3.0	.0	1.3	.8	2.0	.0

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

Elaborado por: La autora

El rasgo de personalidad que muestra un puntaje más alto en ambos grupos corresponde al de extroversión, ya que el personal de enfermería presenta una media de 4.5, mientras que en el personal médico es de 4.3, seguido de neuroticismo (2.0) y psicoticismo (1.2) en el primer grupo, mientras que en el segundo corresponde a psicoticismo con 1.3, y neuroticismo con 1.0.

3.7. Correlación entre Psicoticismo y dimensiones del Burnout

Tabla 11. Correlaciones entre psicoticismo y las dimensiones del burnout.

	Psicoticismo		
	<i>r</i>	<i>P</i>	n
Agotamiento emocional	.333*	.041	38
Despersonalización	.459**	.004	38
Realización personal	-.354*	.031	38

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

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

Elaborado por: La autora

En base a la relación entre psicoticismo y agotamiento emocional existe una correlación significativa entre estas variables, $r(38) = .333$, $p = .041$ (ver Tabla 11). Por consiguiente, mientras mayor psicoticismo tengan los profesionales de la salud, mayor será el agotamiento emocional. Por otro lado, en la relación entre psicoticismo y despersonalización existe una correlación muy significativa entre estas variables, $r(38) = .459$, $p = .004$. Por ende, mientras mayor psicoticismo tengan los profesionales de la salud, mayor será la despersonalización. Finalmente, la relación entre psicoticismo y realización personal existe una correlación significativa entre estas variables, $r(38) = -.354$, $p = .031$. Por lo tanto, mientras mayor sea el psicoticismo en los profesionales de la salud, menor será la realización personal.

3.8. Discusión de Resultados

En base a los resultados obtenidos, se establece que existe un caso de síndrome burnout entre los profesionales del contexto de la salud que pertenecen a las instituciones analizadas, además que los puntajes obtenidos por los médicos/as, enfermeros/as en las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, es alto, aspecto que a futuro podría dar lugar a nuevos casos de este síndrome.

De esta manera, el primer objetivo específico de esta investigación se centró en identificar la caracterización sociodemográfica y laboral de los médicos/as y enfermeras en cuatro instituciones, ubicadas en el sur de la provincia de Santa Elena, durante el año 2016 – 2017, para lo cual se analizaron aspectos como el sexo, edad, número de hijos, etnia, estado civil, ingresos mensuales, experiencia profesional, sector en el que trabaja, tipo de contrato que posee, recursos y turnos, en un total de 27 médicos/as y 12 enfermeras de las instituciones de salud seleccionadas en este estudio.

En lo que corresponde a las características sociodemográficas, en la muestra de personal médico, el 59,3% corresponde a hombres y el 40,7% a mujeres, mientras que en el personal de enfermería predomina el sexo femenino con el 91,7%, a diferencia del sexo masculino con el 8,3%, información que es similar a otros estudios desarrollados al respecto sobre la prevalencia de burnout en profesionales de la salud (Rodríguez & Vernaza, 2012). Respecto a la edad promedio en médicos/ases de 46,3 años, mientras que el del personal de enfermería es de 39,8 años, rango de edad que de acuerdo a lo establecido por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, corresponde al período de mayor productividad para una persona.

En relación al número promedio de hijos del personal médico, este indicador corresponde a 2, mientras que en el caso del grupo de enfermería es de 1,8, cifras que resultan similares a otras investigaciones desarrolladas en otras ciudades del Ecuador como Ambato (Aveiga, 2014). Respecto a la etnia, la predominante en el caso de médicos/as corresponde a la mestiza con un 59,3%, mientras que en el caso del personal de enfermería es de 91,7%, etnia que predomina en el contexto ecuatoriano. En cuanto a las cifras correspondientes al estado civil, la opción predominante corresponde a casado con un 50% tanto para el personal médico como el de enfermería, al igual que otros estudios relacionados con el síndrome de *burnout* desarrollados en el país, específicamente en la provincia de Esmeraldas (Rodríguez & Vernaza, 2012).

