



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**  
*La Universidad Católica de Loja*

**ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA**

**TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

**“Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno. Investigación realizada en un hospital del norte de la ciudad de Quito – Ecuador, año 2017.”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN**

**AUTOR:** Valencia Chamorro Darwin Aníbal

**DIRECTORA:** Tamay Montero Yonny Cecilia, Dra.

**CENTRO UNIVERSITARIO: QUITO-TUMBACO**

**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**

**Dra. Yonny Cecilia Tamay Montero**  
**DOCENTE DE LA TITULACIÓN**

De mi consideración:

El presente trabajo titulación, “Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno. Investigación realizada en un hospital del norte de la ciudad de Quito – Ecuador, año 2017”, realizado por el Sr. Darwin Aníbal Valencia Chamorro, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por tanto, se aprueba la presentación del mismo.

Loja, agosto de 2017

f) .....

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, Darwin Aníbal Valencia Chamorro, declaro ser autor (a) del presente trabajo de titulación: *“Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno. Investigación realizada en un hospital del norte de la ciudad de Quito – Ecuador, año 2017”*, como trabajo de Titulación de Psicología, siendo la Dra. Yonny Cecilia Tamay Montero, directora de Tesis; 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: DARWIN ANÍBAL VALENCIA CHAMORRO

Cédula 1704870474

## **DEDICATORIA**

A mi amada familia:

Laurita, mi esposa.

Daniela, Ana, Estefy, Darwin, Dennys, Emilio José, Paula Valentina, José, Bryan.

Son fuente de amor, inspiración y superación permanente.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por sus bendiciones,  
a la Virgen Santísima por su amparo y al  
Divino Niño por su acompañamiento

**Un Agradecimiento especial a mi Directora de Tesis Dra. Cecilia Tamay.  
Sobre todo, por su calidad humana y profesional.**

## Urkund Analysis Result

**Analysed Document:** CORRECCION 5 Marco Teórico Darwin\_Valencia.docx (D25806966)  
**Submitted:** 2017-02-17 03:29:00  
**Submitted By:** darwin.valencia157@gmail.com  
**Significance:** 3 %

### Sources included in the report:

Marco Teórico.docx (D24819506)  
<http://ecuadorlibrered.tk/movimientos-sociales/5164-la-jornada-laboral-y-el-escalafon-medico>

### Instances where selected sources appear:

2

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA.....	1
APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN .....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA .....	iv
AGRADECIMIENTO .....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS .....	vii
RESUMEN.....	1
ABSTRACT .....	2
INTRODUCCIÓN .....	3
CAPITULO I .....	8
MARCO TEÓRICO.....	8
1.1    Conceptualización del Burnout.....	9
1.2    Definiciones del Burnout.....	10
1.2.1 <i>La década inicial, 1970.</i> .....	10
1.2.2 <i>La década de los 80.</i> .....	11
1.2.3 <i>La década de los 90.</i> .....	13
1.2.4 <i>La década del 2000.</i> .....	15
1.2.5 <i>La década del 2010 hasta la actualidad.</i> .....	16
1.3    Fases y desarrollo del Burnout.....	17
1.3.1    Factores que inciden en el desarrollo del SBO. ....	17
1.4    Fases del Burnout.....	18
1.5    Consecuencias del Burnout.....	22
1.5.1 <i>Consecuencia en la Salud Personal.</i> .....	23
1.5.2 <i>Consecuencias en el contexto laboral.</i> .....	23
1.5.3 <i>Consecuencia en la vida familiar.</i> .....	23
1.6    Acciones para prevenir el Síndrome de Burnout (SBO).....	23
1.7    Modelos Explicativos del Síndrome de Burnout. ....	25
1.7.1    Modelos desde la Teoría Socio cognitiva del Yo.....	26
1.7.2    Modelos desde la Teoría del intercambio social. ....	28
1.7.3    Modelos desde la Teoría Organizacional.....	30
1.7.4    Modelo Tridimensional de MBI- HSS (Maslach y Jackson) .....	32

1.7.7	Modelo desde la teoría estructural.....	34
1.8	Prevalencia Del Síndrome De Burnout. (SBO) .....	35
1.8.1	Prevalencia del SBO a nivel mundial. ....	35
1.8.2	Prevalencia del SBO en Latinoamérica.....	36
1.8.3	Prevalencia del SBO en Ecuador.....	39
<b>CAPITULO 2 .....</b>		<b>41</b>
<b>METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN. ....</b>		<b>41</b>
2.1	Objetivo General.....	42
2.2	Objetivos Específicos .....	42
2.3	Preguntas de investigación:.....	42
2.4	Contexto de la investigación.....	43
2.4.1	Especialidades Médicas.....	43
2.4.2	Equipos y Tecnología.....	44
2.4.3	Visión del Hospital.....	45
2.4.4	Misión del Hospital. ....	45
2.5	Diseño de investigación.....	45
2.5.1	Población y Muestra.....	45
2.6	Métodos y técnicas de investigación.....	46
2.7	Instrumentos. ....	47
2.7.1	<i>Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC.....</i>	<i>47</i>
2.7.2	<i>Inventario de Burnout de Maslach (Maslach Burnout Inventory) [MBI-HSS]</i> 48	
2.7.3	<i>Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28); (Goldberg y Hillier, 1979; versión española de Muñoz, Vázquez-Barquero, Rodríguez, Pastrana y Varo, 1979).....</i>	<i>48</i>
2.7.4	<i>Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE).....</i>	<i>49</i>
2.7.5	<i>Cuestionario MOS de apoyo social. (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Steward, 1991; versión española Revilla, Luna del Castillo, Bailón y Medina, 2005).....</i>	<i>50</i>
2.7.6	<i>Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A; Francis, Brown y Philipchalk, 1992; Versión española de Sandín, Valiente y Chorot, 1999).</i> 50	
2.8	Procedimiento.....	50
2.8.1	Recursos Institucionales .....	51
2.8.2	Recursos humanos. ....	52
2.8.3	Recursos materiales.....	52

2.8.4 Recursos económicos.....	52
<b>CAPITULO 3 .....</b>	<b>54</b>
<b>ANÁLISIS DE DATOS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....</b>	<b>54</b>
3.1 Variables sociodemográficas.....	55
3.2 Variables Laborales .....	56
3.3 Percepción del clima laboral.....	58
3.4 Correlación del SBO con el Neuroticismo.....	61
3.5 Cuestionario de apoyo social.....	64
<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>66</b>
<b>Resultados de la Prevalencia del Burnout.....</b>	<b>71</b>
<b>Variables asociadas al Síndrome de Burnout.....</b>	<b>72</b>
Variables sociodemográficas .....	72
Variables Laborales.....	72
Variables de personalidad.....	73
Variables moduladoras en situaciones de estrés. (afrentamiento).....	74
<b>Resultados comparativos en la presencia del Burnout en los profesionales de la salud.....</b>	<b>74</b>
El Neuroticismo como factor asociado al Síndrome de Burnout.....	75
Neuroticismo como factor correlacionado con el Síndrome de Burnout.....	76
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>78</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>80</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>82</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>84</b>

#### ÍNDICE DE TABLAS

<b>TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOCRÁFICAS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. ....</b>	<b>55</b>
<b>TABLA 2. CARACTERÍSTICAS LABORALES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.....</b>	<b>56</b>
<b>TABLA 3. PERCEPCIÓN DEL CLIMA LABORAL DE LOS MÉDICOS.....</b>	<b>58</b>
<b>TABLA 4. RESULTADOS DE LAS DIMENSIONES DEL BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD.</b>	<b>60</b>
<b>TABLA 5. RESULTADOS DE LOS CASOS DE BURNOUT EN LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>61</b>
<b>TABLA 6. MALESTAR EMOCIONAL DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. ....</b>	<b>62</b>
<b>TABLA 7. RESULTADOS DE RASGOS DE PERSONALIDAD.....</b>	<b>63</b>
<b>TABLA 8. PERCEPCIÓN DEL APOYO SOCIAL DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. ....</b>	<b>64</b>

