



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Síndrome de burnout en profesionales de la salud y su relación con rasgos de personalidad en una institución pública de la provincia de Loja durante el año 2017

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTOR: Jirón Jiménez, Jonathan Francisco

DIRECTORA: Ramírez Zhindón, Marina del Rocío, Ph.D.

LOJA-ECUADOR

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 DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Doctora.

Marina del Rocío Ramírez Zhindón

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: Síndrome de burnout en profesionales de la salud y su relación con rasgos de personalidad en una institución pública de la provincia de Loja durante el año 2017, realizado por Jirón Jiménez Jonathan Francisco, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, septiembre de 2017

f).....

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Jirón Jiménez Jonathan Francisco declaro ser autor del presente trabajo de titulación: Síndrome de burnout en profesionales de la salud y su relación con rasgos de personalidad en una institución pública de la provincia de Loja durante el año 2017, de la Titulación de Psicología, siendo Marina del Rocío Ramírez Zhindón directora 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: Jirón Jiménez Jonathan Francisco
Cédula: 110564915-4

DEDICATORIA

A mis padres Francisco e Hilda por su lucha incansable y apoyo incondicional en todo momento, por sus consejos para hacer de mí una persona de bien, con valores, principios y sobre todo luchadora, buscando siempre plasmar su deseo de que me supere día a día.

AGRADECIMIENTO

A Dios por ser mi principal fortaleza para luchar cada día por cumplir mis metas y objetivos y sobre todo por ayudarme a salir adelante en los momentos más difíciles.

A mis padres por ser el pilar fundamental en la consecución de este importante logro.

A mi directora de tesis Rocío Ramírez, por la paciencia, tiempo y dedicación empleados para conmigo, con la finalidad de hacer de ésta, una investigación de calidad.

A la Universidad Técnica Particular de Loja, en especial a los docentes de la Titulación de Psicología, que de forma desinteresada, a lo largo de mi formación profesional, me orientaron e inculcaron sus conocimientos.

A todas las personas que de una u otra forma aportaron e hicieron posible que éste trabajo se llevara a efecto.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA	i
APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	x
RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO 1 CONCEPTUALIZACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT.....	6
1.1. Definiciones.....	7
1.2. Desarrollo del síndrome de burnout.....	9
1.3. Causas y consecuencias del síndrome de burnout.....	11
1.3.1. Causas.....	12
1.3.2. Consecuencias.....	12
1.3.2.1. Consecuencias en la salud en profesionales de la salud.....	12
1.3.2.2. Consecuencias en el trabajo en profesionales de la salud.....	13
CAPÍTULO 2 MODELOS EXPLICATIVOS DEL SÍNDROME DE BURNOUT.....	14
2.1. Modelos basados desde la teoría sociocognitiva.....	15
2.1.1. Modelo explicativo del burnout. Competencia social de Harrison.....	15
2.1.2. Modelo de autoeficacia de Cherniss.....	15
2.1.3. Modelo de Pines.....	15
2.1.4. Modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper.....	16
2.2. Modelos elaborados desde la teoría del intercambio social.....	16
2.2.1. Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli.....	16
2.2.2. Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freedy.....	16
2.3. Modelos desarrollados desde la teoría organizacional.....	17

2.3.1. Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter.....	17
2.3.2. Modelo de Winnubst.....	17
2.3.3. Modelos de Cox, Kuk y Leiter.....	17
2.4. Modelo de la teoría estructural.....	17
2.4.1. Modelo de Gil-Monte y Peiró.....	17
2.5. Modelo tridimensional de MBI-HSS de Maslach y Jackson.....	18
CAPÍTULO 3 PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT.....	19
3.1. Prevalencia en profesionales de la salud a nivel mundial.....	20
3.2 Prevalencia en profesionales de la salud a nivel de latinoamérica.....	21
3.3 Prevalencia en profesionales de la salud a nivel nacional.....	23
3.4 Prevalencia del síndrome de burnout y su relación con rasgos de personalidad.....	24
CAPÍTULO 4 VARIABLES ASOCIADAS AL SÍNDROME DE BURNOUT.....	26
4.1. Variables asociadas a la personalidad.....	27
4.2. Teorías de la personalidad.....	27
4.2.1. Teorías cognitivas de la personalidad.....	27
4.2.1.1. Teoría de Bandura.....	27
4.2.1.1. Teoría de Mischel y Shoda.....	28
4.2.2. Teorías biológicas de la personalidad.....	28
4.2.2.1. Teoría de Gray.....	28
4.2.2.2. Teoría de Brebner.....	28
4.2.3. Teorías factoriales de la personalidad.....	29
4.2.3.1. Teoría de Guilford.....	29
4.2.3.2. Teoría de Cattell.....	29
4.2.3.3. Teoría de Eysenck.....	29
4.2.3.3.1. Dimensión extraversión.....	30
4.2.3.3.2. Dimensión neuroticismo.....	30
4.2.3.3.1. Dimensión psicoticismo.....	31
CAPÍTULO 5 METODOLÓGIA.....	32

5.1. Diseño de investigación.....	33
5.2. Objetivos.....	33
5.2.1. Objetivo general.....	33
5.2.2. Objetivos específicos.....	33
5.3. Preguntas que se quiere responder con la investigación.....	34
5.4. Contexto.....	34
5.4.1. Muestra.....	34
5.4.1.1. Criterios de inclusión.....	34
5.4.1.2. Criterios de exclusión	35
5.5. Procedimiento.....	35
5.6. Instrumentos de investigación.....	36
5.6.1. Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales.....	36
5.6.2. Inventario de burnout de Maslach y Jackson (MBI).....	36
5.6.3. Cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-28).....	37
5.6.4. Escala Multidimensional de evaluación de los estilos de afrontamiento (BRIEF-COPE	37
5.6.5. Cuestionario de apoyo social de MOS.....	38
5.6.6. Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck (EPQR-A).....	38
5.7. Análisis de datos.....	39
5.8. Recursos.....	39
CAPÍTULO 6 RESULTADOS.....	40
6.1. Resultados del cuestionario de variables sociodemográficas y laborales	41
6.2. Resultados del inventario de burnout de Maslach y Jackson (MBI-HSS).....	44
6.3. Resultados del cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-28).....	45
6.4. Resultados de la escala multidimensional de evaluación de los estilos de afrontamiento (BRIEF-COPE).....	46
6.5. Resultados del cuestionario de apoyo social de MOS.....	47
6.6. Resultados del cuestionario de personalidad de Eysenck revisado-abreviado (Eysenck personality questionnaire revised-abbreviated [EPQR-A]).....	47
6.7. Resultados de la correlación entre el síndrome de burnout y rasgos de personalidad.....	48
CAPÍTULO 7 DISCUSIÓN.....	49
CONCLUSIONES.....	56
RECOMENDACIONES.....	58

BIBLIOGRAFÍA.....59

ÍNDICE DE TABLAS

CAPÍTULO 6

RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud.....	41
Tabla 2. Características laborales de los profesionales de la salud.....	42
Tabla 3. Resultados de las dimensiones del burnout en los profesionales de la salud.....	44
Tabla 4. Resultados de los casos de burnout en los profesionales de la salud.....	44
Tabla 5. Malestar emocional de los profesionales de la salud.....	45
Tabla 6. Estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud.....	46
Tabla 7. Percepción del apoyo social de los profesionales de la salud.....	47
Tabla 8. Rasgos de personalidad de los profesionales de la salud.....	47
Tabla 9. Correlaciones entre dimensiones de burnout y el rasgo de personalidad.....	48

RESUMEN

La presente investigación se realizó con el fin de determinar la prevalencia del burnout en profesionales de la salud de una institución pública de la provincia de Loja. Se utilizó una metodología de tipo cuantitativa, no experimental, transversal, exploratoria, descriptiva y correlacional, tenía como finalidad identificar la relación entre el síndrome de burnout y de sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal) con los rasgos de personalidad en una muestra de accesibilidad, no probabilística y accidental de 50 participantes.

Los resultados obtenidos indican una prevalencia del síndrome de burnout en médicos/as del 4%. Los médicos/as presentaron un 40% en agotamiento emocional, 20% en despersonalización y 60% en baja realización personal, mientras que el personal de enfermería no presentó agotamiento emocional, despersonalización 8% y baja realización personal 52%. Como conclusiones generales se pudo identificar una correlación muy significativa entre neuroticismo y agotamiento emocional, neuroticismo y despersonalización, así como también una correlación significativa entre extroversión y despersonalización.

Palabras claves: burnout, prevalencia, profesionales de la salud, agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal.

ABSTRACT

The present investigation was carried out in order to determine the prevalence of burnout in health professionals of a public institution in the province of Loja. A quantitative, non-experimental, cross-sectional, exploratory and descriptive methodology was used to identify the relationship between burnout syndrome and its three dimensions (emotional exhaustion, depersonalization and low self-realization) with personality traits in a accessibility, non-probabilistic and accidental sample of 50 participants.

The results indicate a prevalence of burnout syndrome in physicians at 4%. The physicians presented 40% in emotional exhaustion, 20% in depersonalization and 60% in low personal fulfillment, while the nursing staff in emotional exhaustion obtained 0%, depersonalization 8% and low personal accomplishment 52%. There is a very significant correlation between neuroticism and emotional exhaustion, neuroticism and depersonalization, as well as a significant correlation between extroversion and depersonalization.

Keywords: burnout, prevalence, emotional exhaustion, healthcare professionals, depersonalization, low self-realization.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de burnout es descrito como un síndrome clínico por Freudenberg (1974) psiquiatra, el cual trabajaba con toxicómanos en una clínica de Nueva York, éste observó luego de trabajar por el lapso de un año, los voluntarios sufrían una pérdida progresiva de energía, llegando a experimentar síntomas como ansiedad, depresión, agotamiento, desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes. Posteriormente, Maslach y Jackson (1981, 1985, 1986), estudiando las respuestas emocionales de los profesionales de ayuda, calificó a los afectados de sobrecarga describiéndolo como un síndrome de agotamiento emocional evidente en la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo, despersonalización caracterizado por las actitudes de frialdad y distanciamiento, y baja realización personal presente en sentimientos de autoeficacia y realización en el trabajo, principalmente en aquellas profesiones de servicios que implican una atención intensa, prolongada y de forma directa con otras personas. Según Martínez (2010) “el síndrome de burnout es conocido, diagnosticado y prevenido en ámbitos de trabajo cada vez más generales e inespecíficos, llegando a encubrir situaciones como el estrés laboral o la fatiga crónica” (p.1).

Esta investigación se realizó en profesionales de la salud, en virtud de que es una de las poblaciones más afectadas por éste síndrome, ya que, en el ejercicio de su profesión constantemente mantienen un contacto directo con otras personas, lo que les proporciona un grado muy elevado de vulnerabilidad por lo complejo de las situaciones que día a día deben afrontar para el correcto desempeño de sus funciones (Ruiz y Ríos, 2004). Por tal razón, el síndrome de burnout alcanzado límites demasiado grandes, entre ellos destaca la afectación directa a la calidad de servicio y el tratamiento que se proporciona a los pacientes, e incluso puede llegar a afectar hasta los pacientes que son atendidos por dichos profesionales. (Marine, Ruotsalainen, Serra y Verbeek, 2006).

A raíz de esto, los estudios han aumentado notoriamente, y más aún si está relacionado con el impacto que tiene el síndrome de burnout en el personal de la salud, en un estudio realizado en Brasil, a médicos de cuidados intensivos, se obtuvo los siguientes resultados, agotamiento emocional 50,6%, despersonalización 26,1%, y baja de realización personal 15,0% (Staffa et al., 2016). En Ecuador Ramírez (2015), obtuvo los siguientes resultados, luego de analizar 2404 profesionales de la salud, 17.6% presenta agotamiento emocional, el 13.6% despersonalización y 18.2% baja realización personal en el trabajo, dejando denotar una prevalencia de 36.4%.

Además se incorpora de manera especial a la investigación un tema muy importante, la personalidad, la misma que es descrita por Cloninger (2003) como “las causas internas que subyacen al comportamiento individual y a la experiencia de la persona” (p.3). La personalidad es una suposición científica que se justifica por el tipo de actos que realizan cotidianamente las distintas personas, por ende para conceptualizar el término personalidad se debe observar sistemáticamente el comportamiento de la gente (Marañón, 2005).

Por esta razón se ha generado la necesidad de estudiar la relación que existe entre el burnout y rasgos de personalidad, ya que según Hernández y Olmedo (2004) en un estudio realizado con la finalidad de determinar si hay o no similitud entre estos dos factores llegaron a la conclusión de que existe una relación directa entre el neuroticismo, el locus de control externo y el patrón A con respecto a determinadas características del síndrome de burnout, no sucede lo mismo con la dimensión de extroversión ni con la variable rigidez, ninguna de ellas presenta característica alguna con respecto al síndrome. Por otro lado Ortega, Ortiz y Coronel (2007) al estudiar el burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente, encontraron correlación negativa estadísticamente significativa entre la variable de personalidad resistente y burnout.

Por tal razón, la finalidad de esta investigación fue identificar la relación que guarda el síndrome de burnout y de sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal) con los rasgos de personalidad, además también se busca determinar las características sociodemográficas, laborales, malestar emocional, apoyo social y afrontamiento en médicos y enfermeras/os de una institución pública de la provincia de Loja durante el año 2017 a través de la aplicación de diferentes instrumentos.

Este estudio consta de siete apartados: marco teórico, metodología, resultados, discusión, conclusiones, recomendaciones y referencias. En la sección de marco teórico en el primer capítulo se describe la conceptualización del síndrome de burnout, en el segundo capítulo se exponen los modelos explicativos del síndrome de burnout, en el tercer capítulo se detalla la prevalencia del síndrome de burnout y en el cuarto capítulo se enfatiza en las variables asociadas al síndrome de burnout, específicamente los rasgos de personalidad.

La metodología que se utilizó fue de tipo cuantitativa, no experimental, transversal, exploratoria y descriptiva, con objetivos planteados como: Identificar la relación entre el síndrome de burnout y los rasgos de personalidad en profesionales de la salud en una

institución pública de la provincia de Loja durante el año 2017; determinar quienes son más vulnerables, los médicos o las enfermeras, en desarrollar el síndrome de burnout; determinar la presencia o no de burnout en médicos y enfermeras y de sus tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal; determinar si hay rasgos de personalidad que guardan relación con el síndrome de burnout. Para la consecución de estos objetivos se procedió a evaluar a una muestra de accesibilidad, no probabilística y accidental de 50 participantes, médicos/as y enfermeros/as de una institución pública de la provincia de Loja, quienes accedieron a participar de la investigación, luego de obtener los permisos pertinentes en el Distrito 11D01 Salud Loja. Para obtener la información se procedió a evaluar individualmente a cada profesional de la salud, mediante la aplicación de los siguientes instrumentos: Cuestionario de Variables Sociodemográficas y Laborales, que nos permitió conocer el género, edad, número de hijos, etnia, estado civil, ingresos mensuales, experiencia profesional, sector en el que trabaja, tipo de contrato, número de pacientes, recursos institucionales y turnos que realizan los profesionales de la salud evaluados; Inventario de Burnout de Maslach y Jackson (MBI-HSS), que permitió detectar y medir la existencia de burnout y de sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal) en los médicos/as y enfermeros/as; Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28), que nos ayudó a determinar el estado de salud mental de los profesionales; Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), que evaluó los distintos tipos de respuestas de los profesionales de la salud ante situaciones dificultosas o el estrés; Cuestionario de Apoyo Social de MOS, que nos ayudó a indagar la extensión de la red social de los profesionales evaluados y el nivel de apoyo que perciben por parte de las personas que los rodean y Cuestionario de Personalidad de Eysenck Revisado-Abreviado (Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated [EPQR-A]) que nos permitió evaluar los rasgos de personalidad en médicos/as y enfermeros/as, específicamente el neuroticismo, extraversión y psicoticismo. Luego de obtenidos estos resultados se procedió a correlacionar las dimensiones del burnout (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal) con los rasgos de personalidad (neuroticismo, extraversión y psicoticismo).