En lo concerniente a las variables laborales, el 59.3% del personal médico y el 66,7% de enfermeros/as percibe una remuneración económica de 1001 a 2000 dólares, que corresponde a los rubros establecidos en la tabla de sueldos sectoriales establecidas por el Ministerio de Trabajo en torno a esta profesión.

Con relación a la experiencia laboral, la media del personal médico corresponde a 19.2 años, mientras que en el caso de los profesionales de enfermería es de 11 años, datos que resultan diferentes a otras investigaciones desarrolladas al respecto, donde el tiempo mayor de experiencia corresponde a dos años (Acurio & Córdoba, 2013). En cuanto al sector en donde laboran la mayoría del médicos/as y personal de enfermería es el público con el 77,8% y 100% respectivamente, debido a que la muestra seleccionada corresponde a tres instituciones públicas. En el caso del tipo de contrato predominante corresponde al de nombramiento con el 57,7% para el personal médico y el 54,5% para el grupo de enfermería, información que difiere con otras investigaciones realizadas en profesionales de la salud que laboran en la ciudad de Ambato, donde predomina la forma de trabajo bajo sistema de contrato (Aveiga, 2014).

Por otra parte y en lo que corresponde al número promedio de pacientes que son atendidos diariamente por los médicos/as, esta cifra se sitúa en 19,9 con una atención mínima de 12 y 30 como máxima, mientras que el personal de enfermería atiende a un promedio de pacientes de 30,3 con una atención mínima de 10 y máxima de 54 pacientes, información similar a la desarrollada en otros estudios donde predominan cifras similares en la atención a pacientes (Aveiga, 2014). Respecto al uso de recursos de la institución, el 51,9% del personal médico y el 63,6% del grupo de enfermería manifiestan que se les entrega totalmente estos insumos para la realización de su trabajo, aspecto que es importante, ya que como lo establecen diversos estudios, la falta de materiales o recursos puede dar origen a la aparición del síndrome de *burnout* (Manassero, y otros, 2005). En lo correspondiente al cumplimiento de distintos turnos, el 63% de los médicos/as indican que esto no se lleva a cabo en su caso, mientras que el 100% del personal de enfermería manifiesta que sí, estableciendo que el segundo grupo es quien debe adaptarse frecuentemente a esta forma de trabajo de acuerdo a disposiciones del Ministerio de Trabajo (Ley 2012-62; Acuerdo Ministerial 00001849) con el objetivo de satisfacer las necesidades de la población, sobre todo en áreas de atención crítica o que presentan una mayor demanda.

El segundo objetivo específico de la investigación fue determinar las dimensiones del burnout en los médicos/as y enfermeras de cuatro instituciones ubicadas en el sur de la provincia de Santa Elena, para lo cual se utilizó el Inventario del Síndrome de burnout (MBI), dando como resultado que en cuanto al agotamiento emocional, el 29,6% de los médicos/as y el 8,3% del personal de enfermería obtuvo un nivel alto, que implica que se sienten desmotivados hacia las actividades que deben desarrollar en su lugar de trabajo. En cuanto a la dimensión de despersonalización, el 7,4% del personal médico y el 8,3% del grupo de enfermería puntuaron un nivel alto, que contribuye a que su capacidad de concentración disminuya, dificultando la realización de sus actividades con efectividad; mientras que en relación a la realización personal, el 88,9% de médicos/as, así como el 75% de enfermeros/as obtuvo un porcentaje alto, cifras similares a estudios desarrollados en otras instituciones de salud del país (González & Luzuriaga, 2013), y que dan cuenta de que este grupo de profesionales siente que sus capacidades, autonomía e independencias les permite afrontar nuevos retos en su labor cotidiana.