<b>TABLA 9. RASGOS DE PERSONALIDAD DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.....</b>	<b>64</b>
<b>TABLA 10. RESULTADOS DE LAS DIMENSIONES DEL SBO.....</b>	<b>69</b>
<b>TABLA 11. RESULTADOS COMPARATIVOS EN LAS VARIABLES DEL BO .....</b>	<b>71</b>
<b>TABLA 12. PRESENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT .....</b>	<b>74</b>
<b>TABLA 13. RESULTADOS DE RASGOS DE PERSONALIDAD.....</b>	<b>76</b>
<b>ILUSTRACIÓN 1 FASES DEL SÍNDROME DE BURNOUT.....</b>	<b>17</b>
<b>ILUSTRACIÓN 2. MODELO DE FASES DE GOLEMBIEWSKI, MUNZENRIDER Y CARTER (1983).....</b>	<b>19</b>

## RESUMEN.

Este trabajo, requisito de titulación de Psicología, con el tema de investigación planteado por La Universidad Técnica Particular de Loja, "*Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno*", realizada en un hospital del norte de la ciudad de Quito – Ecuador, año 2017", está orientado a determinar la prevalencia del síndrome de Burnout (quemarse por el trabajo). Su contenido teórico está basado en el enfoque de Maslach y Jackson sobre el burnout que mide tres dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y realización profesional, contenido en tres capítulos: marco teórico, modelos explicativos del SBO, Análisis de datos y discusión de resultados. El diseño de este trabajo fue de tipo exploratorio, descriptivo, transversal, no experimental, cuantitativo, correlacional, con metodología inductiva-deductiva. Se seleccionaron 40 profesionales de la salud, médicos y enfermeras; con un bajo porcentaje de burnout en médicos con un bajo porcentaje e inexistente en enfermeras. En cuanto al Neuroticismo, obtenido con la aplicación del Test de Personalidad de Eysenck (EPQR-A), se determina su presencia con mayor incidencia en médicos que en enfermeras.

**Palabras Clave:** Síndrome de Burnout, cansancio emocional, despersonalización, realización personal, neuroticismo.

## ABSTRACT

This thesis has been submitted in fulfillment of the requirements of the Bachelor's Degree in Psychology, with the research topic proposed by Técnica Particular de Loja University, "Burnout identification among health professionals and factors related to this Phenomenon. Research carried out in a hospital in the north of the city of Quito - Ecuador, year 2017" focus is the Mental Health and to specifically determine the prevalence of burnout syndrome (BS), at a public hospital located north of Quito city; Its theoretical content is based on Maslach and Jackson's approach to burnout that measures three dimensions: emotional exhaustion, depersonalization and professional fulfillment, contained in three chapters: theoretical framework, explanatory models of BS, prevalence of BS. The design of this work was exploratory, descriptive, transversal, non-experimental, quantitative, correlational, with inductive-deductive methodology. We selected 40 health professionals, doctors and nurses, men and women; The results revealed a low percentage of BS presence in doctors and nonexistent in nurses. As for Neuroticism, obtained from the Eysenck Personality Test (EPQ), its presence is determined with greater incidence in physicians than in nurses.

**Keywords:** burnout syndrome, emotional tiredness, depersonalization, professional fulfillment, neuroticism

## INTRODUCCIÓN

La Universidad Técnica Particular de Loja, en su modalidad de estudios a distancia y a través de la Titulación de Psicología, plantea el tema de investigación denominado “Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el Ecuador”.

Esta investigación recopila información acerca de los riesgos laborales de carácter psicosocial como es el síndrome de burnout (quemarse por el trabajo), en profesionales de la salud, médicos y enfermeras, pues ocupa una de las principales causas de problemas laborales, ausentismo, deterioro en el ambiente de trabajo y condiciones deficientes en la atención a los pacientes o clientes.

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

En estudios realizados respecto a esta temática en lo referente a la prevalencia de burnout a nivel de Iberoamérica podemos indicar los siguientes datos: en España fue de 14,9%, del 14,4% en Argentina, y del 7,9% en Uruguay. Los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias entre 2,5% y 5,9%. Los médicos tuvieron una prevalencia del 12,1%, y las enfermeras del 7,2%. (Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats, y Braga, 2007).

Los estudios realizados en el Ecuador al respecto del burnout han sido aislados o independientes, así lo reflejan la información y datos existentes, como ejemplo un estudio realizado por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en el año 2007, particularmente al Hospital Andrade Marín, y no al sistema de Salud que maneja esta Institución, dando como resultado una prevalencia del 14% del Síndrome de Burnout en una población de 742 médicos y enfermeras de los diferentes servicios. (Landázuri, J. 2011). Otra investigación realizada del Síndrome de Burnout, en el Hospital Eugenio Espejo en el año 2011, que presenta una prevalencia del 39% en una muestra de 292 servidores de la salud, médicos y enfermeras (Lucero, Z y Zambrano. F. 2011). La investigación realizada al Hospital Quito de la Policía Nacional en el año 2011, que refleja el 8% de prevalencia del Síndrome de Burnout en una muestra de 93 médicos y enfermeras.

Actualmente el Ecuador a través del Código de Trabajo solicita conocer los factores de riesgos psicosociales entre ellos el burnout en el diseño del perfil del puesto. Por tal razón la Universidad Técnica Particular de Loja con la presente investigación, contribuye significativamente iniciando con la identificación del desgaste profesional en los trabajadores de las instituciones sanitarias de nuestro país. En tal virtud, el tema de investigación es identificar la prevalencia del síndrome de desgaste laboral (Burnout) en el personal de médicos y enfermeras de en un Hospital ubicado en el norte de la ciudad de Quito– Ecuador.

Este trabajo, tiene como fundamento un marco teórico con referencia del desarrollo del concepto del Burnout de algunos autores los cuales coinciden en que, es un proceso de deterioro en la respuesta profesional a las obligaciones en su trabajo, con síntomas que pueden llegar a afectar su vida misma y la de las personas que necesitan de sus servicios. Se describen los niveles de afectación, que van desde leve a extremo, así como los factores que inciden en el desarrollo del Burnout, las consecuencias en los trabajadores de la salud y la forma como detectarlo, es decir la sintomatología presente en las personas afectadas por el síndrome. Se mencionan los modelos explicativos en los que han sido integrados modelos teóricos que agrupan variables consideradas como antecedentes del síndrome y la prevalencia de afectación entre hombres y mujeres de los servicios de salud.

En la presente investigación para saber, ¿Cuál es la prevalencia del síndrome de burnout en sus tres dimensiones y su relación con las horas de trabajo diarias, en médicos/as y enfermeras de una institución de salud pública ubicada en la zona norte de la ciudad de Quito, durante el año 2016?, se les aplicó el cuestionario “Maslach Burnout Inventory” (MBI) para evaluar los niveles del Burnout que afectan a la eficacia en la atención a los pacientes, a la calidad y ambiente laboral, con ello la implicación y satisfacción profesional. Se procedió a reconocer las características sociodemográficas y laborales de la muestra investigada, así como a determinar los niveles de burnout en sus tres dimensiones, identificar el malestar emocional, conocer los tipos de afrontamiento y apoyo social más utilizados e identificar los rasgos de personalidad más destacados de todos los participantes; a través de la aplicación de los instrumentos de investigación.

Cada uno de los capítulos contemplados en el presente trabajo, nos dan cuenta de la importancia del estudio y la aplicación de esta herramienta para medir los niveles del síndrome de Burnout presente en este centro hospitalario; es así que, en el primer capítulo del marco teórico, contemplamos las diferentes conceptualizaciones y definiciones de este término en el cual muchos de los autores coinciden en ellas y en los efectos resultantes del SBO.

Se resumen los diferentes modelos explicativos del SBO, que están elaborados en función de su etiología contemplada por los diferentes profesionales estudiosos de esta afectación laboral.