En el apartado de discusión se contrasta el presente trabajo con los resultados de otras investigaciones que se relacionen con el tema de estudio.

CAPÍTULO 1
CONCEPTUALIZACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT

El síndrome de burnout en la actualidad constituye uno de los problemas más destacados, ya que el acelerado ritmo de vida, el trabajo prolongado y las exigencias laborales han aumentado su índice de aparición y desarrollo en los profesionales, despertando con ello el interés de muchos investigadores por estudiarlo más a fondo. Existen varios teóricos que han tratado de darle una explicación al síndrome de burnout pero la mayoría de ellos no esclarecen su verdadero significado.

Lo que sí está claro es el hecho de que el burnout se caracteriza principalmente por un desgaste tanto físico como emocional (Moreno-Jiménez, González y Garrosa, 2001), para ello primeramente es necesario conocer el término desgaste profesional, el mismo que es descrito por Niven (2009) como “el proceso por el cual las actitudes y la conducta profesionales se modifican en forma negativa en respuesta a alguna variante de estrés laboral” (pp.292-293).

1.1. Definiciones.

Uno de los primeros investigadores en estudiar éste síndrome fue el psiquiatra Freudenberger (1974), el cual trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York y quien observó, luego de trabajar por el lapso de un año, que los voluntarios sufrían una pérdida progresiva de energía, llegando a experimentar síntomas como ansiedad, depresión, agotamiento, desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes., llegando a describirlo como un síndrome clínico.

Sin embargo, fue Cristina Maslach únicamente quien acuñó el término burnout y lo expuso en 1976 ante la Asociación Americana de Psicólogos (APA) en su Congreso Anual. Muchos son los autores que han tratado de darle un significado, pero existe una teoría que destaca sobre las demás y que ha servido de referencia para muchas investigaciones, ésta teoría es la descrita por Maslach y Jackson (1981, 1985, 1986), quienes estudiando las respuestas emocionales de los profesionales de ayuda, lo calificaron como una respuesta inadecuada al estrés laboral crónico, describiéndolo como un síndrome tridimensional, caracterizado por agotamiento emocional, el cual es evidente frente a las demandas de trabajo con características de estar emocionalmente exhausto, despersonalización, en el cual se presentan actitudes de distanciamiento y frialdad, y baja realización personal, contemplado en sentimientos de autoeficacia y realización en el trabajo, ésta anomalía se presenta principalmente en aquellas profesiones de servicios que implican una atención intensa, prolongada y de forma directa con otras personas.

A continuación se cita algunas de las definiciones descritas por varios autores que buscan darle un significado o explicación a éste síndrome:

- Pines, Aronson y Kafry (1981), describen al burnout como la respuesta a las condiciones laborales desfavorables, lo que genera en la persona un estado de agotamiento mental, físico y emocional en respuesta a estar expuesto a situaciones emocionalmente demandantes por un tiempo prolongado.
- Según Farber (1983, 1984), el estrés es entendido como un proceso que tiene efectos positivos y negativos para la vida de la persona, mientras que el burnout sólo tiene efectos negativos, por ende éste síndrome surge por la percepción del sujeto de una discrepancia entre los esfuerzos y los resultados, caracteriza principalmente por agotamiento emocional, falta de energía, distanciamiento, cinismo, sentimiento de incompetencia, deterioro del autoconcepto profesional, actitudes de rechazo hacia el trabajo y diversos síntomas psicológicos como irritabilidad, tristeza y baja autoestima.
- Price y Murphy (1984), caracterizan al burnout por sentimientos de desorientación, desgaste y labilidad emocional debido a un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral, además presenta sentimientos de culpa debido a factores como el fracaso profesional, soledad y tristeza.
- Álvarez y Fernández (1991) por su lado describen al término burnout como una disfunción psicológica que sucede sobre todo a los profesionales cuyo trabajo implica la relación directa con las personas. Los resultados se manifiestan con altos niveles de cansancio, preocupación y actitudes inadecuadas ante situaciones de afrontamiento que sean conflictivas.
- Gill Monte y Peiró (1997) lo define como el síndrome de quemarse por el trabajo, y lo describe como una respuesta a la estresante situación laboral crónica, a la que se enfrentan las profesiones que prestan servicios y que de una u otra manera, mantienen un contacto directo con otras personas a las que se destina su trabajo, velando principalmente por el cuidado de sus intereses y satisfacción de sus necesidades.
- Mingote (1998), describe al burnout como un síndrome clínico-laboral que se genera como respuesta a la inadecuada adaptación de una persona al trabajo y se manifiesta por un menor rendimiento laboral, baja realización personal, insuficiencia e ineficacia laboral, desmotivación y retirada organizacional.
- Ferrer (2002) define al burnout como un estrés crónico progresivo que se caracteriza por la disminución de la eficacia y eficiencia, sensaciones de cansancio físico y emocional,

empobrecimiento de las relaciones personales, desconexión de las tareas y absentismo físico, asociado a una pérdida progresiva de la motivación.

- Gil-Monte (2007) señala que el síndrome de burnout se genera en respuesta al estrés laboral crónico, evidente principalmente en emociones y actitudes negativas que se conciben al relacionarse directamente con otras personas y que ocasionan una experiencia negativa hacia el trabajo.
- Arauco (2008) menciona al síndrome de burnout como el término patológico que desarrolla el sujeto, el cual implica un deterioro psicológico importante en el cargo que ocupe, además indica que el efecto del estrés es una sensación intrínseca, la cual parece depender de la capacidad de afrontamiento que tenga cada individuo en su vida cotidiana.
- Según Martínez (2010) “el síndrome de burnout es conocido, diagnosticado y prevenido en ámbitos de trabajo cada vez más generales e inespecíficos, llegando a encubrir situaciones como el estrés laboral o la fatiga crónica” (p.1).

1.2. Desarrollo del síndrome de burnout.

Entre los factores que pueden influir en la aparición o desarrollo del síndrome de burnout destacan principalmente los factores de riesgos psicosociales, los mismos que se caracterizan por estar presentes en situaciones laborales y que afectan el bienestar o la salud tanto física, psíquica y emocional de los trabajadores y que influyen directamente en el correcto desarrollo de sus actividades. Los principales factores de riesgos psicosociales que afectan a los trabajadores son: carga mental de trabajo, descrita como el esfuerzo intelectual que debe realizar el trabajador para hacer frente al conjunto de demandas que recibe; autonomía temporal, que se refiere a la discreción concedida al trabajador sobre la gestión de su tiempo de trabajo y descanso; contenido del trabajo, que hace referencia al conjunto de tareas que desempeña; supervisión-participación, detallada por el grado de autonomía y de distribución del poder de decisión; definición de rol, en donde se considera los problemas que pueden generarse del rol laboral; interés por el trabajador, referida al grado en que la empresa se preocupa personalmente por el trabajador; relaciones personales, evidente en la comunicación con otros trabajadores y por último los turnos rotativos, que al alterar el bio-ritmo del sueño y vigilia genera alteraciones en la salud (Álvarez, 2006).

Por su lado Edelwich y Brodsky (1980) refieren que el burnout se desarrolla en cuatro fases, la primera fase se caracteriza por entusiasmo y una energía desbordante, en la segunda

fase la persona experimenta una pérdida del entusiasmo al constatar que su trabajo no era el esperado, en la tercera fase se produce la frustración y desmotivación sobre el trabajo ocasionando problemas emocionales, físicos y conductuales, y la cuarta fase, se caracteriza por la apatía hacia la profesión y la actividad laboral.

Para Cherniss (1982) el burnout se da como resultado a una mala adaptación psicológica entre el individuo que está estresado y un trabajo que considera estresante, lo cual genera principalmente la falta de compromiso, es por ello que lo clasifica en tres fases: la primera fase es el estrés, la cual se caracteriza por el desequilibrio que existe entre las demandas del puesto de trabajo y los recursos que éste necesita para afrontarlos; la segunda fase es el agotamiento, misma que se origina a través de la respuesta emocional inmediata que el individuo experimenta hacia el desequilibrio manifestado, lo cual provoca que el individuo tenga sentimientos de preocupación, agotamiento, ansiedad y fatiga; y la tercera fase es el afrontamiento, la cual manifiesta cambios en la actitud y conducta del profesional, caracterizándose con un trato frío hacia sus clientes.

Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983) y Golembiewski y Munzenrider (1988) señalan que el burnout no es algo que solamente afecte a los profesionales de ayuda sino que afecta de forma generalizada a todos los profesionales. Éstos autores dividen éste síndrome en las siguientes dimensiones: despersonalización, catalogado como el síntoma inicial, el mismo que es utilizado para afrontar el estrés como un mecanismo disfuncional, seguidamente se presenta la baja realización personal en el puesto de trabajo y por último y a largo plazo el cansancio emocional.

Leiter y Maslach (1988) indican que el burnout se manifiesta por el desequilibrio de las demandas laborales y la falta de recursos personales manifestándose de la siguiente manera: el cansancio emocional en el profesional es la clave en este modelo y se manifiesta con fatiga y la falta de energía; la despersonalización como estrategia de afrontamiento que preserva al profesional del agotamiento y la decepción, implica actitudes negativas, sentimientos insolentes y negativos por los clientes, que aparecen por irritabilidad; y por último la baja realización personal como consecuencia de la incapacidad de enfrentar los estresores organizacionales evidente en las respuestas negativas hacia sí mismo y su puesto de trabajo.

Por otro lado Klarreist (1990) considera que el burnout se desarrolla en cuatro fases, en la primer fase la persona está plenamente preparada para enfrentarse a las demandas del mundo y triunfar, la segunda fase se denomina desilusión y se identifica por la presencia de

exageradas demandas ocasionando en la persona insatisfacción pero aún está presente el deseo de alcanzar el éxito, la tercera fase llamada frustración se caracteriza por la pérdida de entusiasmo, irritabilidad, irresponsabilidad, falta de moderación, ocasionando que la persona pierda confianza en su propia capacidad, y por último la cuarta fase conocida como desesperación, se evidencia por la presencia de sentimientos de fracaso, soledad y aislamiento, llegando en ocasiones a desencadenar cuadros de depresión clínica.

Para Álvarez y Fernández (1991) el burnout surge en tres fases, partiendo en primer lugar por un exceso de las demandas laborales ocasionando en la persona situaciones de estrés, en segundo lugar aparecen signos de ansiedad, fatiga, tensión e irritabilidad producto del desajuste presentado en la primera fase, y en tercer lugar se produce un cambio de actitudes y conductas que buscan enfrentarse y defenderse de las tensiones experimentadas.

Lee y Ashforth (1993) muestran que tanto la despersonalización como la baja realización personal en el puesto de trabajo surgen como consecuencia directa del cansancio emocional.

Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995) en cambio establecen que el síndrome de burnout inicia desarrollando sentimientos de baja realización personal y al mismo tiempo altos sentimientos de agotamiento emocional, por otro lado la despersonalización es considerada como una estrategia de afrontamiento, que busca hacer frente a la sensación de agotamiento.

En nuestro caso nos fundamentaremos en la descripción hecha por Maslach y Jackson (1982) pues es la máxima referencia en nuestra investigación y aquí nos indican que el burnout tiene como punto de partida el agotamiento emocional, seguido y casi de forma inmediata por la despersonalización, desarrollando por último y de forma simultánea una ausencia de realización personal.

1.3. Causas y consecuencias del síndrome de burnout.

Al hablar de que una persona padece burnout se hace referencia a que está constantemente cansada o agotada, es por esto que dicha comprensión parece de lo más normal y no hace mención del serio problema al que se está enfrentando, puesto que el padecer burnout va mucho más allá del cansancio tradicional que puede ser remediado por unos días de descanso, este encierra una serie de padecimientos tanto físicos, sociales y psicológicos que a través del tiempo también serán nocivos para el centro en donde laboren (Álvarez, 2011).

1.3.1. Causas.

Al existir un sin número de síntomas o consecuencias del burnout, es difícil definir una causa como la principal, es por esto que los estudios realizados han establecido algunas de las causas principales para el desarrollo del síndrome de burnout, estas causas se dividen en dos: causas externas y causas internas.

Entre las causas externas tenemos que, como un agente primordial de riesgo está el realizar actividades laborales que vinculen al profesional de manera directa con los pacientes, adicionalmente, suele caracterizarse por altos niveles de demanda de trabajo, al igual que por horarios excesivos, desvalorización del puesto de trabajo, cargos en los que existe confusión entre las prioridades y las expectativas, la falta de seguridad laboral, como también el compromiso establecido en el trabajo (Albee, 2000).

Silva, Fernández y Zapata (2015) mencionan que entre las causas específicas que pueden desencadenar el burnout están: bajos salarios, largas jornadas de trabajo, la falta de recursos de entretenimiento y técnicos, presión psicológica, la antigüedad en el cargo que ha sido desempeñado, mala organización en los turnos, malas relaciones interpersonales, la falta de personal, falta de vacaciones, dificultad para realizar una tarea que excede la demanda, la baja autoestima, el sentimiento de sentirse poco responsable e improductivo, incapacidad para relacionarse con los demás y contar sus problemas personales, en las mujeres destaca el exceso de trabajo familiar-profesional y el no contar con una pareja estable.

Entre las causas internas tenemos que los profesionales suelen evaluarse negativamente cuando existe la falta de logro personal y el profesional se siente improductivo, ocasionando a su vez que esa evaluación negativa afecte a la habilidad en la ejecución del cargo como también a la relación con el personal al que se atiende, es por ello que los profesionales se sienten irresponsables e insatisfechos con sus resultados (Gil-Monte, 2003).

1.3.2. Consecuencias.

1.3.2.1. Consecuencias en la salud en profesionales de la salud.

El burnout tiene consecuencias negativas en la salud para los profesionales de la salud, entre las que destacan: la fatiga crónica, la pérdida de peso, alteraciones de sueño, problemas cardiovasculares, dolores de cabeza habituales, pérdida de peso, asma, dolor de muelas,

disfunciones sexuales, alergias, molestias en los ciclos menstruales, así como también los desórdenes gastrointestinales. Además, la presencia de enfermedades psicosomáticas es a menudo un aviso al padecimiento del burnout (Álvarez y Fernández, 1991; Pérez, 2010; Álvarez, 2011).

Gil-Monte (2003) ha establecido 4 categorías para describir las consecuencias en el profesional que padece burnout:

- Índices emocionales: sentimientos de soledad, distanciamiento emocional, ansiedad, depresión, etc.
- Índices actitudinales: hostilidad, actitudes negativas, etc.
- Índices conductuales: cambios de humor, agresividad, irritabilidad, etc.
- Índices somáticos: alteraciones del sistema nervioso, alteraciones cardiovasculares, alteraciones respiratorias, etc.