El tercer objetivo de la investigación se enfocó en identificar el malestar emocional en los médicos/as y enfermeras de cuatro instituciones ubicadas en el sur de la provincia de Santa Elena, dando como resultado que el 22% del personal médico evidencia síntomas somáticos, mientras que en lo referente a la presencia de ansiedad, el 37% de los médicos/as presentan este síntoma, al igual que el 25% del personal de enfermería, datos que coinciden con estudios desarrollados al respecto en relación a la presencia de *burnout* en profesionales de la salud en la ciudad de Quito (Acurio & Córdoba, 2013), y que determinan que un porcentaje considerable de este grupo de trabajadores sienten que su salud y rendimiento laboral se ven afectados, debido al cansancio que experimentan a causa de las actividades que realizan de manera cotidiana.

El cuarto objetivo se centró en conocer los estilos de afrontamiento más utilizados por los médicos/as y enfermeras de cuatro instituciones ubicadas en el sur de la provincia de Santa Elena, para lo cual se aplicó el Cuestionario de afrontamiento (BRIEF – COPE) a través del cual se determinó que las estrategias que poseen una media más alta en el grupo de médicos (ambos sexos) corresponden a afrontamiento activo (3,4), aceptación (2,7) y planificación (2,6), que implica que este grupo de profesionales es consciente de las situaciones de estrés que se generan en su trabajo, y que demandan de una adecuada organización para combatirlas positivamente; mientras que en el grupo de enfermeros/as se remiten a aceptación (1,8) y autodistracción (1,7), información similar a la presentada por otros estudios

desarrollados en el personal de Enfermería (Vargas, Herrera, Rodríguez y Sepúlveda, 2010), y que dan cuenta que a través del reconocimiento de las situaciones de estrés y la realización de actividades lúdicas, pueden mejorar su desempeño laboral, que demanda un alto grado de eficiencia.

En cuanto al quinto objetivo específico relacionado con identificar el apoyo social procedente de la red social: vínculos informales y vínculos del lugar de trabajo de los médicos/as y enfermeras se determinó que la media más alta en el grupo de médicos/as corresponde al amor y cariño con un 82,7, seguido de las relaciones sociales con 78,5 y el apoyo instrumental con 78,3, mientras que la media más baja corresponde al apoyo emocional con 76,8, contexto que determina que mediante estos mecanismos, este grupo de profesionales puede enfrentar de manera positiva las dificultades que se suscitan en su lugar de trabajo y que pueden afectar a su nivel de rendimiento profesional.

En el caso del personal de enfermería, la media más alta se relaciona con el amor y cariño con 92,8, seguido de las relaciones sociales con 87,1, el apoyo emocional con 86,7, mientras que la media más baja corresponde al apoyo instrumental con 79,1, aspectos que han sido abordados en otras investigaciones como estrategias fundamentales para contribuir al afrontamiento a casos de prevalencia del síndrome de *burnout* (Suárez, 2013), y que permiten dar cuenta de que el apoyo familiar y de personas cercanas al profesional es una de las herramientas que les permite enfrentar de manera positiva las dificultades que se generan en su entorno laboral.

El sexto objetivo específico fue identificar los rasgos de personalidad de los médicos/as y enfermeras de cuatro instituciones ubicadas en el sur de la provincia de Santa Elena, dando como resultado que el rasgo de personalidad que muestra un puntaje más alto en ambos grupos fue el de extroversión, ya que el personal de enfermería presenta una media de 4.5, mientras que en el personal médico fue de 4.3, aspecto que da cuenta que este grupo de profesionales se caracterizan por establecer diferentes clases de relaciones sociales y un mayor grado de comunicación, además que se adaptan con facilidad a diferentes ambientes y transmiten alegría. Además en segundo lugar, el grado de personalidad que predomina es el neuroticismo (2.0) y psicoticismo (1.2) en el grupo de médicos/as, mientras que en el de enfermería fue psicoticismo con 1.3, y neuroticismo con 1.0, resultados similares con investigaciones desarrolladas con médicos tratantes y residentes de hospitales públicos en la ciudad de Quito (González & Luzuriaga, 2013).