La prevalencia del SBO nos permite mostrar frecuencias con cifras de afectación del SBO generales y como resultados de estudios en otros países. En el Ecuador la Prevalencia podremos establecerla luego de los modelos de investigación de este fenómeno y con el aporte del presente trabajo.

En el capítulo dos, apartado metodológico, se inicia exponiendo los objetivos general y específicos de la investigación, así como las preguntas de investigación objeto de este estudio. Seguidamente se expone el diseño de este trabajo que fue de tipo exploratorio, descriptivo, transversal, no experimental, cuantitativo, correlacional. En cuanto al contexto, esta investigación se realizó en una institución de salud pública ubicada en el norte de la ciudad de Quito, con alta demanda de atención médica en la ciudad, hospital adscrito a la red nacional de salud. La población objeto de estudio fueron 40 profesionales de la salud, (20 médicos y 20 enfermeras), la muestra fue de accesibilidad, no probabilística y accidental. Los participantes fueron profesionales en medicina y enfermería que laboran en este Hospital con un mínimo de 3 años de experiencia, aceptaron en forma voluntaria su participación en esta investigación y aceptaron firmar el consentimiento informado. Se excluyeron auxiliares de enfermería, tecnólogos y personal administrativo.

Los métodos utilizados fueron inductivo-deductivo, se ha seleccionado 40 profesionales de la salud mujeres y hombres, en un esquema no probabilístico, se socializó en reuniones con los médicos y enfermeras obteniendo su participación e interés en esta investigación.

En el capítulo 3, análisis de datos y discusión de resultados, se procedió a realizar la interpretación de los datos obtenidos, en los que se presentan las diferentes variables contempladas para esta investigación, considerando el género, edad, área de trabajo, estado civil, número de hijos, horarios, tiempo de servicio, número de pacientes atendidos en sus horarios, y los componentes del síndrome de burnout en sus tres dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y realización profesional.

Se cumplieron los objetivos de esta investigación, planteados dentro de la metodología SMART, por su sigla en inglés (specific, measurable, agreed, realistic, trackable), que aplicado a la investigación era específico en la obtención de la presencia del síndrome de burnout en

los profesionales de la salud de este hospital; medible con las formas y herramientas diseñadas en un esquema estadístico, acordado previamente con el departamento de investigación de la UTP, así como con los directivos y profesionales que accedieron a ser parte de esta investigación real, por cuanto se realizó en el mismo sitio de trabajo y con presencia e interrelación directa con los participantes, cumpliendo los plazos determinados en el proceso de elaboración del trabajo de titulación, con la guía de los profesores y directores de tesis. En resumen; se obtuvo la autorización de las autoridades del hospital, la participación de los profesionales médicos y enfermeras, la obtención de los datos a través de las herramientas empleadas y la respuesta al objetivo principal de la investigación: la prevalencia del burnout en los profesionales de este centro hospitalario.

El objetivo de este proyecto, es identificar el nivel del burnout en los empleados de instituciones sanitarias ya que esta población se enfrenta frecuentemente a situaciones de vida y muerte. El estrés laboral que se deriva de este contexto implica el desarrollo de problemas de salud y psicológico (ansiedad, depresión, etc.) y conductuales como burnout que se compone de tres dimensiones: (1) agotamiento o cansancio emocional definido como fatiga que puede manifestarse física y/o psíquicamente, es la sensación descrita como no poder dar más de sí mismo a los demás; (2) despersonalización como desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo; (3) baja realización personal o logro caracterizado por una dolorosa desilusión para dar sentido a la propia vida y hacia los logros personales con sentimientos de fracaso y baja autoestima.

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

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

En estudios realizados respecto a esta temática en lo referente a la prevalencia de burnout a nivel de Iberoamérica podemos indicar los siguientes datos: en España fue de 14,9%, del 14,4% en Argentina, y del 7,9% en Uruguay. Los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias entre 2,5% y 5,9%. Los médicos tuvieron una prevalencia del 12,1%, y las enfermeras del 7,2%. (Grau, A. et Flichtentrei, Suñer, Prats, y Braga, 2007).

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

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

**CAPITULO I**  
**MARCO TEÓRICO**

En el desarrollo de la presente investigación analizaremos: conceptualizaciones, teorías, investigaciones previas y antecedentes que sustenten la misma, de manera que el marco teórico se lo ha establecido en el siguiente orden:

- Conceptualización del Burnout
- Definiciones del Burnout.
- Fases y desarrollo del Burnout
- Consecuencias del Burnout
- Modelos explicativos del Burnout
- Prevalencia del Síndrome de burnout
- Variables asociadas de Burnout

### **1.1 Conceptualización del Burnout.**

El término BURNOUT es una palabra inglesa que se la traduce al castellano en varios términos como: agotar, consumirse, quemarse y contradictoriamente también apagarse, que varios autores e investigadores lo aplicaron para referirse al trabajador que en cierto tiempo afectó su situación de desempeño laboral por cansancio físico y mental, actitud inactiva o negativa hacia el trabajo.

(Bradley, 1969) había descrito por primera vez esta patología como "staff burnout", para referirse al extraño comportamiento que presentaban algunos oficiales de policía que trabajaban con delincuentes juveniles.

Freudenberger (1974), el término Burnout la utiliza para referirse al estado físico y mental de los jóvenes voluntarios que trabajaban en la "Free Clinic" de Nueva York, que luego de tres años de labor presentaron conductas irritables, agotamiento, cinismo con los clientes y tendencia a evitarlos. (Buendía & Ramos, 2001).

El BURNOUT, es un proceso de deterioro de las actividades profesionales que merman la capacidad de respuesta a los problemas propios de un trabajo o empleo, produciendo desmotivación, cansancio, tedio marcado, ansiedad y, por último, inactividad inconsciente o abandono psicológico de sus responsabilidades. Si bien es consecuencia de estrés permanente o crónico, mayor incidencia se presenta en carreras de alto riesgo, profesiones de trabajo estresante o de horarios extendidos, como el caso de policías, militares en actividades de entrenamiento, trabajadores de la salud; no se descarta que personas al cuidado de familiares enfermos graves o no autónomos presenten este síndrome.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha reconocido como un riesgo laboral al Burnout en trabajadores de la salud y con mayor incidencia en centros hospitalarios, sin embargo no consta en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), ni en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), ni se lo ha incluido en la nueva versión del Manual de la Asociación Estadounidense de Psicología (A. P. Association., 2013.).

El Burnout como riesgo laboral, no solamente tiene efecto sobre estos trabajadores, sino que también afecta y en forma directa a las personas entregadas a su cuidado, con las consecuencias ulteriores de responsabilidades legales y en el caso específico de Ecuador, con implicaciones penales de “mala práctica profesional”, según el nuevo Código Orgánico Integral Penal en su artículo 146. “Homicidio culposo por mala práctica profesional”. (ASAMBLEA NACIONAL, 2014).

El Síndrome Burnout, es el llegar a un estado de agotamiento físico, mental y emocional, en concordancia con el criterio de muchos autores, con repercusiones personales, laborales, sociales y legales, cuyos efectos o consecuencias pueden ser daños irreversibles en los clientes o en el entorno de quien lo padece.

## **1.2 Definiciones del Burnout.**

El burnout, o síndrome del trabajador “fundido”, es una enfermedad laboral cuya incidencia entre la población económicamente activa es cada vez mayor, por los factores de estrés que se van acumulando hasta llegar a ser crónicos, como lo afirman diversos autores.

El trabajador, se rinde, sucumbe a sus obligaciones y cumplimiento, no hay motivación personal para trabajar, el trabajo se hace indiferente e insoportable, le produce agotamiento emocional, mental y físico que afecta su vida personal, su equilibrio psicológico, que ineludiblemente incide en la pérdida del sentido de responsabilidad, hasta llegar a procesos de aislamiento y depresión.