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

Entre las consecuencias que se presentan en el trabajo de los profesionales de salud sobresalen: el desgaste de acción proactiva, el desarrollo de hábitos dañinos para la salud entre estos; el aumento de estimulantes, abuso de sustancias. También existen reacciones sociales que afectan directamente con el grupo de trabajo, siendo una de las más importantes el aislamiento del profesional y su desprecio de cualquier forma de interactuar con el personal, la pérdida de productividad. Las personas que padecen altos niveles de burnout tienden a desarrollar conductas negativas en el hogar, como también insatisfacción con su pareja (Gil-Monte 2003; Ruiz y Ríos, 2004; Pérez, 2010).

Es habitual que el absentismo laboral y los problemas de conducta generen escenarios de alto riesgo (comportamientos inadecuados, juegos de azar, abuso de sustancias, etc.) En el contexto laboral las relaciones con los compañeros de trabajo afecta en la productividad, se manifiesta con un trato frío hacia las personas que prestan sus servicios, en este caso a los pacientes (Álvarez, 2011).

CAPÍTULO 2

MODELOS EXPLICATIVOS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

El síndrome de burnout es una respuesta inadecuada a la experiencia que se vive diariamente en diferentes contextos y que origina la aparición de una serie de sintomatologías negativas. La causa de que los síntomas varíe de un individuo a otro ha influido notoriamente en que se genere la necesidad de profundizar en las discrepancias que existen entre los autores al momento de describirlo (Pérez, 2010). Por tal motivo existen varios modelos que tratan de explicar el desarrollo del burnout, mismos que se procede a describir.

2.1. Modelos basados desde la teoría sociocognitiva.

2.1.1. Modelo explicativo del burnout. Competencia social de Harrison.

En este caso Harrison (1983) se fundamenta en la aptitud y la eficacia percibida, las mismas que nos permitirá explicar la competencia percibida. Los profesionales de salud, por su trabajo de ayuda a los demás poseen un alto nivel de motivación, pero que una vez vinculados en su puesto de trabajo se presentan factores que serán de ayuda o a su vez servirán de barrera, y es ahí donde se determinara la eficacia del profesional. En tal caso si existirían mayores factores de ayuda, resultarían beneficiosos y aumentarían los sentimientos de competencia, sin embargo si hay más factores de barrera el sentimiento de competencia disminuirá.

2.1.2. Modelo de autoeficacia de Cherniss.

Cherniss (1993) señala que el logro autónomo y exitoso de las metas del sujeto es beneficioso, sin embargo si no ocurre el logro, las metas llevan como consecuencia al fracaso psicológico y por ende al desarrollo del burnout. Además cabe recalcar que los profesionales que poseen fuertes emociones de autoeficacia percibida tienen menos posibilidad de desarrollar el burnout, ya que los mismos experimentan un nivel bajo de estrés ante situaciones que llegan hacer amenazadoras, creyendo afrontarlas de manera exitosa.

2.1.3. Modelo de Pines.

Pines (1993) menciona que el burnout aparece cuando el sujeto pone en búsqueda el sentido existencial en su puesto de trabajo y llega a fracasar en su labor, se caracteriza porque es un modelo de motivación, y manifiesta que solo aquellos profesionales con alta motivación y altas expectativas llegan a presentar burnout, mientras que los sujetos que mantiene baja motivación empezando su trabajo puede experimentar depresión, estrés o

fatiga, pero no experimentara o llegara a desarrollar el burnout. Este modelo lo explica al burnout como un estado de agotamiento emocional, físico y mental, el mismo que es causado por enfrentar periodos de estrés crónico junto a altas expectativas, en pocas palabras el burnout es el resultado de un proceso de decepción que es el resultado de los problemas que tiene un profesional para adaptarse.

2.1.4. Modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper.

Thompson, Page y Cooper (1993) mencionan cuatro factores implicados en el desarrollo del síndrome de burnout, catalogando a la autoconfianza como pieza clave y que juega un papel importante en este proceso, estos factores son: demandas laborales y recursos del sujeto, nivel de autoconciencia, perspectivas de logro personal y sentimientos de autoconfianza. Tras reiteradas situaciones de fracaso de las metas, acompañadas con altos niveles de autoconciencia, se tiende a utilizar estrategias de afrontamiento antes la situación amenazadora.

2.2. Modelos elaborados desde la teoría del intercambio social.

2.2.1. Modelo explicativo del burnout. Comparación social de Buunk y Schaufeli.

Buunk y Schaufeli (1993) señalan que éste modelo fue creado para poder explicar cómo se desarrolla el burnout en enfermeras, a partir de este argumento se plantean diferentes tipos de etiología: el uno se refiere a la interacción que los profesionales tienen con los pacientes y con sus compañeros de trabajo. Estos autores manifiestan que el personal de enfermería no busca apoyo social en sus compañeros de trabajo, ya que creen que pueden ser catalogados como ineficientes. Existen varios principios de estrés que se enlazan en el intercambio social, entre ellos: la incertidumbre, que significa la falta de claridad en los pensamientos y la capacidad de actuar; la percepción de la equidad, la cual se manifiesta con el poder controlar los resultados del trabajo.

2.2.2. Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freedy.

Hobfoll y Freedy (1993) aseguran que cuando se afecta la motivación, se origina el estrés, y por ende puede llegar a desarrollarse el burnout. Plantean que se debe incrementar los recursos de los empleados, para así eliminar la vulnerabilidad e inestabilidad, modificando sus percepciones sobre el trabajo. Estas acciones lograrían la eliminación de los niveles de

burnout, caso contrario al no superar las demandas haría que el profesional genere agotamiento emocional o físico.

2.3. Modelos desarrollados desde la teoría organizacional.

2.3.1. Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter.

Golembiewski, Munzenrider y Carter (1988) indican que este modelo se manifiesta a través de un proceso secuencial que se proyecta en el tiempo, en este proceso un componente da cuenta el desarrollo de otro. El proceso se manifiesta a través de fases: la despersonalización, la realización personal y el aumento de agotamiento emocional, busca encontrar como los trabajadores disminuyen su rendimiento cuando están frente a factores de estrés emocional.

2.3.2. Modelo de Winnubst.

Winnubst (1993) señala que la cultura laboral está definida por su estructura, es decir el burnout variaría en función del tipo de cultura organizacional, o a su vez la institucionalización del apoyo social. El apoyo social al estar relacionado con la estructura laboral es indispensable para conocer sobre las estrategias para disminuir y prevenir el síndrome de burnout.

2.3.3. Modelos de Cox, Kuk y Leiter.

Cox, Kuk y Leiter (1993) proponen que los profesiones de ayuda son los más afectadas por el burnout. Reconoce que el agotamiento emocional es la parte central de este síndrome. La fase de despersonalización se considera una estrategia de afrontamiento frente al agotamiento, y que la baja realización personal es el efecto de la valoración cognitiva de estrés que afronta el profesional.

2.4. Modelo de la teoría estructural.

2.4.1. Modelo de Gil-Monte y Peiró.

Gil-Monte y Peiró (1997) indican que el burnout es una respuesta al estrés laboral percibido, es decir a la ambigüedad del rol y conflicto, el cual aparece como resultado de un proceso de reevaluación cuando se manifiesta que la manera de afrontamiento ante la situación de amenaza es inadecuada, por ende esta respuesta involucra una variable mediadora entre el estrés que es percibido y sus consecuencias.

2.5. Modelo tridimensional del MBI-HSS de Maslach y Jackson.

Maslach y Jackson (1981) señalan que el burnout es una respuesta inadecuada al estrés laboral crónico, caracterizado principalmente por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, experimentando una vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Este síndrome se compone de tres dimensiones, las cuales son: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Más tarde Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) añaden que el burnout es una respuesta a los estresores interpersonales crónicos que se desarrollan en el trabajo, donde los síntomas dominantes de esta respuesta están caracterizados por la presencia de un agotamiento abrumador, sensaciones de cinismo en el trabajo y un sentido de ineficacia y carencia de la realización personal.

El Maslach Burnout Inventory (MBI) es un instrumento que se utiliza para detectar y medir la existencia de burnout en las personas. La escala MBI plantea a la persona 22 enunciados para valorar sus sentimientos y pensamientos acerca de su trabajo y los valora por medio de tres escalas que son:

- **Agotamiento Emocional:** consta de 9 ítems, su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome, la puntuación máxima evidencia que mayor es el agotamiento emocional y el nivel de burnout experimentado por la persona, las puntuaciones altas indican que el individuo se siente exhausto emocionalmente a consecuencia de las demandas en el trabajo.
- **Despersonalización:** está conformada por 5 ítems, valora hasta qué punto una persona tiene el grado de reconocer actitudes de distanciamiento y frialdad, cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la despersonalización y el nivel de burnout experimentado por la persona.
- **Baja Realización Personal:** se compone de 8 ítems, evalúa la auto eficacia que la persona posee y su realización personal en el trabajo, a diferencia de las dos primeras, en esta escala, mientras mayor sea la puntuación mayor será la realización personal (Maslach y Jackson, 1986).

CAPÍTULO 3

PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT

En la actualidad la mayoría de centros de salud se preocupan por el bienestar de sus profesionales, ya que resulta necesario y apropiado para ellos al momento de atender algún paciente. La calidad de vida laboral y una buena salud física determinara un buen funcionamiento en el centro (Gil-Monte, 2003).

La carga excesiva de trabajo, demanda una cantidad enorme de energía en donde aparecen manifestaciones físicas y psicológicas. Es por esto que hoy en día se considera importante el estudio del síndrome de burnout ya que el mismo perturba la moral y bienestar psicológico de los trabajadores, pues la misma es una respuesta al estrés cotidiano que se produce primordialmente en el cuadro profesional y que aqueja principalmente a los profesionales de salud humana, ya que su nivel de compromiso demandará mayor responsabilidad, debido a que estos profesionales trabajan directamente con pacientes, siendo así proclives a agotar sus recursos de afrontamiento (Ríos y Ruiz, 2004).

3.1 Prevalencia en profesionales de la salud a nivel mundial.

En cuanto a los estudios más relevantes hechos a personal sanitario con el fin de determinar el impacto que tiene el burnout en su vida profesional podemos citar a Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga (2009), quienes estudiaron al personal sanitario hispanoamericano y español con el fin de determinar la influencia de factores personales, profesionales y transnacionales, se aplicó el Maslach Burnout Inventory y un cuestionario de elaboración propia vía online a una muestra de 11.530 profesionales de la salud, obteniendo los siguientes resultados, la prevalencia de burnout en los profesionales residentes en España fue de 14.9%, Argentina 14.4% y Uruguay 7.9%. México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias entre 2.5% y 5.9%. Específicamente en Ecuador se presenta una prevalencia de burnout de 4% en la muestra de profesionales de la salud evaluados.

En España se realizó un estudio con una muestra de 68 enfermeros. Dando como resultado en las dimensiones que el 19.1% de la muestra manifiesta cansancio emocional, el 23.5% despersonalización y el 39.9% baja realización personal (Sánchez y Sierra, 2014).

En otro estudio realizado en Francia para medir la prevalencia del síndrome de burnout en médicos residentes se obtuvieron los siguientes resultados; el 19.45% de los residentes por agotamiento emocional, mientras que el 33.33% por despersonalización y el 11.11% por logros personales (Rua, Body, Marret, y Ouldamer, 2015).

En un hospital de Francia se realizó un estudio transversal con una muestra en el personal médico, de los cuales 52 respondieron. Dando como resultado en agotamiento emocional con el 25% despersonalización el 13.5% y en realización personal el 48.1%. (Chaput, Bertheuil, Jacques, Smilevitch, Bekara, Soler y Grolleau, 2015).

En un estudio realizado en Italia por Mattei, Fiasca, Mazzei, Abbossida y Bianchini (2017), a 190 profesionales de la salud del Hospital General de L'Aquila, se obtuvo los siguientes resultados: agotamiento emocional 38.95%, despersonalización 23.68% y en baja realización personal 23.16%.

Un estudio realizado por De Paiva, Gomes Canário, Corsino de Paiva China y Gonçalves (2017), tuvo como finalidad evaluar los logros profesionales y los factores asociados al agotamiento ocupacional entre profesionales de la salud, obteniendo los siguientes resultados: se observaron altos niveles de agotamiento emocional en los profesionales de la unidad de maternidad así como en los profesionales con menor nivel educativo, la despersonalización fue mayor en los médicos con varios trabajos y en las enfermeras y la baja realización personal se encontró en los médicos no especializados.

Un estudio realizado en Grecia por Lahana et al. (2017), tuvo como muestra a 180 enfermeras de las cuales obtuvo los siguientes resultados: agotamiento emocional 31.36%, despersonalización 11.27% y baja realización personal 44.02%.

Por otro lado O'Dea, O'Connor, Lydon y Murphy (2017), realizaron un estudio en Irlanda, con una muestra de 683 médicos generalistas, obteniendo los siguientes resultados: 52.7% reportaron altos niveles de agotamiento emocional, 31.6% obtuvieron puntajes altos en la despersonalización y 16.3% presentaron bajos niveles de realización personal. Se obtuvo una prevalencia del 6,6%.

Así también, en un estudio realizado en China por Zhou et al. (2017), contó con un total de 693 directores de departamentos de neurología y 6.111 neurólogos de 30 provincias, de los cuales se obtuvo los siguientes resultados luego de su evaluación: 53.2% experimentó agotamiento emocional, 37.8% despersonalización y 25.7% baja realización personal.

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

En Latinoamérica también se ha estudiado éste síndrome en profesionales de la salud, por ejemplo en un estudio realizado Brasil, se buscaba determinar la prevalencia del síndrome

de burnout en médicos de cuidados intensivos, fueron 180 los médicos evaluados con el Maslach Burnout Inventory, de los cuales se obtuvo los siguientes resultados, agotamiento emocional 50,6%, despersonalización 26,1%, y la falta de realización personal 15,0% (Staffa et al., 2016).

En otro estudio realizado en Brasil se tomó como muestra a 241 médicos. Como resultado se manifestó que baja realización personal con un 47.7%, en despersonalización se encontró un 28.3% y en agotamiento emocional el 23.1% (Magalhães, Oliveira, Govêia, Ladeira, Queiroz y Vieira, 2015).

Se realizó un estudio en Sao Paulo, Brasil, tomando como muestra a 69 enfermeras. Los resultados fueron los siguientes en cansancio emocional se presentó el 21.4%, en despersonalización el 9.3% y en realización personal el 31.3% respectivamente (Rissardo y Gasparino, 2013).

En una investigación realizada en Chile por Aldrete, Navarro, González, Contreras y Pérez (2015), se utilizó una muestra de 163 profesionales de enfermería, teniendo como resultado que el 33.3% manifestó alto agotamiento emocional, mientras que el 17.9% presentó alta despersonalización y el 50.8% conto con baja realización personal.

Así mismo en Chile, tomando una muestra de 82 profesionales en el área de salud, se obtuvo que el 18.3% presenta altos niveles de agotamiento emocional, el 15.9% despersonalización y el 23.2% bajos niveles de realización personal (Coloma y Chailán, 2013).

Otro estudio realizado por Roth (2015), en Chile, tomo como muestra 215 enfermeras, de las cuales solo el 8% de la muestra presentaron burnout. Dando como resultado que en las dimensiones el 39% manifiesta niveles altos de agotamiento emocional, el 39% presenta despersonalización y por último el 48% manifiesta bajos niveles de realización personal.