Finalmente, en cuanto al séptimo objetivo, que establece la correlación existente entre las dimensiones del burnout (agotamiento emocional, despersonalización, realización personal) y el psicoticismo en los médicos/as y enfermeras de las instituciones investigadas se debe señalar que existe una relación significativa entre las tres dimensionadas de este síndrome y el psicoticismo, ya que mientras más es frecuente la presencia de síntomas de cansancio en este grupo de profesionales, así como su desinterés y falta de personalización en las actividades que realizan cotidianamente, y su despreocupación por encontrar un equilibrio entre su vida personal y laboral, existe un mayor índice de probabilidades de que aparezcan conductas psicóticas que afecten a su rendimiento, influyendo en su estabilidad dentro de su lugar de trabajo, ya que en el peor de los casos, incluso pueden producirse casos de deserción laboral.

CONCLUSIONES

- El número de casos de profesionales del contexto de salud que presentan el síndrome de burnout corresponde a uno, no obstante los puntajes obtenidos por los médicos/as, enfermeros/as en las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización, realización personal es alto, razón por la cual a futuro podrían generarse nuevos casos de este síndrome.
- En lo que respecta a las características sociodemográficas y laborales de los médicos/as y enfermeras de las instituciones evaluadas, su edad se establece en un rango de 39 a 46 años, además que el número promedio de hijos que este grupo de profesionales tiene corresponde a uno y dos respectivamente. Igualmente predomina la tendencia de la etnia mestiza, así como el estado civil casado, tanto en los médicos/as como en el personal de enfermería.
- En relación a las dimensiones del burnout en los médicos/as y enfermeras, el puntaje obtenido fue alto en agotamiento emocional, despersonalización, y realización personal, sin embargo este grupo de profesionales de la salud obtuvo un bajo puntaje en la escala de psicoticismo, que determina que en las instituciones analizadas es infrecuente la aparición de conductas impulsivas, agresivas o de baja empatía por parte del grupo profesional de sanidad que labora en las mismas.
- El malestar emocional que se encuentra presente en los médicos/as y enfermeras se evidencia en la presencia de síntomas somáticos, así como en distintos niveles de ansiedad, debido en parte al tipo de actividades que efectúan, en especial, a la cantidad de pacientes que deben atender en sus jornadas de trabajo, debido a la alta demanda de atención médica que existe en esta región del país.
- Los estilos de afrontamiento más utilizados por los médicos/as y enfermeras de la población investigada corresponden al afrontamiento activo, aceptación, planificación y autodistracción, mediante los cuales buscan contrarrestar la presión que enfrentan en sus lugares de trabajo, y de esta manera sentirse mejor para brindar un servicio de calidad a los pacientes que requieren de su atención.

- En cuanto a los tipos de apoyo social con los que cuentan los médicos/as y enfermeras, estos se centran en el amor y cariño, las relaciones sociales y el apoyo instrumental que se brinda institucionalmente, sobre todo en el personal médico, ya que en el caso del personal de enfermería esta forma de apoyo es baja, razón por la cual existe un mayor apoyo emocional.
- Respecto a los rasgos de personalidad cabe señalar que predomina el extrovertido, seguido de neuroticismo y psicoticismo, resultados que se evidencian debido al tipo de trabajo que desarrollan y que demandan de mucho esfuerzo físico y psicológico, sobre todo en relación a la atención que se brinda a los pacientes que acuden de manera permanente a estas entidades de salud.
- Los resultados obtenidos establecen además que existe una correlación entre las dimensiones del burnout (agotamiento emocional, despersonalización, realización personal) y el psicoticismo en los médicos/as y enfermeras de las instituciones investigadas, ya que al presentarse síntomas de cansancio, desinterés en las actividades que desarrollan en su trabajo, y su despreocupación por equilibrar su vida laboral y personal, es probable la aparición de conductas psicóticas que pueden influir negativamente sobre su rendimiento profesional, generando casos de burnout que incluso pueden dar lugar a casos de deserción laboral.