### **1.2.1 La década inicial, 1970.**

Herbert Freudenberger (1974), psiquiatra de una clínica en New York, observó cómo la gran mayoría de los voluntarios que trabajaban con toxicómanos, en períodos de 1 a 3 años sufrían de forma progresiva una pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes. Para describir este comportamiento o conducta homogénea utilizó la palabra *Burnout*, que ya la empleaban

para los efectos del abuso y consumo crónico de drogas. La define como: “sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador”.

Cristina Maslach. (1976), estudia las respuestas emocionales de empleados de profesiones de ayuda a personas (médicos, enfermeras, policías, militares, profesores, trabajadores sociales, entre otros) y también elige el término *Burnout*, utilizado por los abogados californianos para describir la pérdida gradual del interés, la responsabilidad, el cinismo entre los compañeros de profesión. Esta expresión tuvo un efecto de aceptación social, ya que, de esta manera, los afectados no se sentían estigmatizados como con los diagnósticos psiquiátricos (Maslach y Jackson, 1986). Lo describe como el proceso gradual de pérdida de responsabilidad personal y desinterés cínico entre sus compañeros.

Oines y Kafry (1978) lo definen como una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal.

Spaniol y Caputo (1979), médicos psiquiatras, definieron el *burnout* como la falta de capacidad para afrontar las demandas laborales o personales.

En esta década, se inicia el estudio de esta patología, al ver el comportamiento de personas que trabajan en atención a enfermos y especialmente con problemas de consumo de drogas. Paralelamente Cristina Maslach, va incorporando este concepto a los comportamientos de profesionales de diversas áreas como de la salud, policías, militares, educadores y otros. Se lo define como agotamiento físico, emocional y actitudinal, producto de factores laborales.

### **1.2.2 La década de los 80.**

Edelwich y Brodsky (1980) lo describen como una pérdida progresiva de idealismo, energía y propósito.

Cherniss (1980) lo describe como un proceso transaccional de estrés y tensión en el trabajo, en el que destacan tres momentos: a) desequilibrio entre demandas en el trabajo y recursos individuales (estrés), b) respuesta emocional a corto plazo, ante el anterior desequilibrio, caracterizada por ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento, y c) cambios en actitudes y conductas (afrontamiento defensivo).

Pines y Aronson (1981) estudiosos en el campo de la psicología organizacional lo ubican como un estado de desgaste emocional y físico.

Maslach, (1981) la define como una condición multidimensional de agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la realización personal en el trabajo, que se da en ocupaciones con contacto directo y constante con personas.

Pines, Aronson y Kafry (1988) lo definen como un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por estar implicada la persona durante largos periodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente

Maslach y Jackson (1981) perfeccionan su definición inicial determinando que es una respuesta al estrés laboral crónico, encontrarse emocionalmente agotado, desarrollo de actividades y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (actividades de despersonalización), y la aparición de procesos de devaluación del propio rol profesional. Lo configuran al SBO como tridimensional caracterizado por: a) agotamiento emocional, b) despersonalización y c) reducida realización personal.

Brill, R. (1984) conceptúa un estado disfuncional y disfórico relacionado con el trabajo, en una persona que no padece otra alteración psicopatológica mayor, en un puesto de trabajo en el que antes ha funcionado bien, tanto a nivel de rendimientos objetivos como de satisfacción personal, y que luego ya no puede conseguirlo de nuevo, si no es por una intervención externa de ayuda, o por un reajuste laboral: y que está en relación con las expectativas previas.

Cronin, Stubbs y Rooks (1985) proponen que es una respuesta inadecuada, emocional y conductual a los estresores ocupacionales.

Smith, Watstein y Wuehler (1986) describe el burnout como un frágil patrón de síntomas, conductas y actitudes.

Garden (1987) concluye que una definición de burnout es prematura pues existe una ambigüedad en la realidad del síndrome que la investigación hasta el momento no ha permitido esclarecer.

Shirom (1989) lo define como consecuencia de la disfunción de los esfuerzos de afrontamiento, de manera que al descender los recursos personales aumenta el síndrome, por lo que la variable de afrontamiento sería determinante en la comprensión del burnout.

En esta década, los investigadores incorporan en sus definiciones a más de la afectación física, emocional y actitudinal, un proceso de estrés y tensión en el entorno laboral que produce un desequilibrio entre las obligaciones y los deseos de cumplimiento, los tiempos y horarios de labor bajo factores estresores, que es condensado en la definición de Maslach (1981) en tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y realización profesional.

### **1.2.3 La década de los 90.**

Hiscott y Connop (1989 y 1990) lo definen en forma sencilla al *burnout* como un indicador de problemas de estrés relacionados con el trabajo.

Pines A, (1990), define al Burnout como resultado de la exposición del sujeto a “circunstancias anímicamente rigurosas en un tiempo continuo”. Este estado se caracteriza por agotamiento físico, emocional y mental.

Moreno, Oliver y Aragonese (1991) hablan de un tipo de estrés laboral que se da principalmente en aquellas profesiones que suponen una relación interpersonal intensa con los beneficios del propio trabajo.

Leiter (1992) lo asemeja a una crisis de autoeficacia., distanciando así el burnout del estrés laboral.

Burke y Richardsen (1993) proponen un proceso que ocurre a nivel individual como una experiencia psicológica envuelta de sensaciones, actitudes, motivos y expectativas, y es una experiencia negativa que da lugar a problemas de discomfort.

Leal Rubio (1993), resalta una sintomatología depresiva que surge ante lo que el individuo siente como fracaso de sus intervenciones, pérdida de autoestima por la vivencia de que su trabajo y esfuerzo que no son útiles.

Garcés de Los Fayos (1994) señala que el burnout puede ser similar al estrés laboral o consecuencia de éste.

Schaufeli y Buunk (1996) interpretan el burnout en términos de comportamiento negativo en la organización, que afectaría no solamente al individuo, sino también a ésta.

De Las Cuevas, (1996) añade otros factores, coadyuvantes para el Burnout, como los culturales, ocupacionales, educacionales, individuales o de personalidad.

Hombrados (1997) en su definición, considera la coexistencia de un conjunto de respuestas motoras, verbales-cognitivas y fisiológicas ante una situación laboral con exigencias altas y prolongadas en el tiempo.

Gil-Monte y Peiró (1997) lo defienden como respuesta al estrés laboral crónico y una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos, cogniciones y actitudes, y que tiene un cariz negativo para el sujeto al implicar alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para la persona y para la institución.

Mingote Adán (1998) sintetiza los factores comunes a la mayoría de las definiciones de burnout: a) predominan los síntomas disfóricos, y sobre todo, el agotamiento emocional, b) destacan las alteraciones de conducta referentes al modelo asistencial o despersonalización de la relación con el cliente, c) se suelen dar síntomas físicos de estrés psico-fisiológico, como cansancio hasta el agotamiento, malestar general, junto con técnicas paliativas reductoras de la ansiedad residual, como son las conductas adictivas, que a su vez, median en deterioro de la calidad de vida, d) se trata de un síndrome clínico-laboral que se produce por una inadecuada adaptación al trabajo, aunque se dé en individuos considerados presuntamente "normales", y e) se manifiesta por un menor rendimiento laboral, y por vivencias de baja realización personal, de insuficiencia e ineficacia laboral, desmotivación y retirada organizacional.

En esta década los investigadores ponen énfasis en las condiciones laborales y la relación con la afectación del Síndrome de Burnout, que es como producto de crisis de autoeficiencia, disconfort e incluyen sintomatología depresiva. Es importante destacar los factores determinados por Mingote Adán (1998): síntomas disfóricos, agotamiento emocional, alteraciones de conducta en la relación con el cliente, estrés psico-fisiológico, cansancio hasta el agotamiento, malestar general, conductas adictivas, deterioro de la calidad de vida. Se lo cataloga como un síndrome clínico-laboral que se produce por una inadecuada adaptación al trabajo.

#### **1.2.4 La década del 2000.**

Schaufeli y Buunk (2003) distinguen tres enfoques teóricos del agotamiento: individuales, como una discrepancia entre expectativas y la realidad; interpersonal, como la falta de reciprocidad y la comparación social; y de organización, caracterizado por agotamiento, falta de equilibrio entre la persona y trabajo, como un proceso de choque con la realidad.