En Perú Vásquez, Maruy y Verne (2014), realizaron una investigación utilizando una muestra de 54 profesionales en el área de la salud, entre ellos médicos, enfermeras y técnicos de enfermería. La prevalencia del burnout se presentó en 3.76%. En los participantes se manifestó que el 12.97% presento altos niveles de cansancio emocional, el 11.12% presentaron altos niveles de despersonalización, mientras que 14.81% presentaron niveles bajos de realización personal.

Igualmente en Perú un estudio hecho por Ortega (2015), tomando una muestra de 87 profesionales de salud, arrojó los siguientes resultados: el 48.28% presentaban cansancio emocional, el 56.32% despersonalización y el 8.05% baja realización personal.

Otro estudio realizado en Perú es el de Rosales (2015), tomando como muestra 35 enfermeras. Dando como resultado los siguientes datos; el agotamiento emocional se manifiesta en un 26%, la despersonalización se manifiesta en un 10% y la realización personal se manifiesta en un 49%.

Un estudio realizado en médicos especialistas de México, se tomó como muestra a 119 médicos y se obtuvo como resultado que el agotamiento emocional fue del 51.3%, la despersonalización el 18.5%, mientras que para la baja realización personal conto con un 35.3% (Beltrán, Montero, Moreno, y Flores, 2011).

Así mismo en un estudio hecho por Machado, Ramos, García y del Rocío Guerrero (2010), en México, se tomó como muestra a 223 profesionales de enfermería y se obtuvo como resultado, agotamiento emocional el 3.3%, despersonalización el 25% y realización personal el 76.7%.

En Colombia, un estudio realizado al personal de enfermería, contó con una muestra de 44 profesionales, dando como resultados que en agotamiento emocional se encontró un 48%, despersonalización 50% y realización personal 55% (Mejía y García, 2016).

En Santa Marta, Colombia, Ferrel (2010) realizo un estudio utilizando una muestra de 56 médicos, dando como resultado 94.6% en cansancio emocional, 53.6% despersonalización y 53.6% realización personal.

3.3 Prevalencia en profesionales de la salud a nivel nacional.

Dentro de los estudios más relevantes a nivel nacional, está el realizado por Ramírez (2015) cuyo objetivo principal fue determinar la prevalencia del burnout y sus dimensiones en los profesionales de salud del Ecuador, en éste estudio se contó con una muestra de 2.404 profesionales de medicina y enfermería dando como resultado que existe un 36.4% de prevalencia de burnout a nivel general, y en cuanto sus dimensiones el 17.6% presentó cansancio emocional, el 13.6% despersonalización y el 18.2% baja realización personal.

Tenesaca, Uzhca y Valarezo (2011), realizaron un estudio en Ecuador, específicamente en el hospital Homero Castanier Crespo, el mismo que se enfocaba en analizar a las

enfermeras profesionales y determinar los factores de riesgo asociados al síndrome de burnout, en una muestra de 59 enfermeras, de las cuales 54 presentan síndrome de burnout, obteniendo los siguientes resultados, agotamiento emocional 91.5%, despersonalización 86.4% y la falta de realización personal 94.9%.

Así mismo en Ecuador Vélez y Patiño (2013), realizaron un estudio con el fin de determinar el síndrome de burnout y su relación en la atención que brindan a los pacientes los médicos tratantes del hospital provincial general Isidro Ayora Loja, se aplicó el Maslach Burnout Inventory en 40 médicos tratantes y se obtuvo los siguientes resultados, el 40% presenta burnout, de los cuales el 30% refiere agotamiento emocional, un 25% despersonalización y el 5% baja realización personal; a la vez en 120 pacientes encuestados sobre la calidad de atención recibida durante la consulta el 48% considera como regular, el 35% refieren como buena y un 17% como mala, llegando a la conclusión que la presencia del síndrome de burnout en los médicos tratantes si interfiere en la calidad de atención que reciben los pacientes en el Hospital Isidro Ayora Loja.

3.4 Prevalencia del síndrome de burnout y su relación con rasgos de personalidad.

Se ha generado la necesidad de estudiar la relación que existe entre el burnout y rasgos de personalidad, ya que según Hernández y Olmedo (2004) en un estudio realizado con la finalidad de determinar la correlación entre estos dos factores llegaron a la conclusión de que existe una relación entre ciertas características del síndrome de burnout y el neuroticismo, el locus de control externo y el patrón A, por otro lado esto no sucede con la extroversión y la variable rigidez.

Por otro lado Ortega, Ortiz y Coronel (2007) hicieron un estudio en médicos y enfermeras en el cual relacionaron el constructo de personalidad resistente con el burnout, de este estudio encontraron correlación negativa estadísticamente significativa entre la variable de personalidad resistente y burnout.

Un estudio realizado en España por Cebrià et al. (2001) buscaba investigar los rasgos de personalidad que podrían asociarse con puntuaciones altas en las escalas de burnout en médicos de atención primaria, para lo cual se contó con la participación de 528 médicos, a quienes se les administraron 3 cuestionarios, uno de datos sociodemográficos generales, el Maslach Burnout Inventory (MBI) y el test de personalidad de Cattell 16 PF-5. De esta investigación se obtuvo los siguientes resultados: 40% de los médicos presentaba síndrome de

burnout, de éstos, 12,4% manifestaba niveles muy altos de quemazón profesional. Los sujetos con criterios de burnout obtuvieron puntuaciones significativamente diferentes en los rasgos de estabilidad, tensión y vigilancia y en la dimensión ansiedad. Algunos rasgos de personalidad, como la baja estabilidad emocional, la tensión y la ansiedad, se asocian de manera significativa a puntuaciones altas de burnout.

CAPÍTULO 4

VARIABLES ASOCIADAS AL SÍNDROME DE BURNOUT

4.1. Variables asociadas a la personalidad.

Se busca de manera especial, incorporar a la investigación un tema muy importante, la personalidad, la misma que es descrita por Cloninger (2003) como “las causas internas que subyacen al comportamiento individual y a la experiencia de la persona” (p. 3). La personalidad es una suposición científica que se justifica por el tipo de actos que realizan cotidianamente las distintas personas, por ende para conceptualizar el término personalidad se debe observar sistemáticamente el comportamiento de la gente (Marañón, 2005).

4.2. Teorías de la personalidad.

Cada persona desde el nacimiento posee su propia personalidad, éste término hace referencia a características propias que nos hacen diferentes y únicos frente a las demás personas y que por la influencia de factores y con el paso del tiempo se irá estructurando y modificando. La personalidad se compone de características emocionales, conductuales, psicológicas y sociales, que permiten conocer los motivos que llevan a una persona a actuar, sentir, pensar y desenvolverse en un medio. En síntesis la personalidad es la estructura dinámica que tiene un individuo en particular (Seelbach, 2012).

Las teorías de la personalidad son aquellas que intentan dar una explicación teórica a los procesos y rasgos de la personalidad que pueden encontrarse en la psique humana, estas teorías buscan describir aquellos factores que en su conjunto hacen al individuo para poder comprender su conducta e intentar predecirla. (Larsen y Buss, 2005).

4.2.1. Teorías cognitivas de la personalidad.

Estas teorías buscan describir la dinámica del funcionamiento de las estructuras cerebrales. Su principal objetivo es conocer qué pasa por la cabeza de las personas y que las lleva a dirigirse en su vida de un modo que se podría denominar emocionalmente estable (Colom, 2012).

4.2.1.1. Teoría de Bandura.

Bandura (1986) afirma que las recompensas y castigos del medio ambiente influyen en lo que la persona aprende y en el tipo de comportamiento que realiza. El comportamiento no se puede explicar recurriendo únicamente a los factores externos, es necesario considerar también los factores internos que puedan ser relevantes. La teoría de Bandura se centra en la autoeficacia, la cual es la percepción o evaluación que la persona hace de su aptitud para

resolver satisfactoriamente las situaciones vitales, por tanto, el elemento importante no son las habilidades de la persona, sino su percepción subjetiva de cuáles son esas habilidades y cómo puede usarlas.

4.2.1.1. Teoría de Mischel y Shoda.

Mischel y Shoda (1995) mediante su teoría cognitivo-afectiva, describen la personalidad como un sistema estable que influye en cómo se selecciona, construye y procesa mentalmente la información y en cómo se actúa. Ésta teoría afirma que existen diferencias individuales consistentes en las características de las situaciones que selecciona la persona y en las unidades cognitivo-afectivas que se activan en respuesta a dichas situaciones.

4.2.2. Teorías biológicas de la personalidad.

Estas teorías buscan describir la estructura y funcionamiento con relación al sistema nervioso, dándole una explicación a las diferencias personales con un enfoque físico y orgánico (Colom, 2012).

4.2.2.1. Teoría de Gray.

La teoría de Gray (1987) combina y trabaja con la introversión y neuroticismo de la teoría de Eysenck con el fin de expresar las diferencias en: impulsividad, la cual depende del sistema de activación conductual y se relaciona con las señales de recompensa; y ansiedad, la cual depende del sistema de inhibición conductual y se relaciona con las señales de castigo.

4.2.2.2. Teoría de Brebner.

La teoría de Brebner (1983) propone una alternativa a la teoría de Eysenck centrándose principalmente en las relaciones entre las diferencias individuales en introversión y el rendimiento en tareas experimentales con control de tiempos. Esta teoría presenta dos supuestos: primero, hay dos tipos de procesos que son independientes, los procesos de excitación y los procesos de inhibición; y segundo, hay dos tipos de respuestas que las personas presentan, los procesos de análisis del estímulo y los procesos de organización de la respuesta.

4.2.3. Teorías factoriales de la personalidad.

Colom, (2012) señala que las teorías factoriales “constituyen visiones de conjunto, mapas de la estructura de la personalidad en los que se sitúan las principales propiedades y se especifican sus relaciones” (p,438).

4.2.3.1. Teoría de Guilford.

Para Guilford (1959) la personalidad se define partiendo de que, cada persona es única, una persona es diferente a las demás, por tanto es en las diferencias individuales donde encontramos la clave lógica de la personalidad. Los rasgos de la personalidad se descomponen en temperamentales y motivacionales, los rasgos temperamentales son disposiciones psicológicas como la confianza o la impulsividad, mientras que los rasgos motivacionales son las necesidades, intereses y actitudes.

4.2.3.2. Teoría de Cattell.

Para Cattell (1950) la personalidad es eso que nos permite predecir lo que hará una persona en una determinada situación. Su teoría busca descubrir las propiedades básicas de la personalidad, dividiéndola en dos dimensiones, el temperamento y la motivación. Los factores temperamentales son más consistentes y estables que los factores motivacionales, y por tanto, resultan más predictivos, además señala que estas dimensiones temperamentales son distintas en personas normales y en pacientes con alguna psicopatología.

4.2.3.3. Teoría de Eysenck.

Al respecto Eysenck y Eysenck (1987), definen la personalidad como una organización más o menos estable, esta organización determina la adaptación única de la persona en el ambiente, donde predomina la dinámica del carácter, el temperamento, el intelecto y el físico. Este enfoque presenta cuatro principios básicos con respecto al análisis dimensional de la personalidad, los cuales son:

- Biológicos: se relaciona principalmente con el sistema nervioso central y las inhibiciones corticales.
- Metodológico: utiliza el método hipotético deductivo, es decir establecer hipótesis y luego comprobarlas deductivamente en base al análisis factorial y el método estadístico de análisis multivariado.

- Dinámico-estructural: diferencias individuales basadas en la estructuras físicas que participan en la realización de las conexiones del sistema nervioso.
- Aprendizaje empírico: remarca los procesos de aprendizaje de la estructura y dinámica de la personalidad cuyo término clave es la condicionalidad del organismo humano.

Eysenck considera que la personalidad se puede explicar mediante tres dimensiones, extraversión, neuroticismo y psicoticismo. Cada una de estas tres dimensiones pueden considerarse como una constelación de rasgos o conductas que se agrupan de forma conjunta, siendo independientes entre sí. Estas son consideradas las dimensiones más importantes de la personalidad y por ende al situar a una persona en alguna de ellas, podemos llegar a determinar cómo es su personalidad (Amelang y Bartussek, 1991),

4.2.3.3.1. Dimensión extraversión.

Los procesos nerviosos centrales tienen una característica principal, y es su determinada relación genética, la misma que interindividualmente se diferencia por procesos nerviosos de inhibición y de excitación. Para Eysenck existe un vínculo entre la extraversión, la excitabilidad del sistema nerviosos central y el carácter desenvuelto de la persona (Fransella, 1981).

Según Amelang y Bartussek (1991), los extravertidos se caracterizan por el hecho de que tienden a la formación de potenciales excitatorios débiles y procesos inhibitorios rápidos, intensos y de extinción lenta. Entre los rasgos que caracterizan la extraversión tenemos: tener una menor habilidad para el aprendizaje en general, la necesidad que se le exponga varias veces el material en una situación de aprendizaje para aprender, tender a realizar movimientos amplios y numerosos y ser poco preciso en su manejo psicomotor.

4.2.3.3.2. Dimensión neuroticismo.

Esta dimensión, catalogada como emotiva, se encuentra ligada a la excitabilidad del sistema nervioso autónomo, este sistema nervioso moviliza trastornos vasoconstricciones, cardiovasculares y vasodilataciones, incremento de la presión sanguínea, taquicardias, sudoración, secreciones gástricas, etc. Estas personas se caracterizan principalmente por ser ansiosas, inseguras y tímidas, además presentan bloqueos en la conducta acompañado de respuestas inadecuadas junto a irrupciones emocionales desordenadas (González, 1979).

Rojas (1986), señala que el neuroticismo implica una intolerancia al estrés físico y psicológico y un nivel alto de excitabilidad, por ello el neuroticista es muy reactivo a las situaciones ambientales de frustración y tensión, lo que lo hace propenso a sufrir trastornos psicosomáticos.

4.2.3.3.3. Dimensión psicoticismo.

Cueli y Reidl (1972) indican que una persona que presenta altos niveles de psicoticismo se caracteriza por: tener menos fluidez verbal, bajo rendimiento, es más indeciso en las actitudes sociales, dificultad para concentrarse, baja memoria, tienden a hacer grandes movimientos, leen con mayor lentitud y exhiben niveles de aspiración más alejados a la realidad.

El psicoticista tiende a actuar más pobremente que las personas normales, presenta una tendencia a la distracción constante, pensamiento desordenado y aislamiento, además los rasgos que principalmente los caracterizan son: agresivo, egocéntrico, impulsivo, inmovible, impersonal, frío, no empático y antisocial. (Eysenck y Eysenck, 1987).

CAPÍTULO 5
METODOLÓGIA

5.1. Diseño de investigación.

La investigación planteada presenta las siguientes características:

- Es Cuantitativa: Porque se analizará la información numérica de los instrumentos evaluados.
- Es no experimental: Pues se realiza sin la manipulación deliberada de variables y se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.
- Es transeccional (transversal): Ya que se centra en analizar cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado, es decir en un punto en el tiempo.
- Es exploratoria: Porque se trata de una exploración inicial en un momento específico.
- Es descriptiva: Pues se seleccionan una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas para así describir lo que se investiga.
- Es correlacional: Ya que relaciona dos variables como son el síndrome de burnout y los rasgos de personalidad (Hernández, Fernández, Baptista, 2003).