RECOMENDACIONES

- Debido a que el personal médico y de enfermería obtuvo puntajes altos en las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, es importante que se apliquen distintas formas de apoyo social desde lo institucional, con el objetivo de prevenir casos de burnout a futuro, que podrían afectar el rendimiento de este grupo de profesionales, y en muchos casos dar lugar al abandono de sus labores de manera inesperada.
- Tomando en cuenta las características sociodemográficas y laborales de los médicos/as y enfermeras de las instituciones analizadas, es importante que cada cierto tiempo se establezcan visitas al psicólogo con el objetivo de establecer si algunos aspectos propios de cada persona como sus relaciones de pareja, cuidado de los hijos e hijas, entre otros, podrían estar generando alguna clase de problema que podría incidir de manera directa en la aparición de estrés o cansancio emocional, síntomas ante los cuales se pueden aplicar distintas estrategias de apoyo para contribuir a la estabilidad del profesional.
- Debido a que el puntaje obtenido en las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal fue alto en el grupo de médicos/as y enfermeros/as de las instituciones analizadas, es importante establecer actividades de apoyo social desde lo institucional, a fin de conocer las causales de dichos síntomas e intervenir de manera efectiva sobre los síntomas, y de esta manera reducir las probabilidades de que se generen a futuro, casos de *burnout* en este grupo de profesionales.
- Es recomendable que para superar el malestar emocional que se encuentra presente en los médicos/as y enfermeras de las instituciones analizadas en el sur de la provincia de Santa Elena y que se evidencia en la presencia de síntomas somáticos y distintos niveles de ansiedad, se trabaje con el psicólogo en un taller respecto a los mecanismos a través de los cuales se pueden confrontar estos síntomas de manera positiva, incluyendo al apoyo emocional que se debe brindar entre compañeros/as dentro de cada institución.
- Es importante que se efectúe de manera permanente talleres respecto a técnicas de afrontamiento, a través de las cuales los médicos/as y enfermeras puedan

contrarrestar la presión que enfrentan en sus entornos laborales y apoyarse en sus compañeros de trabajo, para de esta forma mejorar su estado de ánimo, su salud, y brindar un servicio de calidad a las personas que demandan de su atención.