Molina y lañez (2005) lo definen como un deterioro progresivo y encubierto de la persona produciéndose depresión crónica, disfunciones familiares graves, violencia, automedicación, adicciones y hasta suicidio.

Según Aranda (2006) la palabra burnout es un término anglosajón que significa estar quemado, desgastado, exhausto, donde se pierde la ilusión por el trabajo.

Molina Linde y Avalos Martínez (2007) definen el síndrome de burnout como la paradoja de la atención en salud: el profesional de salud se enferma en la misma medida que éste sana a los pacientes.

El Burnout también ha sido descrito como producto de la interacción de diversos componentes: culturales, ocupacionales, educacionales, individuales o de personalidad (Tous Pallarés, 2007).

Maslach y Leiter (2008) relacionan el burnout especialmente con las características del trabajo, incluyendo alto volumen de trabajo, conflicto y ambigüedad de rol, baja previsibilidad, falta de participación y apoyo social, y experiencia de injusticia.

El Burnout también ha sido descrito como producto de la interacción de diversos componentes: culturales, ocupacionales, educacionales, individuales o de personalidad (Tous Pallarés, 2007).

En esta década, muchos autores convergen a un pensamiento de que el Burnout se presenta en la generalidad del ámbito de trabajos existentes, pues la prevalencia de mayor productividad o resultados requiere menos tiempo y recursos limitados; esta presión tiene como efecto el surgimiento de factores estresores que al volverse permanentes o crónicos estalla en el SBO.

### **1.2.5 La década del 2010 hasta la actualidad.**

El Burnout también puede ser explicado como un déficit en el sentido existencial, ya que predomina un sentimiento de vacío y de falta de sentido. Podría ser una forma especial de vacío existencial que también incluye síntomas físicos como el agotamiento. El sujeto cuya vida esté dominada por una búsqueda narcisista, relacionada con la aceptación social suele tener más probabilidades de padecer este síndrome (Längle, 2010).

Según Alfred Längle (2010, p. 5); “El Burnout (desgaste profesional) no es el resultado de una motivación en sustancia sino sólo en su forma externa- ajena al proyecto y debida a motivos egoístas- y por eso es que conduce a una dedicación aparente.” En general, para que el sujeto padezca este síndrome debe tener una carencia inicial, una actitud no existencial de raíz psicológica que puede llevar a la enfermedad.

En los procesos laborales se van identificando cuatro variantes primordiales para demostrar la aparición y el desarrollo del Burnout: urgencia de complacer las peticiones de otros, alta competitividad, ansiedad por obtener ganancias inmediatas y sentimiento de carencia de algo que se merece. (Martínez, 2010)

Independientemente de la ocupación, el burnout se produce como consecuencia de crisis sucesivas en el trabajo: alta demanda laboral, limitación de recursos y presiones directivas u organizacionales que generan procesos cíclicos de ineficiencia en las labores y cumplimientos diarios que con el tiempo producirán burnout, reflejado en: agotamiento físico, distanciamiento mental (cinismo y despersonalización) e ineficacia profesional.

Actualmente, el burnout es una enfermedad descrita en el índice internacional de la Organización Mundial para la Salud CIE-10, como “Problemas relacionados con el desgaste profesional (sensación de agotamiento vital)”, dentro de la categoría más amplia de “problemas relacionados con dificultades para afrontar la vida”, lo que llega a denotar la importancia de este padecimiento a nivel mundial. Forbes (2011)

En la actualidad, se añaden a los conceptos y definiciones de décadas anteriores el sentido existencial que desde la óptica social se ve sobrepasando por ese sentimiento casi inconsciente de realizar un trabajo exitoso por la consecución de beneficios, de reconocimiento y por los estándares de competitividad presentes en todos los espacios laborales en que nos desenvolvemos.

### 1.3 Fases y desarrollo del Burnout.

Tomaremos como referencia la calificación hecha por Guitart (2007) que dice: “El Síndrome de Burnout es un proceso, más que un estado” y ha establecido 4 niveles de evolución de la enfermedad, aunque éstos no siempre están bien definidos:

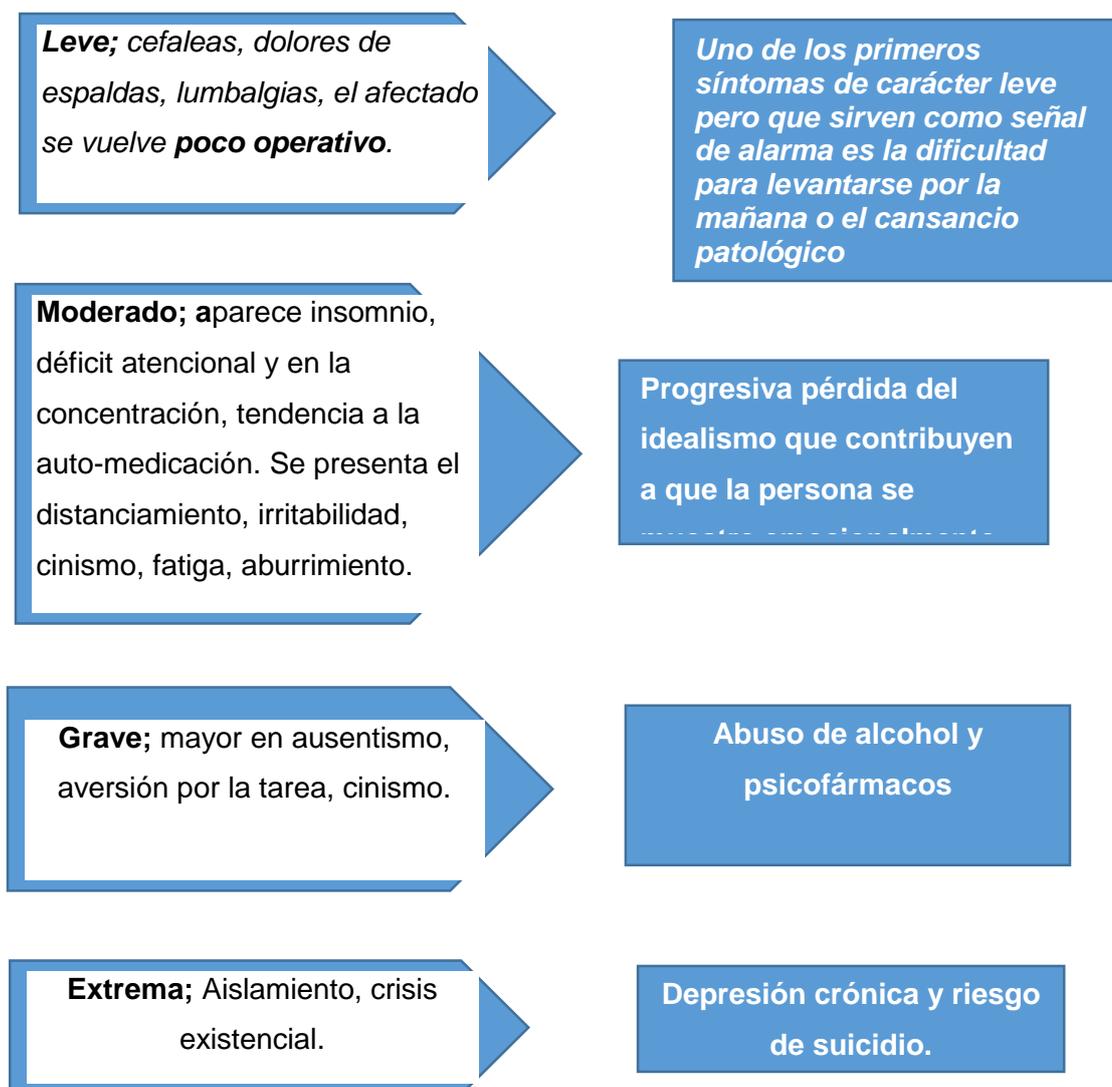


Ilustración 1 Fases del Síndrome de Burnout  
Fuente: Teoría explicativa de Guitart M 2007  
Elaboración: Valencia, D. (2017)

#### 1.3.1 Factores que inciden en el desarrollo del SBO.

Conocemos que en nuestro país la deficiente infraestructura hospitalaria, hace que los trabajadores de la salud están sometidos a todos los niveles anteriormente descritos, afectando también a profesionales recientemente incorporadas al sistema, jóvenes graduados, internistas, emergenciólogos, cirujanos, entre otros, que se ven saturados por la

cantidad de pacientes a su cargo, que, verbigracia, deben combinar con atención de consultas privadas o particulares, como una práctica común en su desarrollo económico, sometiéndose así a excesivos horarios de trabajo, turnos, guardias, que van más allá de sus posibilidades físicas, y del asertivo tratamiento profesional requerido para sus clientes, convirtiéndose en un entorno inmanejable.