5.2. Objetivos.

5.2.1. Objetivo general.

Identificar la relación entre el síndrome de burnout y los rasgos de personalidad en profesionales de la salud en una institución pública de la provincia de Loja durante el año 2017.

5.2.2. Objetivos específicos.

- Determinar quienes son más vulnerables, los médicos o las enfermeras, a adquirir el síndrome de burnout
- Determinar la presencia o no de burnout en médicos y enfermeras y de sus tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal
- Determinar la relación entre rasgos de personalidad y el síndrome de burnout.

5.3. Preguntas que se quiere responder con la investigación.

- ¿Qué porcentajes de médicos y enfermeras presentan niveles bajos, medios y altos de burnout?
- ¿Qué rasgos de personalidad se relacionan con el síndrome de burnout?
- ¿Quiénes son más vulnerables, médicos o enfermeras, a adquirir el síndrome de burnout?

5.4. Contexto.

Para establecer la muestra de estudio en esta investigación se fundamentó en el tipo de institución, es por esto que se ha tomado en cuenta una institución pública ya que la misma está sometida a una presión constante para los médicos/as y enfermeras/os, debido al número de pacientes que se presentan diariamente por su atención gratuita. La institución seleccionada es un Hospital Básico ubicado en la parte rural de la provincia de Loja, es un referente de segundo nivel y atiende a 22 mil 485 habitantes de cinco parroquias rurales del cantón Loja, permitiendo que el servicio esté más cerca en territorio. El establecimiento de salud ofrece servicio en cuatro especialidades básicas como medicina interna, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia, tiene capacidad de 15 camas más observación y dispone de farmacia institucional. A esto se suma el servicio de ambulancia que se encuentra anclada al Sistema Integrado de Seguridad ECU 911.

5.4.1. Muestra.

La muestra objeto de estudio que se estableció para esta investigación fue de accesibilidad, no probabilística y accidental de 50 profesionales de la salud (25 médicos/as y 25 enfermeras/os) de una institución pública de la provincia de Loja durante el año 2017.

5.4.1.1. Criterios de inclusión.

- Profesionales de la salud (médicos y enfermeras).
- Estar titulados.
- Tener por lo menos dos años de experiencia en la ejecución de su profesión.
- Estar en situación activa.
- Estar de acuerdo en participar en la investigación.

- Firmar el consentimiento informado.

5.4.1.2. Criterios de exclusión.

- No estar de acuerdo en participar de la investigación.
- No firmar el consentimiento informado.

5.5. Procedimiento.

- Para la realización de esta investigación se siguió los siguientes pasos:
- Se eligió los instrumentos a utilizar, tomando en cuenta los objetivos y preguntas para la investigación.
- Se realizó el acercamiento con la institución pública, a través de una carta dirigida a la directora de la institución, junto al consentimiento informado y la batería de cuestionarios psicológicos.
- Diálogo con la directora y psicóloga de la institución pública, donde se dio a conocer pormenores de la investigación a realizarse.
- Luego de obtener el visto bueno de la institución, se procedió a realizar los trámites pertinentes en el Distrito 11D01 Salud Loja, para obtener los permisos correspondientes para la evaluación a los profesionales de la salud.
- Se envió un oficio firmado por el coordinador de la titulación de psicología a la directora del Distrito 11D01 Salud Loja, con el fin de obtener el permiso para la recolección de datos en la institución pública.
- Una vez obtenido el permiso se procedió a solicitar la colaboración de los profesionales de salud.
- En una reunión convocada por la directora de la institución pública, se procedió a explicarles los objetivos de la investigación y el desarrollo de los cuestionarios.
- Se efectuó la recolección de datos mediante la aplicación de reactivos de forma individual a cada profesional de la salud.
- Se procedió al ingreso de los datos al programa estadístico SPSS 23, con la finalidad de determinar la prevalencia del burnout y sus tres dimensiones, así como las relaciones existentes entre los rasgos de personalidad y el burnout en la muestra de médicos/as y enfermeras/os.

5.6. Instrumentos de investigación.

Los instrumentos que han sido seleccionados para recolectar los datos en esta investigación van acorde a los objetivos que se han planteado.

5.6.1. Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales.

Este cuestionario es uno de los métodos más utilizados, es un cuestionario independiente y personalizado, dependiendo la variable que se desea obtener información. Entre los datos que se van a tomar están: género, edad, número de hijos, etnia, estado civil, ingresos mensuales, experiencia profesional, sector en el que trabaja, tipo de contrato, número de pacientes, recursos institucionales y turnos.

5.6.2. Inventario de burnout de Maslach y Jackson (MBI-HSS).

El Maslach Burnout Inventory (MBI) es un instrumento que se utiliza para detectar y medir la existencia de burnout en las personas. La escala MBI plantea a la persona 22 enunciados para valorar sus sentimientos y pensamientos acerca de su trabajo y los valora por medio de tres escalas que son:

- **Agotamiento Emocional:** consta de 9 preguntas que conforman los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20, su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome, la puntuación máxima es de 54 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es el agotamiento emocional y el nivel de burnout experimentado por el sujeto, las puntuaciones altas indican que el individuo se siente exhausto emocionalmente a consecuencia de las demandas en el trabajo.
- **Despersonalización:** está formada por 5 ítems, que son los ítems 5, 10, 11, 15 y 22, valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento, la puntuación máxima es de 30 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la despersonalización y el nivel de burnout experimentado por la persona.
- **Baja Realización Personal:** se compone de 8 ítems, evalúa los sentimientos de auto eficacia y realización personal en el trabajo, está conformada por los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. La puntuación máxima es de 48 puntos, y cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la realización personal.

5.6.3. Cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-28).

Este cuestionario es auto administrado, consta de 28 ítems los cuales están divididos 4 subescalas, que medirán a su vez, el estado de salud mental de los profesionales, identificaran dificultades psiquiátricos menores. Se enfoca en los cambios de la función normal, más que en rasgos concurrentes a lo largo de la vida.

- Síntomas somáticos: escalofríos, dolores de cabeza, etc.
- Ansiedad: dificultad para dormir, miedo, nerviosismo, etc.
- Disfunción social: emociones hacia las actividades que se realizan diariamente.
- Depresión: pensamientos de suicidio, sentimientos de debilidad.

5.6.4. Escala multidimensional de evaluación de los estilos de afrontamiento (BRIEF-COPE).

Esta escala consta de 28 ítems, teniendo como objetivo evaluar los distintos tipos de respuestas de los profesionales ante situaciones dificultosas o el estrés.

- Afrontamiento activo: actividades realizadas por el individuo con el objetivo de reducir el estrés.
- Planificación: analizar cómo afrontar el estresor, planear los pasos a seguir para efectuar un afrontamiento activo.
- Auto distracción: ocuparse en otros proyectos o actividades que sirven para evadir al estímulo estresor.
- Uso de apoyo instrumental: la búsqueda de personal instruido o capacitado para dar un consejo de cómo tolerar la situación.
- Uso de apoyo emocional: buscar apoyo, simpatía y comprensión en otras personas.
- Replanteamiento positiva: aprender de una situación estresante, para que nos motive a crecer y perfeccionar.
- Aceptación: concientizarse y ver que la situación en la que se vive es real.
- Negación: rechazar la situación, que es origen de estrés.
- Religión: participación en acciones religiosas en momentos de dificultad.
- Culpa de sí mismo: culpase a sí mismo de la situación estresante que se esté viviendo.
- Desahogo: descargar los sentimientos que produce la situación estresante.

- Retirada de comportamiento: renunciar a los esfuerzos para sobrellevar la situación estresante.
- Uso de sustancias: uso de alcohol, estupefacientes para evadir la situación.
- Humor: reírse de la situación que produce estrés.

5.6.5. Cuestionario de apoyo social de MOS.

Es un cuestionario multidimensional, autoadministrado que consta de 20 ítems, los cuales están divididos en 4 dimensiones de apoyo social. Teniendo como objetivo indagar la extensión de la red social del individuo.

- Apoyo emocional: posibilidad de contar con alguien que te brinde un consejo o asesoramiento.
- Apoyo instrumental: contar con ayuda en el hogar.
- Relaciones sociales de ocio y distracción: relacionarse con otras personas.
- Amor y cariño: manifestaciones de amor, comprensión, simpatía.

5.6.6. Cuestionario de personalidad de Eysenck revisado-abreviado (Eysenck personality questionnaire revised-abbreviated [EPQR-A]).

Este cuestionario es una de las versiones abreviadas, debido a lo extenso del cuestionario original, evalúa la personalidad en 24 ítems que están divididos en 4 factores.

- Neuroticismo: puntuaciones altas, indican cambios de humor, ansiedad, desordenes psicósomáticos, mientras que puntuaciones bajas indican tono débil de respuesta, control emocional. Este factor permite medir si el individuo es estable o neurótico.
- Extraversión: puntuaciones altas suponen que el individuo es impulsivo, sociable, optimista, mientras que puntuaciones bajas miden la tendencia al retraimiento, baja tendencia a la agresión, desconfianza y control.
- Psicoticismo: puntuaciones altas indican que el individuo presenta crueldad, despreocupación, conflictividad, baja empatía.
- Sinceridad: busca brindar una buena impresión, mide la veracidad de las respuestas y sobre todo la confiabilidad y validez de los datos obtenidos.

5.7. Análisis de datos.

Se partió por el análisis descriptivo y medidas de dispersión, con el fin de determinar las características de las personas que participaron en la investigación, se continuó con un análisis bivariante, para la comparación de variables categóricas y se utilizó las correlaciones de Pearson. Para analizar los datos obtenidos se empleó el Programa SPSS.

5.8. Recursos.

Humanos:

- Tutor de tesis.
- Profesionales de la salud (médicos/as y enfermeros/as).
- Tesista.

Técnicos:

- Instrumentos de evaluación.
- Computadora.
- Impresora.
- Materiales de escritorio.

CAPÍTULO 6
RESULTADOS

6.1. Resultados del cuestionario de variables sociodemográficas y laborales.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud

VARIABLES	Médicos/as		Enfermeros/as	
	n	%	n	%
Sexo				
Hombre	10.0	40.0	3.0	12.0
Mujer	15.0	60.0	22.0	88.0
Edad				
<i>M</i>	35.2		39.3	
<i>DT</i>	12.1		13.6	
Max	59.0		65.0	
Min	25.0		24.0	
Número de hijos/as				
<i>M</i>	1.3		1.4	
<i>DT</i>	1.1		1.5	
Max	4.0		6.0	
Min	0.0		0.0	
Etnia				
Mestizo/a	23.0	92.0	25.0	100.0
Blanco/a	2.0	8.0	0.0	0.0
Afroecuatoriano/a	0.0	0.0	0.0	0.0
Indígena	0.0	0.0	0.0	0.0
Estado civil				
Soltero/a	7.0	28.0	11.0	44.0
Casado/a	12.0	48.0	7.0	28.0
Viudo/a	1.0	4.0	3.0	12.0
Divorciado/a	2.0	8.0	1.0	4.0
Unión libre	3.0	12.0	3.0	12.0

Fuente: Cuestionario sociodemográfico AD HOC

Elaborado por: Jonathan Jirón

Respecto a los datos obtenidos del personal médico se tuvo mayor aceptación por parte de mujeres con el 60% y de hombres con el 40%, mientras que en el personal de enfermería el 88% fueron mujeres y el 12% fueron hombres. La edad promedio de los médicos/as es de 35.2 años, mientras que en los enfermeros/as la edad promedio es de 39.3 años. El promedio de número de hijos del personal médico es de 1.3, mientras que del personal de enfermería es de 1.4. La etnia que prevalece en ambos grupos es la mestiza, 92% en médicos/as y 100% en enfermeros/as. En estado civil 48% de los médicos/as son casados/as, mientras que en enfermeros/as el 44% son solteros/as.

Tabla 2. Características laborales de los profesionales de la salud

VARIABLES	Médicos/as		Enfermeros/as	
	n	%	n	%
Ingresos mensuales				
0 a 1000	6.0	24.0	17.0	68.0
1001 a 2000	9.0	36.0	8.0	32.0
2001 a 3000	10.0	40.0	0.0	0.0
3001 a 4000	0.0	0.0	0.0	0.0
4001 a 5000	0.0	0.0	0.0	0.0
5001 a 6000	0.0	0.0	0.0	0.0
Experiencia profesional				
<i>M</i>	9.6		12.3	
<i>DT</i>	7.8		11.1	
Max	30.0		37.0	
Min	2.0		2.0	
Sector en el que trabaja				
Público	24.0	96.0	25.0	100.0
Privado	0.0	0.0	0.0	0.0
Ambos	1.0	4.0	0.0	0.0
Tipo de contrato				
Eventual	0.0	0.0	0.0	0.0
Ocasional	9.0	36.0	13.0	52.0
Plazo fijo	11.0	44.0	3.0	12.0
Nombramiento	5.0	20.0	9.0	36.0
Servicios profesionales	0.0	0.0	0.0	0.0
Ninguno	0.0	0.0	0.0	0.0
Nº de pacientes/día				
<i>M</i>	15.0		19.7	
<i>DT</i>	8.2		7.2	
Max	30.0		30.0	
Min	3.0		2.0	
Horas de trabajo/día				
<i>M</i>	11.2		9.4	
<i>DT</i>	6.6		2.4	
Max	24.0		12.0	
Min	6.0		6.0	
Recursos Institucionales				
Totalmente	7.0	28.0	7.0	28.0
Mediadamente	14.0	56.0	17.0	68.0
Poco	3.0	12.0	0.0	0.0
Nada	1.0	4.0	1.0	4.0
Turnos				
Si	5.0	20.0	20.0	80.0
No	20.0	80.0	5.0	20.0

Fuente: Cuestionario de variables laborales AD HOC
Elaborado por: Jonathan Jirón

En cuanto a las características laborales de los profesionales de la salud se pudo apreciar que la remuneración salarial que prevalece en médicos/as oscila entre 2001 a 3000 dólares, significando el 40% de la muestra, mientras que en el personal de enfermería la remuneración salarial que prevalece oscila entre 0 a 1000 dólares con el 68% del total de la muestra. En experiencia laboral del personal médico la media fue de 9.6 años, mientras que en

enfermeros/as fue de 12.3 años. El sector en el que laboran la mayoría de participantes es el público, con el 96% en médicos/as y el 100% en enfermeros/as. El tipo de contrato que prevaleció en médicos/as fue plazo fijo con el 44%, mientras que en el personal de enfermería fue el ocasional con el 52%. El número promedio de pacientes que atienden a diario los médicos/as es de 15, con una atención mínima de 3 y máxima de 30, mientras que los/as enfermeros/as atienden a un promedio de 19.7 pacientes diarios, atendiendo a un mínimo de 2 y máximo de 30 pacientes. En lo referente a horas de trabajo por día los médicos/as cumplen una media de 11.2 horas diarias de trabajo, con un mínimo de 6 y máximo de 24 horas, mientras que los/as enfermeros/as cumplen una media de 9.4 horas diarias de trabajo, con un mínimo de 6 y máximo de 12 horas. En cuanto a los recursos necesarios que les brinda la institución a los participantes, los médicos/as en un 56% y los/as enfermeros/as en un 68% indican que medianamente la institución les provee de recursos indispensables para la realización de su trabajo. Con respecto a la realización de turnos el 80% de médicos/as no los realiza, mientras que el 80% del personal de enfermería si los realiza.