- A más de las formas de apoyo social con las que cuentan los médicos/as y enfermeras de las instituciones analizadas, es necesario que se fortalezca el apoyo institucional a través de los departamentos de psicología, para que el profesional del campo de salud cuente con especialistas que lo puedan guiar en la resolución de aquellos conflictos que se producen dentro del entorno laboral, para así contribuir a su estabilidad y el mejoramiento continuo de su desempeño profesional.
- Es recomendable desarrollar actividades recreativas para el personal médico y de enfermería, a través de las cuales el psicólogo institucional pueda explicar de manera dinámica la importancia del respeto a la diversidad de personalidades que existen entre los seres humanos, y el control adecuado de las emociones en situaciones de alto estrés como las desarrolladas en el contexto de la salud.
- Finalmente, y debido a que existe una correlación entre las dimensiones del burnout (agotamiento emocional, despersonalización, realización personal) y el psicoticismo en los médicos/as y enfermeras de las instituciones investigadas, es importante desarrollar charlas donde el psicólogo institucional pueda informar a este grupo de profesionales acerca de las actividades que se pueden desarrollar a fin de afrontar adecuadamente los estados emocionales que se producen en sus actividades cotidianas, de tal manera que esto contribuya a reducir la aparición de casos de burnout en estas entidades de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Acurio, H., y Córdoba, M. (2013). *Valoración del síndrome de burnout en la salud de las enfermeras de cuidados intensivos del Hospital Eugenio Espejo 2014*. Quito, Ecuador: Universidad Central del Ecuador.
- Agudelo, C., Castaño, J., Arango, C., Durango, L., Muñoz, V., Ospina, A., . . . Taborda, J. (2011). Prevalencia y factores psicosociales asociados al Síndrome de Burnout en médicos que laboran en instituciones de las ciudades de Manizales y la Virginia (Colombia). *Archivos de Medicina*, 11(2), 91 - 100.
- Alonso, E. (2014). *El síndrome de Burnout en Trabajo Social*. Recuperado el 09 de noviembre de 2016, de Universidad de Valladolid: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/7150/1/TFG-G%20679.pdf>
- Aveiga, M. (2014). *Influencia de los factores sociodemográficos y laborales en la prevalencia del síndrome de burnout en el personal de salud que labora en el hospital provincial docente Ambato durante el período enero abril 2014*. Ambato, Ecuador: Universidad Técnica de Ambato.
- Barbosa, L., Muñoz, M., Suárez, K., y Rueda, P. (2009). Síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 2 (1), 21 - 30.
- Bianchini, M. (1997). *El Síndrome del Burnout en personal profesional de la salud*. Recuperado el 06 de noviembre de 2016, de The Scientific Electronic Library Online: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00151997000200017
- Buunk, R., y Schaufeli, W. (1993). *Burnout: A perspective from social comparison theory*. Londres, Inglaterra: Routledge Library Editions.
- Cherniss, C. (1993). The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout. En W. Schaufeli, C. Maslach, and T. Marek, *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (págs. 135 - 149). Londres, Inglaterra: Taylor and Francis.
- Cox, T., Kuk, G., and Leiter, M. (2007). Burnout, health, work stress and organizational healthiness. En W. Schaufeli, C. Maslach, and T. Marek, *Professional burnout: recent developments in theory an research* (págs. 177 - 193). Londres, Inglaterra: Taylor and Francis.

- De las Cuevas, C., González, J. D., Alviani, M., y Ruiz, A. (1997). Burnout y reactividad al estrés. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra* , 1 - 11. Obtenido de Burnout y reactividad al estrés: <http://luisderivera.com/wp-content/uploads/2012/02/1997-BURNOUT-Y-REACTIVIDAD-AL-ESTRES.pdf>
- Dierendonck, V., Schaufeli, W., and Sixma, H. (1994). Burnout among general practitioners: a perspective from equity theory. *Journal of Social and Clinical Psychology* (36), 86 - 100.
- Dzul, M. (2013). *Aplicación básica de los métodos científicos*. Recuperado el 12 de mayo de 2017, de Universidad Autónoma del Estado de México: https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Presentaciones/licenciatura_en_mercadotecnia/fundamentos_de_metodologia_investigacion/PRES38.pdf
- Feresín, C. (2009). *Nuevas consideraciones sobre burnout o síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)*. Recuperado el 10 de noviembre de 2016, de VI Jornadas Universitarias y III Congreso Latinoamericano de Psicología del Trabajo: http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/040_trabajo1/cdcongreso/CD/TRABAJOS%20LIBRES/SALUD%20MENTAL/1.pdf
- Fidalgo, M. (2011). *Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación*. Recuperado el 05 de noviembre de 2016, de Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_704.pdf
- Garcés, H. (2009). *Investigación científica*. Quito, Ecuador: Ediciones Abya Yala.
- García, C. (1999). Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg, adaptación cubana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15 (1), 88 - 97.
- Gil-Monte, P. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout)*. Madrid, España: Pirámide.
- Golembiewski, R., Munzenrider, R., and Carter, D. (1983). Progressive Phases of Burnout and Their Worksite Covariants. *Journal of Applied Behavioral Science*, 9, 464 - 481.