Este entorno entonces lleva ineludiblemente a dos situaciones permanentes: Disminución de las horas del descanso (privación de horas de sueño) y exposición permanente a estrés.

Los profesionales de la salud, están mayormente expuestos a factores externos para que se presente el SBO; entre estos podemos anotar:

- Especialidad y área médica.
- Condiciones del puesto de trabajo.
- Información restringida de la organización hospitalaria.
- Limitada autonomía.
- Exceso de supervisión y control.
- Falta de retroalimentación y reconocimiento
- Discriminación e Inequidad

#### **1.4 Fases del Burnout**

Las fases de desarrollo del burnout, están dadas por el proceso que lleva hasta la afectación del profesional en cualquiera de los campos en que desarrolla su actividad, especialmente en profesiones que tienen relación con la atención a personas. Existen muchos procesos que han sido expuestos por varios investigadores y autores de estudios sobre el burnout, sin que se haya establecido uno en común, para esta enfermedad laboral. No es fácil condensarlos en uno solo por las diferencias también, en la respuesta que cada persona tiene a los factores o variables del SBO.

Algunos de los autores que han intentado una visión global son: Manzano (1998), GilMonte, Peiró y Valcarcel (1995), Golembiewski, Sun, Lin y Boudreau (1995), Farber (1991), Leiter y Maslach (1988), Pines y Aronson (1988), Cherniss (1982, 1980), Edelwich y Brodsky (1980), entre otros.

Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983). De los estudios sobre el burnout, es el primer modelo en ser presentado y contempla varias fases basado en las tres dimensiones, cuya secuencia va desde el apareamiento de actitudes de despersonalización como síntoma inicial

del desarrollo del Síndrome de Burnout, entendiéndolo como un mecanismo disfuncional de afrontamiento del estrés. Las otras dos dimensiones van este proceso como el experimentar baja Realización Personal en el trabajo, seguido a más largo plazo por Cansancio Emocional.

Las tres dimensiones las dividen en ocho fases en el desarrollo del burnout, tomando como referencia las puntuaciones en las tres dimensiones obtenidas en el MBI, mediante la división de éstas en función de la media, es decir, dependiendo de que la puntuación alcanzada en cada dimensión sea superior o inferior a la media, se asignan a los sujetos en dos grados: alto o bajo. Por tanto, la fase a la que es asignado cada sujeto depende de la combinación de la puntuación en las tres dimensiones.

Se determina la primera fase, cuando en las tres dimensiones puntúa por debajo de la media. La segunda fase se establece si puntúa superior a la media en la dimensión de despersonalización, pero inferior en las otras dos (cansancio emocional y realización personal) y así sucesivamente, según los valores de puntuación se van estableciendo las 8 fases. Los valores son los siguientes:

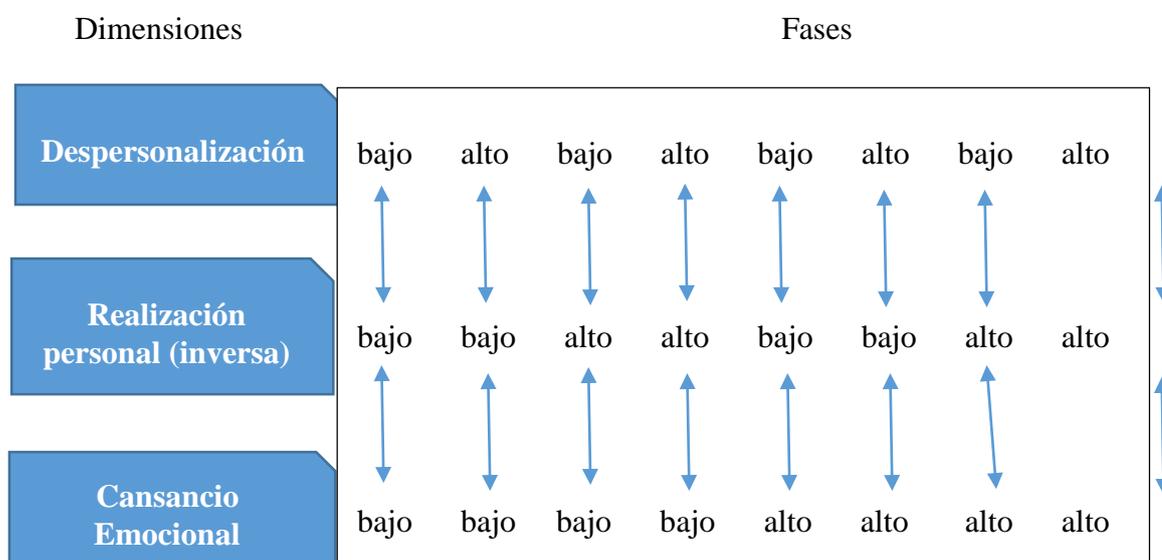


Ilustración 2. Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983)

Estas fases no necesariamente pueden ser secuenciales en una persona, puede pasar omitiendo ciertas fases producto de circunstancias o estresores que se presenten.

Edelwich y Brodsky (1980), explican este proceso mediante la elaboración de un modelo de 4 fases, donde están implícitos la desilusión y el desencanto, hacia la actividad laboral.

Primera Fase (**entusiasmo**): Aparece cuando se inicia la actividad laboral, el individuo desarrolla gran ilusión, energía y grandes expectativas sobre el trabajo. Disfruta de su actividad laboral. Es una fase de entusiasmo irreal, en la que los profesionales se sobreidentifican, con los individuos con los que trabajan, y se comprometen en la actividad hasta el punto de realizar actividades y horas voluntariamente.

Segunda Fase (**estancamiento**): El trabajo para este profesional, ya no es todo en su vida. Prefiere centrarse ahora en sus aficiones personales, los amigos, el hogar y la familia. Lo que más valora son los beneficios que recibe por su trabajo como: salario, horarios de trabajo y promociones.

Tercera Fase (**frustración**): En esta fase los individuos evalúan si vale o no la pena el trabajo que están haciendo, si tiene sentido servir a los demás, si merece la pena seguir luchando contra los obstáculos que frustran sus esfuerzos personales. Estos impedimentos que se presentan son vistos como detrimento a su satisfacción y el estatus personal, y como intentos de frustrar las intenciones del sujeto. En esta fase pueden aparecer problemas emocionales, fisiológicos y conductuales.

Cuarta Fase (**apatía**): Se considera una defensa frente a la frustración. El profesional se siente frustrado continuamente en el trabajo, pero lo necesita para poder vivir. Los trabajadores hacen lo mínimo, no les interesa las innovaciones y los cambios o novedades, incluso intentan evitar a las personas a las que deben atender. Lo único que desean es la estabilidad laboral. (Monte, G. 2005)

Leiter y Maslach (1988), el elemento central del burnout es el sentimiento de cansancio emocional que genera despersonalización (intento fallido de manejar los sentimientos persistentes de Cansancio Emocional mediante el distanciamiento personal) y falta de realización personal en el trabajo; se añaden otras consecuencias: absentismo o falta de compromiso con el trabajo. (Leiter, 1988).