6.2. Resultados del inventario de burnout de Maslach y Jackson (MBI-HSS).

Tabla 3. Resultados de las dimensiones del burnout en los profesionales de la salud

		Profesión			
		Médico		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Agotamiento emocional	Bajo	10	40.0%	20	80.0%
	Medio	5	20.0%	5	20.0%
	Alto	10	40.0%	0	0.0%
Despersonalización	Bajo	15	60.0%	19	76.0%
	Medio	5	20.0%	4	16.0%
	Alto	5	20.0%	2	8.0%
Realización personal	Bajo	15	60.0%	13	52.0%
	Medio	4	16.0%	8	32.0%
	Alto	6	24.0%	4	16.0%

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

En lo referente al Maslach Burnout Inventory (MBI) en la dimensión de agotamiento emocional en la muestra de médicos/as 40% y de enfermeros/as 0% obtuvieron un nivel alto; en despersonalización 20% de los médico/as puntuaron un nivel alto, mientras que en el personal de enfermería tan solo el 8% de participantes obtuvieron un nivel alto en esta dimensión; por otro lado el personal médico consiguió un 60% en baja realización personal, mientras que en los/as enfermeros/as se obtuvo un 52% en esta misma dimensión.

Tabla 4. Resultados de los casos de burnout en los profesionales de la salud

		Profesión			
		Médico		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Burnout	No presencia	24	96.0%	25	100.0%
	Presencia	1	4.0%	0	0.0%

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

Según los datos obtenidos en la aplicación del MBI se puede determinar que existe 1 caso de burnout en médicos/as, que representa el 4%, mientras que en la muestra del personal de enfermería no se reporta ningún caso.

6.3. Resultados del cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-28).

Tabla 5. Malestar emocional de los profesionales de la salud

		Profesión			
		Médico		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Síntomas somáticos	No caso	11	44.0%	19	76.0%
	Caso	14	56.0%	6	24.0%
Ansiedad	No caso	12	48.0%	19	76.0%
	Caso	13	52.0%	6	24.0%
Disfunción social	No caso	25	100.0%	25	100.0%
	Caso	0	0.0%	0	0.0%
Depresión	No caso	22	88.0%	25	100.0%
	Caso	3	12.0%	0	0.0%

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

En lo referente a malestar emocional, los síntomas que más se presentaron de acuerdo al cuestionario aplicado fueron los somáticos y ansiedad en ambos grupos, existiendo una diferencia considerable entre las dos muestras, por un lado, en los síntomas somáticos, el personal médico presentó un 56% frente a un 24% que presenta el personal de enfermería, mientras que en ansiedad los médicos/as obtuvieron un 52% y los/as enfermeros/as un 24%.

6.4. Resultados de la escala multidimensional de evaluación de los estilos de afrontamiento (BRIEF-COPE).

Tabla 6. Estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud

	Profesión							
	Médico				Enfermero/a			
	M	DT	Máx.	Mín.	M	DT	Máx.	Mín.
Auto distracción	2.56	1.78	6.00	.00	1.44	1.29	4.00	.00
Afrontamiento activo	3.28	1.99	6.00	.00	1.88	1.56	5.00	.00
Negación	1.16	1.57	6.00	.00	.52	.71	2.00	.00
Uso de sustancias	.44	.96	3.00	.00	.08	.40	2.00	.00
Apoyo emocional	1.44	1.26	5.00	.00	.84	1.07	4.00	.00
Apoyo instrumental	1.72	1.40	5.00	.00	1.28	1.31	4.00	.00
Retirada de comportamiento	.92	1.44	5.00	.00	.56	.92	3.00	.00
Desahogo	1.88	1.36	5.00	.00	.92	1.15	4.00	.00
Replanteamiento positivo	3.04	1.79	6.00	.00	1.68	1.75	6.00	.00
Planificación	3.12	1.54	6.00	.00	1.36	1.25	4.00	.00
Humor	1.64	1.38	4.00	.00	.64	1.35	4.00	.00
Aceptación	2.88	1.69	6.00	.00	1.52	1.39	4.00	.00
Religión	2.24	2.15	6.00	.00	2.48	2.29	6.00	.00
Culpa de sí mismo	2.16	1.72	6.00	.00	1.04	1.49	4.00	.00

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

Elaborado por: Jonathan Jirón

En estrategias de afrontamiento se observó que las que poseen una media más alta en la muestra de médicos/as son: afrontamiento activo (3.28), planificación (3.12), replanteamiento positivo (3.04) y aceptación (2.88); mientras que en la muestra de personal de enfermería las estrategias de afrontamiento que sobresalen con una media alta son: religión (2.48), afrontamiento activo (1.88), replanteamiento positivo (1.68) y aceptación (1.52).

6.5. Resultados del cuestionario de apoyo social de MOS.

Tabla 7. Percepción del apoyo social de los profesionales de la salud

	Profesión							
	Médico				Enfermero/a			
	M	DT	Máx.	Mín.	M	DT	Máx.	Mín.
Apoyo emocional	76.00	23.74	100.00	20.00	83.60	18.72	100.00	35.00
Apoyo instrumental	75.60	25.71	100.00	20.00	81.00	20.10	100.00	40.00
Relaciones sociales	78.33	20.04	100.00	30.00	86.20	20.01	100.00	30.00
Amor y cariño	82.67	22.28	100.00	26.67	91.20	16.07	100.00	40.00

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

Elaborado por: Jonathan Jirón

En cuanto al apoyo social se puede determinar que la media más alta es la escala amor y cariño, siendo para médicos/as 82.67 y para personal de enfermería 91.2, luego se percibe relaciones sociales con una media en médicos/as de 78.33 y enfermeros/as de 86.2, seguido por apoyo emocional para médicos/as de 76 y enfermería de 83.6 y finalmente apoyo instrumental en médicos/as con una media de 75.6 y enfermeros/as con una media de 81.

6.6. Resultados del cuestionario de personalidad de Eysenck revisado-abreviado (Eysenck personality questionnaire revised-abbreviated [EPQR-A]).

Tabla 8. Rasgos de personalidad de los profesionales de la salud

	Profesión							
	Médico				Enfermero/a			
	M	DT.	Máx.	Mín.	M	DT.	Máx.	Mín.
Neuroticismo	2.80	2.04	6.00	.00	1.44	1.00	4.00	.00
Extroversión	3.52	2.10	6.00	.00	4.08	1.68	6.00	1.00
Psicoticismo	1.76	1.13	4.00	.00	1.38	1.06	4.00	.00

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

Elaborado por: Jonathan Jirón

El rasgo de personalidad más alto fue el de extroversión en ambos grupos con una media de 3.52 en médicos/as y 4.08 en enfermeros/as, seguido de neuroticismo con 2.8 para personal médico y 1.44 para personal de enfermería y finalmente el rasgo de psicoticismo con 1.76 para médicos/as y 1.38 para enfermeros/as

6.7. Resultados de la correlación entre el síndrome de burnout y rasgos de personalidad

Tabla 9. Correlaciones entre dimensiones de burnout y el rasgo de personalidad

	Neuroticismo			Extroversión			Psicoticismo		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Agotamiento emocional	.474**	.001	50	-.151	.295	50	.280	.051	50
Despersonalización	.402**	.004	50	-.283*	.047	50	.160	.272	50
Realización personal	-.020	.889	50	.085	.559	50	-.029	.844	50
Burnout	.496**	.000	50	-.165	.253	50	.257	.074	50

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

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

Elaborado por: Jonathan Jirón

Se observa que existe una correlación muy significativa entre neuroticismo y agotamiento emocional, $r(50) = .474$, $p = .001$. Que indica que a mayor puntaje en este rasgo mayor será el agotamiento emocional. Existe una correlación muy significativa entre neuroticismo y despersonalización, $r(50) = .402$, $p = .004$. Por lo tanto, mientras mayor sea el puntaje en este rasgo de personalidad, mayor será la despersonalización. Se observa que no existe una correlación significativa entre neuroticismo y realización personal. Por otro lado, se evidencia una correlación muy significativa entre neuroticismo y burnout, $r(50) = .496$, $p = .000$. Que señala que a mayor puntaje en este rasgo mayor será el burnout.

Se observa que no existe una correlación significativa entre extroversión y agotamiento emocional. En cambio sí existe una correlación significativa entre extroversión y despersonalización, $r(50) = -.283$, $p = .047$. Por lo tanto, mientras mayor sea el puntaje en este rasgo de personalidad, mayor será la despersonalización. Por el contrario, se visualiza que no existe una correlación significativa entre extroversión y realización personal. Así mismo, se evidencia que no existe una correlación significativa entre extroversión y burnout.

Se observa que no existe una correlación significativa entre psicoticismo y agotamiento emocional. Así mismo, no existe una correlación significativa entre psicoticismo y despersonalización. Como se observa también que no existe una correlación significativa entre psicoticismo y realización personal. Se evidencia por último que no existe una correlación significativa entre psicoticismo y burnout.

CAPÍTULO 6

DISCUSIÓN

El objetivo general en el cual se centró la presente investigación fue el de identificar la relación entre el síndrome de burnout y los rasgos de personalidad en profesionales de la salud (médicos/as y enfermeros/as) en una institución pública de la provincia de Loja. Además de esto se incluyó variables muy importantes que complementan la investigación, entre las que destacan: determinar las características sociodemográficas (sexo, edad, número de hijos, etnia y estado civil) y laborales (ingresos mensuales, experiencia profesional, sector en el que trabaja, tipo de contrato que posee, recursos y turnos), malestar emocional (síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social y depresión), las estrategias de afrontamiento y el apoyo social.

En lo referente a la prevalencia del síndrome de burnout, es decir si existe presencia o no de casos de burnout en los participantes, se obtuvo una prevalencia de 4% en médicos/as, mientras que en enfermeras no se presentó ningún caso, estos datos se asemejan a los obtenidos por Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga (2009) quienes obtuvieron una prevalencia similar de 4% en los profesionales de la salud evaluados en el Ecuador, de lo cual se dedujo que el personal médico es el más afectado por este síndrome con un 12.1% frente a un 7.2% del personal de enfermería, otro estudio que se asemeja a los resultados obtenidos es el realizado por Ayala, Antezana e Yllatopa (2012) quienes luego de realizar su investigación dirigida al personal médico de una casa de salud obtuvieron una prevalencia de 10%. Por tal razón, se puede deducir, gracias a los resultados obtenidos en esta investigación, que en la provincia de Loja, específicamente en el sector rural, la prevalencia del síndrome de burnout tiende a ser baja.

En cuanto a los rasgos de personalidad el más alto fue el de extroversión en ambos grupos con una media de 3.52 en médicos/as y 4.08 en enfermeros/as, seguido de neuroticismo con 2.8 para personal médico y 1.44 para personal de enfermería y finalmente el rasgo de psicoticismo con 1.76 para médicos/as y 1.38 para enfermeros/as, estos datos concuerdan con los hallados en investigaciones anteriores, en las que se llega a la determinación que la mayoría de los participantes se caracterizan por ser extrovertidos (Ibáñez Martínez, 2015; Roth y Pinto, 2010). Por ello, esta investigación dejaría entredicho que, los profesionales de la salud de la provincia de Loja, se caracterizarían principalmente por ser extrovertidos.

En lo concerniente a las correlaciones entre dimensiones de burnout y rasgos de personalidad, se observa que existe una correlación muy significativa entre neuroticismo y agotamiento emocional, neuroticismo y despersonalización, así como también una relación

significativa entre extroversión y despersonalización. No existe ninguna relación entre psicoticismo y las tres dimensiones del burnout. Estos datos difieren de los obtenidos por Hernández y Olmedo (2004) quienes en un estudio realizado con la finalidad de determinar la correlación entre estos dos factores llegaron a concluir, luego de efectuado su estudio, que existe una relación entre ciertas características del síndrome de burnout, el neuroticismo y psicoticismo, pero no existe ninguna relación entre el burnout y la extroversión. Otra investigación realizada por Cebrià et al. (2001) deja en evidencia que algunos rasgos de personalidad, como la baja estabilidad emocional, la tensión y la ansiedad, se asocian de manera significativa a puntuaciones altas de burnout. Por otro lado Ortega, Ortiz y Coronel (2007) hicieron un estudio en médicos y enfermeras en el cual relacionaron la personalidad con el síndrome de burnout, de este estudio encontraron una correlación negativa entre la variable de personalidad resistente y burnout, resultado que difiere con el encontrado por Moreno-Jiménez, Garrosa y González (2000), quienes luego de realizada su investigación, llegaron a la determinación que existe una correlación significativa entre la personalidad resistente y el síndrome de burnout. Por tal motivo, se puede decir, que no todos los rasgos de personalidad guardarían relación alguna con el síndrome de burnout y sus tres dimensiones, que los más comunes son neuroticismo y agotamiento emocional, neuroticismo y despersonalización y extroversión y despersonalización.

En cuanto al perfil sociodemográfico se obtuvo mayor participación por parte de las mujeres dentro del personal médico con el 60% frente al 40% de los hombres, éstos datos coinciden a los publicados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), en donde señalan que en la provincia de Loja, según el censo del 2010, se evidenció que existe mayor población femenina con un 50.8% frente a la masculina con un 49.2%, lo mismo sucedió en la muestra de personal de enfermería, en donde se contó con la participación de un 88% de mujeres, frente a un 12% de hombres. En lo referente a la edad los médicos/as se ubicaron en una media de 35.2 años y enfermeros/as una media de 39.3 años, de lo cual se puede deducir que existe un predominio de personas jóvenes entre los profesionales de la salud, ya que la edad promedio en el personal de salud en la provincia de Loja está comprendida entre los 29 años (INEC, 2010).

En lo relacionado al número de hijos el personal médicos obtuvo una media de 1.3, mientras que enfermeros/as obtuvieron una media de 1.4 hijos, estos datos concuerdan con la media de la población lojana, la misma que está estipulada en un promedio de 1.6 hijos (INEC, 2010). Por otro lado en cuanto a la etnia en ambos grupos estudiados la mayoría se consideran

mestizos (médicos/as 92% y enfermeras 100%), así mismo según el INEC es la raza que predomina en los habitantes de la provincia de Loja con un 90.2%. En lo referente al estado civil, dentro del personal médico la mayoría están casados (48%); mientras que enfermeros/as en su mayoría están solteros/as (44%), estos datos se asemejan a los obtenidos en otros estudios enfocados a analizar la misma temática en donde también predominó el estado civil casado en médicos/as y el soltero en enfermeros/as. (Tello, 2010).

En lo que respecta a las variables laborales la mayoría de los participantes del personal médico (40%) manifestaron que percibían mensualmente una remuneración de entre \$2001 a \$3000, mientras que el personal de enfermería en su mayoría (68%) manifestaron que percibían un salario mensual de entre \$0 a \$1000 dólares, estas cifras concuerdan con la información publicada por el INEC a través de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en Hogares Urbanos y Rurales (ENIGHUR), realizada de abril del 2011 a marzo del 2012, la cual explica que el salario promedio de un médico/a oscila entre \$2034 y \$2641 más beneficios y bonos adicionales dependiendo el nivel de formación que posean y el salario promedio de los/as enfermeros/as está estipulado en \$1212. En cuanto a la experiencia laboral, la media para médicos/as es de 9.6 años, con un mínimo de 2 y máximo de 30 años; mientras que en enfermeras la media es de 12.3, con un mínimo de 2 años y máximo de 37 años, los presentes datos concuerdan con los publicados en otras investigaciones (Ramírez, 2015). En lo que respecta al sector en el que trabajan, el 96% de los médicos/as y el 100% de enfermeros/as señalaron que laboran en el sector público, estos datos no están sujetos a diferenciación puesto que la muestra que se evaluó trabaja en una institución pública de la provincia de Loja. El tipo de contrato que prevaleció en médicos/as fue plazo fijo con el 44%, mientras que en el personal de enfermería fue el ocasional con el 52%, estos datos difieren con el estudio realizado por Ramírez (2015) en el que menciona que el 49.5% de los participantes posee un contrato indefinido o nombramiento. El 20% de los médicos/as y el 80% de las enfermeras trabajan en turnos.