- González, M., y 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 Marin*. Quito, Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Harrison, W. (1993). A social competence model of burnout. En B. Farber, *Stress and burnout in the human services professions* (págs. 29 - 39). New York, Estados Unidos: Pergamon Press.
- Hombrados, M. (1997). *Estrés y Salud*. Valencia, España: Promolibro.
- Lara, V. (2013). *Rasgos, trastornos de personalidad y comorbilidad psiquiátrica de profesionales sanitarios con síndrome de burnout*. Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid.
- Lee, R., and Ashforth, B. (1993). A longitudinal study of bournout among supervisors and managers. Comparison between the Leiter and Maslach (1988) and Golenbiewski et al (1986) models. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes* (54), 369 - 398.
- Leiter, M., and Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal enviroment on burnout and organizational commitment. *Journal of Occupational Behavior*, 9, 297- 308.
- Londoño, N., y otros. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5 (1), 142 - 150.
- López, V. (2013). *Rasgos, trastornos de personalidad y comorbilidad psiquiátrica de profesionales sanitarios con síndrome de burnout*. Recuperado el 12 de mayo de 2017, de Universidad complutense de Madrid: <http://eprints.ucm.es/21683/1/T34525.pdf>
- Manassero, M., García, E., Torrens, G., Ramis, C., Vázquez, Á., y Ferrer, V. (2005). Burnout en la enseñanza: Aspectos atribucionales. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21(1), 89 - 105.
- Mansilla, F. (2014). *El síndrome de burnout o síndrome de quemarse por el trabajo*. Recuperado el 16 de noviembre de 2016, de Clínica Psicológica V. Mars: http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4_7.shtml
- Martínez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia* (112), 1 - 40.

- Martínez, C. (2010). *El estrés laboral como factor de riesgo de suicidio*. Recuperado el 06 de noviembre de 2016, de <http://pdfs.wke.es/6/4/8/1/pd0000056481.pdf>
- Maslach, C., and Jackson, S. (1981). The measurement of experience burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99 - 113.
- Mingote, J., Moreno, B., y Galvez, M. (2004). Desgaste profesional y la salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas preventivas. *Medicina Clínica*, 1 - 24.
- Miravalles, J. (2015). *Síndrome Burnout*. Recuperado el 06 de noviembre de 2016, de <http://www.javiermiravalles.es/sindrome%20burnout/Modelos%20explicativos.html>
- Montejo, E. (2014). *El síndrome del burnout en el profesorado de la ESO*. Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid.
- Olivares, V., Mena, L., Jélvez, C., y Macía, F. (2013). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI HSS) en profesionales chilenos. *Univ. Psychol*, 13 (1), 145 - 159.
- Pines, A. (1993). Burnout: An Existencial Perspective. En W. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek, *Professional burnout: recent developments in theory an research* (págs. 35 - 75). Londres, Inglaterra: Taylor and Francis.
- Pita, S., y Pértegas, S. (2002). *Investigación cuantitativa y cualitativa*. Recuperado el 12 de mayo de 2017, de http://www.fisterra.com/mbe/investiga/cuanti_cuali/cuanti_cuali2.pdf
- Price, D., abd Murphy, P. (1984). Staff burnout in the perspective of grief theory. *Death Education*, 8 (1), 47 - 58.
- Quiceno, J., y Alpi, S. (2007). Burnout, síndrome de quemarse en el trabajo. *Acta Colombiana de Psicología*, 10 (2), 117 - 125.
- Rodríguez, C., y otros. (2009). Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de dos Hospitales del Estado de México. *Fundamentos en Humanidades*, 10 (19), 179 - 193.
- Rodriguez, G., y Vernaza, C. (2012). *Prevalencia del síndrome de burnout relacionado con la pérdida de interés por actividad laboral en los profesionales de salud del "Hospital Divina Providencia" del cantón San Lorenzo (provincia Esmeraldas)*. Ibarra, Ecuador: Universidad Técnica del Norte.