Igual afectación se traslada al sentimiento complejo de inadecuación personal y profesional al puesto de trabajo, como tercer elemento que se hace presente al comprobar que las demandas de su trabajo exceden su capacidad de respuesta adecuada. Siempre trata de ocultar su incompetencia ante los demás y por ello da la imagen de interés y dedicación. Esta variable puede estar presente o encubierta por una sensación de omnipotencia.

Leiter (1993), reformula su planteamiento de las relaciones entre las dimensiones del MBI y un grupo de variables antecedentes y consecuentes del Síndrome de Burnout, obtiene que la

relación entre la Despersonalización y Realización Personal en el trabajo, no resulta significativa como en un principio formuló. En este nuevo modelo se mantiene la relación entre Cansancio Emocional y Despersonalización, es decir, la respuesta inicial del sujeto ante los estresores del entorno son los sentimientos de Cansancio Emocional, que según aumentan y se hacen crónicos, se desarrollan actitudes de Despersonalización como una manera de abordarlos (Leiter y Maslach, 1988).

En este nuevo modelo señala que:

Los sentimientos de Despersonalización no median la relación entre Cansancio Emocional y Realización Personal en el trabajo;

La baja Realización Personal en el trabajo es consecuencia directa de los estresores laborales y surge de forma paralela a los sentimientos de Cansancio Emocional como respuesta del sujeto a esos estresores laborales (en especial a la falta de apoyo social y de oportunidades para desarrollarse profesionalmente); y,

No establece ninguna hipótesis en el tipo de relación entre los sentimientos de Realización Personal en el trabajo y las actitudes de Despersonalización.

Lee y Ashforth (1933) consideran que la Despersonalización y la baja Realización Personal en el trabajo son consecuencia directa de los sentimientos de Cansancio Emocional. Tampoco consideraban la Despersonalización como una variable mediadora, a diferencia de Leiter y Maslach (1988). A pesar de que este planteamiento del proceso de desarrollo del Síndrome de Burnout presenta deficiencias metodológicas, ha sido adoptado por otros autores. (Dierendonck, Schaufeli y Sixma, 1994; Schaufeli y Dierendonck, 1993).

Gil-Monte, Peiró y Valcarcel (1995), como alternativa a las insuficiencias de las perspectivas anteriores, desarrollan una visión del proceso del Síndrome de Burnout en la que se integra el papel de las cogniciones y emociones como variables mediadoras en la relación entre el estrés laboral percibido y las respuestas actitudinales y conductuales. En este sentido, el Síndrome se inicia con el desarrollo de bajos sentimientos de Realización Personal en el trabajo y paralelamente altos sentimientos de Cansancio Emocional, surgiendo las actitudes de Despersonalización como estrategia de afrontamiento, ante la experiencia crónica de las otras dos dimensiones.

Estudios empíricos posteriores y la revisión de la literatura sugieren que los sentimientos de culpa podrían ser una dimensión del Síndrome de Burnout adicional a las tres mencionados

(Farber y Miller, 1981; Maslach, 1982a; Price y Murphy, 1984). De esta manera, cabe la posibilidad de identificar, al menos, dos patrones: 1) Caracteriza a los trabajadores que no desarrollan sentimientos de culpa intensos y que, aunque sufran el Síndrome, se pueden adaptar al entorno laboral, no resultando incapacitante para el ejercicio de la actividad laboral, a pesar de que ésta sea deficiente para los usuarios y para la organización; y 2) Incorpora la aparición de sentimientos de culpa como una dimensión más del Síndrome.

La aparición de sentimientos de culpa puede originar un círculo vicioso en el proceso del Burnout que intensifica sus dimensiones y lo hace perverso, puesto que llevarán a los trabajadores a una mayor implicación laboral para disminuir su remordimiento (Baumeister, Stillwell y Heatherton, 1994), pero como las condiciones del entorno laboral no cambian (sólo cambian los usuarios que presentan idénticos problemas) disminuirá la Realización Personal en el trabajo y aumentarán los niveles del Cansancio Emocional y de Despersonalización. Este proceso desarrollará de nuevo sentimientos de culpa, o intensificarán los existentes, originando un bucle que mantendrá o incrementará la intensidad del Síndrome (Gil-Monte, 2005, 2007). De esta manera, a medio o largo plazo, se producirá un deterioro de la salud del trabajador, aumentará su tasa de absentismo, y su deseo de abandonar la organización y la profesión (Gil-Monte, 2005).

### **1.5 Consecuencias del Burnout.**

(Martínez Pérez, (2010).) Las consecuencias del Burnout son de carácter emocional. Esto se explica porque los estudios realizados se han basado en la definición operativa de Maslach, en la que 12 de los 22 ítems de su escala apuntan al factor emocional, en general, los relacionados con la depresión, como sentimientos de fracaso, pérdida de autoestima, irritabilidad, disgusto, agresividad. Los síntomas cognitivos han sido menos estudiados, pero son de gran importancia pues en el comienzo del desarrollo del síndrome hay una incoherencia entre las expectativas laborales y lo real, lo que lleva a una frustración y depresión de índole cognitiva, que es una de las características del síndrome. También la segunda dimensión que atribuye Maslach y Leiter (1996) al Burnout, el cinismo, tendría alguna relación con lo cognitivo, manifestado por la autocrítica radical, la desvalorización personal que puede conducir al “autosabotaje”, la desconfianza y la desconsideración hacia el trabajo.

Las consecuencias son multidimensionales; ignorar o no tratar el Burnout, puede tener consecuencias significativas, (Gracia-Allen, J).

### **1.5.1 Consecuencia en la Salud Personal.**

La afectación a su salud se determinará por la presencia de: estrés excesivo, fatiga, ansiedad, insomnio, dolores musculares, migrañas, alergias, problemas cardiovasculares, colesterol alto, diabetes sobre todo en las mujeres, obesidad, úlceras, desordenes gastrointestinales, alteración de ciclos menstruales, pérdida de peso, afectación del sistema inmunológico, asma, depresión

### **1.5.2 Consecuencias en el contexto laboral.**

No solamente su desempeño y responsabilidades propias de su labor se verán afectados, sino que todo el entorno organizacional o su área de incidencia tendrán consecuencias en la productividad de la organización. En el caso de profesionales de la salud, los clientes o pacientes son lo más afectados ante esta situación. De todas maneras, sin importar la actividad laboral, una persona que padece del Síndrome de Burnout, verá afectada a más de su relación con las personas, los procesos y los resultados, su estabilidad o permanencia en ese puesto de trabajo.

### **1.5.3 Consecuencia en la vida familiar.**

Las consecuencias para su vida familiar es definitivamente grave y multidimensional también, por cuanto no solamente se considera la situación emocional, como irritabilidad, maltrato y violencia, sino que hay otros factores directamente proporcionales a este evento; podríamos poner escenarios como el de abuso de alcohol y sustancias psicotrópicas, abandono personal, aislamiento, depresión, y también deterioro de la calidad de vida de la familia por probable eliminación o disminución de ingresos económicos, especialmente si se trata de la persona que sustenta la economía del hogar.

## **1.6 Acciones para prevenir el Síndrome de Burnout (SBO).**

Se considera como una de las enfermedades del siglo, con alarmantes índices de disminución de la calidad en la atención a los pacientes, altos niveles de conflicto, deterioro de los servicios, impacto económico negativo y problemas en las personas: profesionales de la salud, pacientes, familia, sociedad, estado y las finanzas públicas en un proceso simultáneo y vertiginoso.

Muchos autores coinciden en que se deben considerar las siguientes medidas:

Días libres. Permite descansar mental y emocionalmente, añadiéndose actividades diferentes, deportiva, esparcimiento o simplemente descanso.

La distribución equitativa de cargas de atención médica. Establecimiento de suficiente personal para cobertura de turnos y períodos de descanso entre turnos.