Por medio de ésta investigación, se puede llegar a la determinación de que las variables sociodemográficas y laborales, no influirían notoriamente en el desarrollo del síndrome de burnout, sino más bien, el ambiente en donde se desenvuelven los profesionales de la salud, ya que, en este caso, al desarrollar esta investigación en una institución pública de la provincia de Loja, y al ubicarse la misma en el sector rural, se evidenció que no existe una exposición significativa a actividades que generen estrés, ya que sus principales funciones son la de

proporcionar una atención primaria, pues al presentarse casos de mayor demanda profesional, éstos son remitidos de inmediato al hospital general de la provincia.

Al analizar los resultados obtenidos de las tres dimensiones del burnout se obtuvo los siguientes resultados: en agotamiento emocional el 40% de los médicos/as manifestaron niveles altos, datos que coinciden con los obtenidos por Sos Tena et al. (2002), que también obtuvo un 40% en esta dimensión estudiando a médicos/as, otros datos que se acercan a los obtenidos son los de Berdejo (2014) en un estudio a personal médico, en donde obtuvo una prevalencia de 51.1% en esta dimensión. Por otro lado en el personal de enfermería ninguno presentó alto nivel de agotamiento emocional, estos datos son menores a los obtenidos por Novoa et al. (2005), quien obtuvo 2.9% de puntuación alta en esta dimensión, y a los datos obtenidos por Parada et al. (2005) quien obtuvo una prevalencia de 10.7% en esta dimensión.

En la dimensión de despersonalización, el 20% de los médicos/as obtuvieron un nivel elevado, estos datos son superiores a los encontrados por Bernaldo y Labrador-Encinas (2007) quienes obtuvieron una prevalencia de 13.3% en esta dimensión e inferiores a los encontrados por Berdejo (2014) que obtuvieron una prevalencia en el personal médico de 36% en esta dimensión. Así mismo, en el personal de enfermería se obtuvo el 8% en nivel alto de despersonalización, datos que son menores a los encontrados por Holmes, Dos Santos, Farias, y Costa (2014) quienes en su investigación en personal de enfermería encontraron una prevalencia de 11.1% en esta dimensión y Novoa et al. (2005) que obtuvieron de su investigación una prevalencia de 11.4% en esta dimensión.

En la dimensión de realización personal el 60% de los médicos/as tuvieron una puntuación baja, estos datos son ligeramente inferiores a los obtenidos por Sos Tena et al. (2002) que obtuvieron una puntuación de 65% en baja realización personal en médicos y superiores a los obtenidos por Terrones-Rodríguez, Cisneros-Pérez y Arreola-Rocha (2016) en un estudio realizado al personal médico obtuvo una prevalencia de 41.3% en esta dimensión. El personal de enfermería obtuvo un 52% en nivel bajo de realización personal, datos que casi son similares a los obtenidos por Novoa et al. (2005) quien obtuvo un 50% de baja realización personal en enfermeros/as y que superan a los encontrados en la investigación realizada por De La Cruz De Paz (2014) en donde se evidenció un porcentaje de 44% de nivel bajo en esta dimensión.

Mediante esta investigación se podría deducir que, independientemente si la prevalencia del síndrome de burnout es alta o no, los profesionales de la salud desarrollarían alguna de las variables que caracterizan a éste síndrome, siendo la baja realización personal la principal característica que sobresale, seguida de agotamiento emocional y por último experimentarían sentimientos de despersonalización.

En lo que respecta a malestar emocional, los médicos/as obtuvieron las siguientes puntuaciones: síntomas somáticos 56%, ansiedad 52%, no se presentó disfunción social y depresión 12%; mientras que el personal de enfermería obtuvo las siguientes puntuaciones: síntomas somáticos y ansiedad 24%, 47.6% y no se revelaron casos de disfunción social ni depresión. Estos datos difieren a los encontrados en otros estudios (Flores, Jenaro, Cruz, Vega, y del Carmen Pérez, 2013; Rísquez, y Fernández, 2011).

Mediante la aplicación de éste instrumento, se podría decir que, así no exista presencia del síndrome de burnout en médicos/as y enfermeros/as, éstos pueden experimentar otros síntomas, entre los que destacan los síntomas somáticos y la ansiedad.

En estrategias de afrontamiento se observó que las que poseen una media más alta en la muestra de médicos/as son: afrontamiento activo (3.28), planificación (3.12), replanteamiento positivo (3.04) y aceptación (2.88); mientras que en la muestra de personal de enfermería las estrategias de afrontamiento que sobresalen con una media alta son: religión (2.48), afrontamiento activo (1.88), replanteamiento positivo (1.68) y aceptación (1.52). Estos resultados se asemejan a los obtenidos por Gonzales (2015) quien luego de realizar su investigación llegó a la determinación que la mayoría de los profesionales de la salud utilizan siempre las estrategias de afrontamiento referidos a solucionar el problema de forma inmediata, principalmente perciben sus propias competencias y la capacidad para manejarlas, intentando racionalizar las variables que influyen en su problemática, así como las capacidades para solucionarlas, otras veces utilizan las estrategias de afrontamiento enfocadas a la emoción, es decir, se centran netamente en sus propios sentimientos, analizando lo que piensan y cómo actúan, aunque también se puede manifestar reprimiendo dichas emociones o alterándolas y otras veces se enfocan en otros estilos de afrontamiento diferentes, llegando a la determinación que existe relación significativa entre las estrategias de afrontamiento y el síndrome de burnout. Otra investigación expone que si las estrategias de afrontamiento se utilizan de manera errónea conducen al aumento del síndrome de burnout (Austria, Cruz, Herrera y Salas, 2012).

Mediante esta investigación se deduce que las estrategias de afrontamiento habrían jugado un papel fundamental para que los profesionales de la salud de esta institución pública no hayan desarrollado el síndrome de burnout y por ende la prevalencia sea baja, ya que, como se conoce, si se usan estrategias de afrontamiento, éstas actúan como protectores para que no se desarrolle burnout.

En cuanto al apoyo social se puede determinar que la media más alta es la escala amor y cariño, siendo para médicos/as 82.67 y para personal de enfermería 91.2, luego se percibe relaciones sociales con una media en médicos/as de 78.33 y enfermeros/as de 86.2, seguido por apoyo emocional para médicos/as de 76 y enfermería de 83.6 y finalmente apoyo instrumental en médicos/as con una media de 75.6 y enfermeros/as con una media de 81. Existen diversas investigaciones que dejan en evidencia la relación entre el apoyo social y el síndrome de burnout, por ejemplo Aranda, Pando y Pérez (2004) llegaron a la determinación que cuando el apoyo social no es el adecuado o no se brinda, puede intervenir o facilitar el desarrollo del síndrome de burnout, a esta investigación se suman muchas más que también dejan en descubierto que si existe apoyo social el síndrome de burnout disminuye (Beltrán, Moreno y Reyes, 2004; Avendaño, Bustos, Espinoza, García y Pierart, 2009; Camacho-Ávila, Juárez-García y Arias Galicia, 2010).

Éste instrumento dejó denotar que los niveles de apoyo social son elevados en ésta población estudiada, por ende se podría decir que, el apoyo social influiría en gran manera al desarrollo del síndrome de burnout, ya que si dicho apoyo fuese elevado, la prevalencia del burnout sería baja.

CONCLUSIONES

- La prevalencia del síndrome de burnout en personal médico fue de 4%, mientras que en las enfermeras no se identificó ninguna prevalencia.
- En rasgos de personalidad existe una relación muy significativa entre neuroticismo y agotamiento emocional, neuroticismo y despersonalización, así como también una relación significativa entre extroversión y despersonalización. No existe ninguna relación entre psicoticismo y las tres dimensiones del burnout.
- El perfil sociodemográfico de los profesionales de la salud fue: médicas de sexo femenino, con una edad media de 35 años, aproximadamente con 1 hijo, mestiza y casada; mientras que en la muestra de enfermeras igualmente prevaleció el sexo femenino, con una edad promedio de 39 años, aproximadamente con 1 hijo, mestiza y soltera.
- El perfil laboral de los médicos/as fue que perciben un salario mensual entre \$2001 a \$3000, poseen una experiencia laboral de 9.6 años, con un tipo de contrato a plazo fijo, atienden una media de 15 pacientes al día, trabajan alrededor de 11 horas y no trabajan en turnos; mientras que en enfermeras su remuneración es de \$0 a \$1000, con experiencia de trabajo de 12.3 años, tienen un contrato ocasional, atienden una media de 19 pacientes al día, trabajan alrededor de 9 horas y trabajan en turno.
- En las dimensiones del burnout el personal médico presenta en agotamiento emocional 40% y enfermeras/os 0%; en despersonalización 20% de los médicos/as puntuaron un nivel alto, mientras que en el personal de enfermería tan solo el 8% de participantes obtuvieron un nivel alto en esta dimensión; por otro lado el personal médico obtuvo un 60% en baja realización personal, mientras que en las/os enfermeras/os se obtuvo un 52% en esta misma dimensión.
- En lo referente a malestar emocional los síntomas que prevalecieron fueron los somáticos y ansiedad en ambos grupos, por un lado, en los síntomas somáticos, el personal médico presentó un 56% frente a un 24% que presenta el personal de enfermería, mientras que en ansiedad los médicos/as obtuvieron un 52% y las/os enfermeras/os un 24%.
- En estrategias de afrontamiento sobresalen en médicos/as afrontamiento activo (3.28), planificación (3.12), replanteamiento positivo (3.04) y aceptación (2.88), mientras que en enfermeros/as sobresalen religión (2.48), afrontamiento activo (1.88), replanteamiento positivo (1.68) y aceptación (1.52).

- En cuanto al apoyo social la media más alta es la escala amor y cariño, siendo para médicos/as una media de 82.67 y para enfermeros/as 91.2, relaciones sociales en médicos/as 78.33 y enfermeros/as de 86.2, seguido por apoyo emocional para médicos/as 76 y enfermeros/as 83.6 y finalmente apoyo instrumental en médicos/as 75.6 y enfermeros/as 81.
- El rasgo de personalidad más alto fue el de extroversión en ambos grupos con una media de 3.52 en médicos y 4.08 en enfermeras/os, seguido de neuroticismo con 2.8 para personal médico y 1.44 para personal de enfermería y finalmente el rasgo de psicoticismo con 1.76 para médicos y 1.38 para enfermeras/os.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda a la institución llevara cabo constantemente talleres preventivos del síndrome de burnout con la finalidad de evitar el desarrollo del mismo en sus profesionales de la salud, y que que la prevalencia no aumente, sino al contrario disminuya aún más.
- Se recomienda prestar la ayuda necesaria y acompañamiento constante al médico/a que presenta este síndrome con el fin de reducir sus efectos negativos y de esta manera pueda brindar una mayor calidad de servicios a los pacientes.
- Con el objetivo de disminuir el malestar emocional en los profesionales de la salud, se sugiere llevar a cabo constantemente actividades como charlas informativas, talleres de superación personal, cursos de autoestima, relajación, periodos de descanso, entre otros, que ayuden a superar y que en un futuro no se vuelvan a presentar este tipo de malestares.
- Se recomienda capacitar contantemente al personal sanitario en temas de afrontamiento, con el propósito de evitar problemas y que no se afecte la calidad de atención a los pacientes.
- Se sugiere fomentar en la institución el trabajo en equipo, con la finalidad que los profesionales de la salud se sientan siempre apoyados y puedan llevar a cabo aún mejor su trabajo.
- Se recomienda en futuras investigaciones incluir una muestra más amplia y que abarque mayor número de instituciones que proporcionen resultados que puedan generalizarse de mejor manera.

BIBLIOGRAFÍA

Albee, G. (2000). Commentary on prevention and counseling psychology. *The Counseling Psychologist*, 28(6), 845-853.

Aldrete, M. G., Navarro, C., González, R., Contreras, M. I., y Pérez, J. (2015). Factores psicosociales y síndrome de burnout en personal de enfermería de una unidad de tercer nivel de atención a la salud. *Ciencia & trabajo*, 17(52), 32-36.

Álvarez, F. (2006). *Salud ocupacional*. Bogotá, Colombia: Ecoe Ediciones.

Álvarez, R. F. (2011). El síndrome de burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa. *Éxito empresarial*, 160, 1-4.

Álvarez, E., y Fernández, L. (1991). El síndrome de burnout o el desgaste profesional. Revisión de estudios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11 (39), 257-265.

Amelang, M. y Bartussek, D. (1991). *Psicología diferencial e investigación de la personalidad*. Barcelona: Ed. Herder.

Arauco, G. (2008). Síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital Nacional Especializado " Víctor Larco Herrera" (tesis de pregrado). Recuperada de: http://200.62.146.130/bitstream/cybertesis/495/1/Arauco_pg.pdf

Aranda, C., Pando, M. y Pérez, M. (2004). Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o burnout: una revisión. *Psicología y Salud*, 14 (1), 79-87.

Austria, F., Cruz, B., Herrera, L. y Salas, J. (2012). Relaciones estructurales entre estrategias de afrontamiento y síndrome de Burnout en personal de salud: un estudio de validez externa y de constructo. *Universitas Psychologica*, 11, 197-206.

Avendaño, C., Bustos, P., Espinoza, P., García, F., y Pierart, T. (2009). Burnout y Apoyo Social en Personal del Servicio de Psiquiatría de un Hospital Público. *Ciencia y enfermería*, 15, 55-68. Doi: 10.4067/S0717-95532009000200007.

Ayala, A., Antezana, P., e Yllatopa, E. (2012). Síndrome de burnout en asistentes y residentes de anestesiología del Hospital Nacional Daniel A. Carrión, setiembre 2011. *Actas peru. anestesiol*, 20(1), 13-20.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood, NJ: Prentice-Hall.

Beltrán, C. A., Montero, B. Z., Moreno, M. P., y Flores, J. E. S. (2011). Síndrome de Burnout, Variables Sociodemográficas y Laborales en Médicos Especialistas del Hospital Valentín Gómez Farias, México. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 1(1), 13-17.

Beltrán, C. A., Moreno, M. P., y Reyes, M. B. P. (2004). Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o burnout: una revisión. *Psicología y salud*, 14, 79-87

Berdejo, H. (2014). *Síndrome de desgaste laboral (Burnout) en los Médicos Residentes de Especialidades Médico Quirúrgicas de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá* (Tesis doctoral). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Recuperado de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/45814/1/05599120.2014.pdf>

Bernaldo, M., y Labrador-Encinas, F. (2007). Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencia extrahospitalaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 323-335.

Buunk, B. P., y Schaufeli, W. B. (1993). Burnout: A perspective from social comparison theory.