- Román, J., Bertot, M., y Pacheco, C. (2012). *Moduladores individuales del estrés asistencial en profesionales de la salud*. Recuperado el 16 de noviembre de 2016, de Revista Cubana de Salud y Trabajo: http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol13_3_12/rst06312.htm
- Shirom, A. (1989). *Burnout in work organization*. Nueva York, Estados Unidos: John Wiley and Sons.
- Suárez, A. (2013). *Síndrome de burnout en el personal de enfermería del hospital de la Policía Nacional Guayas N. 2*. Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil.
- Thompson, M., Page, S., and Cooper, C. (1993). A test Caver and Scheier's self-control model stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress Medicine*, 9(4), 221- 225.
- Toker, S., Westman, M., Melamed, S., and Fried, I. (2016). *Tribute to Arie Shirom z"l*. Recuperado el 05 de noviembre de 2016, de American Psychological Association: <http://www.apa.org/pubs/journals/str/tribute-to-arie-shirom.aspx>
- Vargas, S., Herrera, G., Rodríguez, L., y Sepúlveda, G. (2010). Confiabilidad del cuestionario Brief COPE Inventory en versión en español para evaluar estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de seno. *Revista de Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 12(1), 7 - 24.
- Zazzetti, F., Carricaburu, M., Ceballos, J., y Miloc, E. (2011). Prevalencia de síndrome de burnout en médicos y enfermeros de unidades de terapia intensiva privadas en argentina. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 120 - 128.

ANEXOS



Anexo 1. Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

UNIVERSIDAD TECNICA 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 SI 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 está 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.

Anexo 2. Cuestionario de MBI

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 año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
0	1	2	3	4	5	6

	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 pacientes.							
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 emocionalmente.							
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 estrés.							
17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18. Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							
19. He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
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 problemas.							

Maslach, C. y Jackson, S.E. 1981; (1986). Seisdedos,(1997). Recuperado
<http://www.semergen.es/semergen/microsites/manuales/bern/deteccion.pdf>

Anexo 3. Cuestionario (GHQ-28)

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.

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

<p>A5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le iba a estallar?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más activo que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Menos tiempo que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Más tiempo que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>D2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>

<p>C3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?</p> <p><input type="checkbox"/>1. Mejor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Aproximadamente lo mismo.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Peor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho peor que lo habitual.</p>	<p>D3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?</p> <p><input type="checkbox"/>1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/>2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?</p> <p><input type="checkbox"/>1. Más satisfecho.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Aproximadamente lo mismo.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho menos satisfecho que lo habitual.</p>	<p>D4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?</p> <p><input type="checkbox"/>1. Claramente, no.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Me parece que no.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Se me ha pasado por la mente.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Claramente lo he pensado.</p>
<p>C5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?</p> <p><input type="checkbox"/>1. Más útil que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Menos útil que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?</p> <p><input type="checkbox"/>1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/>2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?</p> <p><input type="checkbox"/>1. Más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?</p> <p><input type="checkbox"/>1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/>2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?</p> <p><input type="checkbox"/>1. Más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?</p> <p><input type="checkbox"/>1. Claramente, no.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Me parece que no.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Se me ha pasado por la mente.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Claramente lo he pensado.</p>

Modificado de la versión original de Goldberg (1970). Versión Lobo y Cols (1981). Recuperado de [http://www.centrodesaluddebollulos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Test%20e%20indices/Cuestionarios%20valoracion%20\(salud%20mental\)%20Test%20e%20indices.pdf](http://www.centrodesaluddebollulos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Test%20e%20indices/Cuestionarios%20valoracion%20(salud%20mental)%20Test%20e%20indices.pdf)

Anexo 4. Cuestionario BRIEF-COPE

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 desagradables.	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/BUCEM/tesis/psi/ucm-t28693.pdf>

Anexo 5. Cuestionario de AS

UNIVERSIDAD TECNICA 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.iccm.es/sanidad/salud/promosalud/pdf/violencia.pdf>

Anexo 6. Cuestionario EPQR-A

UNIVERSIDAD TECNICA 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 harto/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 2º 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).

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