Brebner, J. (1983). A model of extraversion. *Australian Journal of Psychology*, 35, 349-359.

Camacho-Ávila, A., Juárez-García, A., y Arias Galicia, F. (2010). Síndrome de burnout y factores asociados en médicos estudiantes. *Ciencia y Trabajo*, 12, 251-254.

Cattell, R. B. (1950). The main personality factors in questionnaire, self estimated material. *Journal of Social Psychology*, 31, 3-38.

Cebrià, J., Segura, J., Corbella, S., Sos, P., Comas, O., García, M., Rodríguez, C., Pardo, M.J., y Pérez, J. (2001). Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Atención Primaria*, 27(7), 459-468.

Colom, B. R. (2012). *Psicología de las diferencias individuales*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.

Coloma, M. M., y Chailán, P. M. (2013). Síndrome de burnout en el equipo de salud de una unidad de cuidados intensivos, Concepción. *Revista Chilena de Medicina intensiva*, 28(1), 13-18.

Cox, T., Kuk, G. y Leiter, M. (1993). Burnout, health, work stress, and organizational healthiness. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.). *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 177-193). UK: Taylor y Francis.

Cueli, L. y Reidl, R. (1972). *Teorías de la personalidad*. México: Ed. Trillas.

Chaput, B., Bertheuil, N., Jacques, J., Smilevitch, D., Bekara, F., Soler, P., y Grolleau, J. L. (2015). Professional burnout among plastic surgery residents: can it be prevented Outcomes of a national survey. *Annals of plastic surgery*, 75, 2-8.

Cherniss, C. (1982). Cultural trends: Political, economic and historical roots of problem. En W. Paine (Ed.). *Job, Stress and burnout: Research, theory and intervention perspectives* (pp. 56-70). Beverly Hills: Sage Publications.

Cherniss, C. (1993). *The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout*. W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds). Washington, DC: Taylor y Francis.

Cloninger, S. C. (2003). *Teorías de la Personalidad*. México DF, México: Pearson Prentice Hall.

De La Cruz De Paz, E. (2014). *Estrés laboral y Síndrome de Burnout en los Profesionales de Enfermería de Atención Hospitalaria* (Tesis de Pre-grado). Universidad de Valladolid, Valladolid, España. Recuperado de: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/5629>

De Paiva, L.C. , Gomes Canário, A.C. , Corsino de Paiva China, E.L. , Gonçalves, A.K. (2017). Burnout syndrome in health-care professionals in a university hospital. *Clinics*, 72(5), pp. 305-309.

Edelwich, J. y Brodsky, A. (1980). *Burn-out Stages of disillusionment in the helping professions*. Nueva York: Human Sciences Press.

Eysenck, H. y Eysenck, S. (1987). *Personalidad y diferencias individuales*. Madrid: Ed. Pirámide S. A.

Farber, B. A. (1983). *Introduction: A critical perspective on burnout*. En B.A. Farber (Ed.) *Stress and burnout in the human service professions* (pp. 1-20). Nueva York: Pergamon Press.

Farber, B. A. (1984). Stress and burnout in suburban teachers. *Journal of Education Research*, 77 (6), 325-331.

Ferrel, R. (2010). Síndrome de desgaste profesional (burnout) en médicos especialistas de un hospital universitario, de la ciudad de Santa Marta, Colombia. *Duazary*, 7(1), 29.

Ferrer, R. (2002). Burn-out o síndrome de desgaste profesional. *Medicina Clínica*, 119, 495-496.

Flores, N., Jenaro, C., Cruz, M., Vega, V., y del Carmen Pérez, M. (2013). Síndrome de burnout y calidad de vida laboral en profesionales de servicios sanitarios. *Pensando Psicología*, 9, 7-21.

Fransella, F. (1981). *Personalidad*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.

Gil-Monte, P. R. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout)

Gil Monte, P. R. (2007). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): una perspectiva histórica*. En P. Gil Monte y B. Moreno (Eds.) *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout)* (pp. 21-40). Madrid: Piramide.

Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M. y Valcárcel, P. (1995). *A causal model of burnout process development: An alternative to Golembiewski and Leiter models*. Trabajo presentado en el VII Congreso Europeo sobre Trabajo y Psicología Organizacional. Győr, Hungría.

Gil-Monte, P., y Peiro, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid, España: Editorial Síntesis.

Golembiewski, R. y Muzenrinder, R. (1988). *Phase of burnout: Development in concepts and applications*. Nueva York: Praeger Publishers.

Golembiewski, R. T., Munzenrider, R., y Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis. *The Journal of applied behavioral science*, 19(4), 461-481.

Gonzales, M. (2015). *Estrategias de afrontamiento y síndrome de Burnout en el profesional de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital III Daniel Alcides Carrión, Essalud Tacna 2014* (Tesis pregrado). Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Peru.

Gonzalez, M., (1979). Extraversión y Tiempo de Reacción. *Comportamiento*. Año 2, N°2.

Guilford, J. P. (1959). *Personality*. Nueva York: McGraw-Hill.

Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M., y Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Revista Española de Salud Pública*, 83(2), 215-230.

Gray, J. (1987). *The psychology of fear and Stress*. 2a. edición. Cambridge: Cambridge University Press.

Harrison, W. D. (1983). A social competence model of burnout. En B. A. Farber (Ed.) (1985), *Stress and burnout in the human services professions*. (2a. Ed.) (pp.29-39). New York: Pergamon Press.

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P, (2003). *Metodología de la Investigación*. México DF, México: Editorial McGraw-Hill Interamericana.

Hernández, G.L., y Olmedo, E. (2004). Un estudio correlacional acerca del síndrome del “estar quemado” (burnout) y su relación con la personalidad. *Apuntes de Psicología*, 22(1), 121-136.

Hobfoll, S. E. y Fredy, J. (1993). Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. En W. B. Schaufeli y T. Marek (Eds.). *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 115-129). UK: Taylor & Francis.

Holmes, E. S., Dos Santos, S. R., Farias, J. A., y Costa, M. B. d. S. (2014). Síndrome de burnout em enfermeiros na atenção básica: Repercussão na qualidade de vida/Burnout syndrome in nurses acting in primary care: An impact on quality of life/Síndrome de burnout en las enfermeras de la atención primaria: Impacto en la calidad de vida. *Revista De Pesquisa, Cuidado é Fundamental Online*, 6, 1384-1395. Doi:10.9789/2175-5361.2014.v6i4.1384-1395.

Ibáñez Martínez, L. (2015). *Ansiedad y personalidad en personal sanitario de Unidades de hospitalización del Principado de Asturias* (Tesis de post-grad). Universidad de Oviedo, Oviedo, Asturias, España. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10651/34550>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC] (2017). Tu gobierno (2017, 31 de marzo). Recuperado de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/>

Klarreist, S.H. (1990) *Work without stress. A practical guide to emotional and pshysical well-being on the job*. Nueva York: Brunner/Mazel Publisher.

Lahana, E., Papadopoulou, K., Roumeliotou, O., Tsounis, A., Sarafis, P. y Niakas, D. (2017). Burnout among nurses working in social welfare centers for the disabled. *Bmc nursing*, 16(15).

Larsen, R. y Buss, D. (2005). *Psicología de la personalidad (Segunda edición)*. México, Editorial Mc Graw Hill.

Lee, R. T. y Ashforth, B. E. (1993). A further examination of managerial burnout: Toward an integrate model. *Journal of Organizational Behavior*, 14, 3-20.

Leiter, M. P. y Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308.

Machado, I. B., Ramos, R. E., García, M. L. L., y del Rocío Guerrero, M. G. (2010). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de una Unidad de Psiquiatría. *Obtenido de: www. medigraphic. org. mx: http://www. medigraphic. com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene112f. pdf* Montañó, (2014).

Magalhães, E., Oliveira, Á. C. M. D. S., Govêia, C. S., Ladeira, L. C. A., Queiroz, D. M., y Vieira, C. V. (2015). Prevalence of burnout syndrome among anesthesiologists in the Federal District. *Revista brasileira de anestesiologia*, 65(2), 104-110.

Marañón, R. C. (2005). *Psicología de las Diferencias Individuales*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.

Martinez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 112, 1-40.

Marine, A., Ruotsalainen, J., Serra, C., y Verbeek, J. (2006). Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4).

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

Maslach, C., y Jackson, S. E. (1985). The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles*, 12, 837-851.

Maslach, C., y Jackson, S. E. (1986). *The Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychology Press.

Maslach, C., Schaufeli, W. B. y Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.

Mattei, A., Fiasca, F., Mazzei, M., Abbossida, V., Bianchini, V. (2017). Burnout among healthcare workers at L'Aquila: its prevalence and associated factors. *Psychology, Health and Medicine*, pp. 1-9.

Mejía, D., y García, L. A. (2016). *Síndrome De Burnout En Personal Asistencial De Un Hospital De Manizales–Año 2016*. Colombia

Mingote, J. C. (1998). Síndrome de burnout o síndrome del desgaste profesional. *Formación Médica Continuada*, 5, 493- 508.

Mischel, W., y Shoda, Y. (1995). A cognitive-affective system theory of personality: Reconceptualizing situations, dispositions, dynamics, and invariance in personality structure. *Psychological Review*, 102 (2), 246-268.

Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E., y González, J. (2000). Personalidad resistente, burnout y salud. *Escritos de psicología*, 4, 64-77.

Moreno-Jiménez, B., González, J., y Garrosa, E. (2001). Desgaste profesional (burnout). Personalidad y salud percibida. J. Buendía y F. Ramos (Eds). *Empleo, estrés y salud*. 59-83

Niven, N. (2009). *Psicología en enfermería*. México DF, México: Manual Moderno.

Novoa, M., Nieto, C., Forero, C., Caycedo, C., Palma, M., Montealegre, M., Mayona, M., y Sánchez, C. (2005). Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermería. *Universitas Psychologica*, 4(1).

O'Dea, B., O'Connor, P., Lydon, S., Murphy, A.W. (1017). Prevalence of burnout among Irish general practitioners: a cross-sectional study. *Irish Journal of Medical Science*, 186(2), 447-453.

Ortega, M. (2015). Prevalencia de síndrome de burnout en internos de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (tesis de posgrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú. Recuperada de: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4031>

Ortega, M., Ortiz, G., y Coronel, P. (2007). Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente. *Psicología y Salud*, 17(1), 5-16.

Parada, M., Moreno R., Mejías Z., Rivas A., Rivas F., Cerrada J., y Rivas F. (2005). Satisfacción laboral y síndrome de burnout en el personal de enfermería del Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes (IAHULA), Mérida, Venezuela, 2005. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 23(1), 33-45.

Pérez, A. (2010). El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, (112), 42-80.

Pines, A. (1993): Burnout: an existential perspective. (W.B. Schaufeli, C. Maslach, y T. Marek (Eds.), *Professional Burnout: Developments in Theory and Research*. Washington, DC: Taylor & Francis.

Pines, A., Aronson, E., y Kafry, D. (1981). *Burnout: From tedium to personal growth*. En C. Cherniss (Ed.), *Staff burnout: Job stress in the human services* (p. 15). Nueva York: Free Press.

Price, D. M., y Murphy, P. A. (1984). Staff burnout in the perspective of grief theory. *Death Education*, 8, 47-58.

Ramírez, M. (2015). *Burnout en Profesionales de la Salud del Ecuador* (Tesis doctoral). Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10347/14632>

Rísquez, M. I. R., y Fernández, C. G. (2011). Síndrome de quemarse por el trabajo, personalidad resistente y malestar psicológico en personal de enfermería. *Anales de psicología*, 27, 71-79

Rissardo, M. P., y Gasparino, R. C. (2013). Exaustão emocional em enfermeiros de um hospital público. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, 128-132.

Rojas, A. (1986). *Dimensiones de Extraversión-Introversión. Estabilidad-Neuroticismo en adolescentes que estudian en colegios de la Guardia Civil de Lima, comparación de los hijos de policías e hijos de civiles*. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología. U.S.M.P.

Rosales, M. S. (2015). Relación entre el síndrome de Burnout y la calidad de vida del profesional de enfermería de la Clínica Good Hope, julio 2009. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*, 3(1).

Roth, E. (2015). Síndrome de burnout, personalidad y satisfacción laboral en enfermeras de la Ciudad de La Paz. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBS*, 8(2).

Roth, E., y Pinto, B. (2010). Síndrome de burnout, personalidad y satisfacción laboral en enfermeras de la Ciudad de La Paz. *Ajayu*, 8, 62-100.

Rua, C., Body, G., Marret, H., y Ouldamer, L. (2015). Prevalence of burnout among obstetrics and gynecology residents. *Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction*, 44, 83-87.

Ruiz, C. O., y Ríos, F. L. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal Clinical and Health Psychology*, 4, 137-160.

Sánchez, P., y Sierra, V. M. (2014). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería en UVI. *Enfermería Global*, 13(33), 252-266.

Seelbach, G. A. (2012) *Teorías de la personalidad*. Tlalnepantla, Estado de México: Red Tercer Milenio.

Silva, J. B., Fernández, D. Y. B., y Zapata, C. P. M. (2015). Factores asociados al síndrome de burnout en docentes de enfermería, Medellín-Colombia 2008. *Revista Investigaciones Andina*, (21), 36-48.

Sos Tenaa, P., Sobrequés, J., Segura, J., Manzano, E., Rodríguez, C., García, M., y Cebrià J. (2002). Desgaste profesional en los médicos de Atención Primaria de Barcelona. *Medifam*, 12(10).

Staffa, M., Meira, J., Barros, D., Villas, D., Silva, C., Martins, D.,... Nascimento, C. (2016). Prevalência de síndrome de burnout em médicos intensivistas de cinco capitais brasileiras. *Revista brasileira de terapia intensiva*, 28(3).

Tello, J. (2010). *Nivel de síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeros de los Servicios Críticos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2009* (Tesis de pre grado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperado de: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/547>

Tenesaca, J., Uzhca, M. y Valarezo, D. (2011). *Factores de riesgo asociados al síndrome de burnout en las enfermeras profesionales del hospital "homero castanier crespó"*(Tesis de pregrado). Universidad de Cuenca, Ecuador.

Terrones-Rodríguez, J. F., Cisneros-Pérez, V., y Arreola-Rocha, J. J. (2016). Burnout syndrome in medical residents at the General Hospital of Durango, México. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 54, 242-248.

Thompson, M. S., Page, S. L. y Cooper, C. L. (1993). A test of Caver and Scheier's self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress Medicine*, 9, 221-235.

Vásquez, J. F., Maruy, A., y Verne, E. (2014). Frecuencia del síndrome de burnout y niveles de sus dimensiones en el personal de salud del servicio de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el año 2014: Lima, Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 77, 168-174.

Vélez, V. y Patiño, A. (2013). *Síndrome de Burnout y su relación en la atención que brindan a los pacientes los médicos tratantes del hospital provincial general Isidro Ayora Loja periodo septiembre 2013 - enero 2014*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Loja, Ecuador.

Winnubst, J. A. (1993). Organizational structure, social support, and burnout. En W. B Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*, pp. 151-162.

Zhou, X.Y., Pu, J.C., Zhong, X.N., Zhu, D., Yin, D.H., Yang, L.N.,... Xie, P. (2017). Burnout, psychological morbidity, job stress, and job satisfaction in Chinese neurologists. *Neurology*, 88(18), 1727-1735.