Trabajo autónomo con controles y supervisión adecuados. No debe ser el supervisor el protagonista, sino que el cumplimiento e iniciativa es propio del servidor de la salud, dentro de los límites y parámetros organizacionales.

Eliminación de procedimientos administrativos innecesarios u optimización de los mismos, pues el hecho de llenar hojas realizar reportes para distintas personas, jefes, directivos o para organismos de control, produce un desgaste y además deben tomar el tiempo de su descanso para realizar estas tareas.

Establecer programas de tutoría personal para la resolución de problemas profesionales y de apoyo personal.

Crear ambientes de socialización fuera del horario de trabajo. Celebraciones, cumpleaños, comidas, permite momentos de relax, esparcimiento y conversatorio que pueden aliviar tensiones y factores estresantes.

Organizar torneos deportivos, con participación de la familia, esposos, hijos; esto permite mantener el apoyo mutuo del trabajo y la familia.

Asistencia y programas de apoyo y atención psicológica, en temas puntuales como: manejo del estrés, conflictos y situaciones personales.

En las grandes ciudades del Ecuador, confluyen un alto porcentaje de la población que es producto de la migración del área rural, en ningún tiempo programada o solventada para atenciones de servicio básicos menos aún de salud; por ello la deficiencia de la atención en el orden de infraestructura, equipamiento, insumos, instrumental, y todo lo que implica un centro de atención médica hospitalaria, los horarios de trabajo e inclusive se ha sumado el desplazamiento de profesionales de la salud ecuatorianos para dar cabida a gran número de profesionales de la salud de otros países, que según los cuerpos colegiados de profesionales de la salud, analistas tanto económicos como políticos dan su criterio de que no amerita y afecta a las condiciones de desempeño profesional, considerando también otros factores de carácter ideológico, como el que los médicos mayores de 65 años deben jubilarse, las condicionantes extremas de la responsabilidad penal expresa, de la mala práctica profesional, condiciona el accionar de los profesionales de la salud y su desempeño en la atención a sus pacientes.

Con este panorama, no tenemos un horizonte alentador y los profesionales se ven abocados a enfrentar este tenebroso proceso del Síndrome de Burnout.

### **1.7 Modelos Explicativos del Síndrome de Burnout.**

Dentro del proceso de estudio y análisis del síndrome de *burnout* se han integrado modelos teóricos con semejanzas y diferencias generales, que explican su etiología de manera satisfactoria. Estos modelos agrupan una serie de variables, consideradas como antecedentes y consecuentes del síndrome, y discuten a través de qué procesos los trabajadores llegan a sentirse quemados.

Se han establecido de esta manera cuatro modelos o grupos dentro del marco teórico:

Sociocognitiva del Yo:

- Modelo de competencia social de Harrison.
- Modelo motivacional de Pines.
- Modelo de Cherniss.
- Modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper

Intercambio social:

- Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli
- Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Fredy

Teoría organizacional:

- Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter.
- Modelo de Cox, Kuk y Leiter
- Modelo de Winnubst
- Modelo Tridimensional de MBI- HSS (Maslach y Jackson)
- Modelo de Edelwich y Brodsky
- Modelo de Price y Murphy

Teoría estructural.

- Modelo de Gil-Monte, Peiró y Valcárcel

### **1.7.1 Modelos desde la Teoría Socio cognitiva del Yo.**

En estos modelos se considera la forma de percibir la realidad dando gran importancia a variables como el auto concepto, la autoconfianza, autoeficacia, consecución de objetivos, que se verán afectados si no llegan al logro por falta de apoyo, recursos o problemas laborales.

#### **1.7.1.1 Modelo de competencia social de Harrison.**

Para este autor, la mayoría de los trabajadores que empiezan a trabajar en profesiones de servicios de ayuda están altamente motivados para ayudar a los demás y tienen un elevado altruismo. En su entorno laboral se encuentran con factores de ayuda, que facilitan la actividad o con factores barrera que la dificultan. Entre estos factores están la existencia de objetivos laborales realistas, el nivel de ajuste entre los valores del trabajador y los valores de la institución, la capacitación profesional, la toma de decisiones, la ambigüedad de rol, disponibilidad de los recursos, la retroalimentación recibida, la sobrecarga laboral, etc. (Izquierdo, 2014)

Según este modelo, la motivación para ayudar va a predeterminar la eficacia del trabajador en la consecución de los objetivos laborales, de forma que, a mayor motivación del trabajador mayor eficacia laboral. Además, si en el entorno existen factores de ayuda, esta efectividad crecerá y redundará en un aumento de los sentimientos de competencia social del trabajador.

Por el contrario, cuando los trabajadores encuentran en el entorno factores barrera, los sentimientos de eficacia disminuyen, porque el trabajador no acaba de conseguir sus objetivos, y esto afecta negativamente a la esperanza de conseguirlos. Al mantenerse esta situación en el tiempo se origina el síndrome de *burnout*, que por retroalimentación facilita el desarrollo de los factores barrera, disminuye los sentimientos de eficacia percibida y la motivación para ayudar.

Harrison (1983) señala que el modelo de competencia social es especialmente aplicable a los trabajadores que han desarrollado expectativas muy elevadas sobre la consecución de sus objetivos laborales, e intentan ayudar a los demás en situaciones que requieren algo más que la simple motivación para alcanzar el éxito.

El síndrome de *burnout* es el resultado de un proceso de desilusión, un fallo en la búsqueda de sentido para su vida en trabajadores altamente motivados hacia su trabajo.

#### **1.7.1.2 Modelo motivacional de Pines.**

En este modelo considera que el SBO se presenta por agotamiento físico, emocional y mental por situaciones de estrés crónico al ver truncadas las altas expectativas profesionales. El trabajador tiene alta motivación para el trabajo y el concepto de que el *burnout* se presenta en los sujetos de altas expectativas y fracasan en su labor, es aplicable a este modelo. El *burnout* se presenta como un proceso de desilusión, al verse disminuida gravemente la capacidad de adaptación del sujeto. Pines considera que la baja motivación inicial en trabajadores puede producir estrés, fatiga, depresión sin llegar al *burnout*.

#### **1.7.1.3 Modelo de Cherniss.**

El modelo elaborado por Cherniss (1993) señala que las características del ambiente que facilitan que el trabajador desarrolle sentimientos de éxito se corresponden con las características de las organizaciones que ayudan a prevenir el síndrome de *burnout*: un alto nivel de desafío, autonomía, control, retroalimentación de los resultados y apoyo social del supervisor y compañeros.

En este modelo es posible establecer una relación causal desde la incapacidad del trabajador para desarrollar sentimientos de competencia o éxito personal y el síndrome de *burnout*. Para ello, el autor incorpora la noción de 'autoeficacia percibida' de Bandura (1989), entendida como las creencias que las personas tienen sobre sus capacidades para ejercer un control sobre las situaciones que les afectan.

El éxito y el logro de los objetivos personales por uno mismo aumenta los sentimientos de autoeficacia, mientras que el fallo en alcanzar los objetivos conlleva sentimientos de fracaso, baja autoeficacia y puede dar lugar al desarrollo del síndrome de *burnout*.

#### **1.7.1.4 Modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993)**

Para estos autores el SBO depende de cuatro variables: las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del trabajador, el nivel de autoconciencia del trabajador, sus expectativas de éxito, y sus sentimientos de autoconfianza.

La autoconciencia es fundamental en la etiología del síndrome. Los trabajadores con alta autoconciencia se caracterizan por una tendencia exagerada a autoperibirse y a concentrarse en su experiencia de estrés, por lo que perciben mayores niveles de estrés que los trabajadores con baja autoconciencia. (Izquierdo, 2014)

Las discrepancias entre demandas y recursos y la no satisfacción de los mismos pueden afectar negativamente a su estado anímico que consecuentemente, redundará en una falta de confianza percibida para resolver esas discrepancias, y en bajos sentimientos de realización personal en el trabajo. Esto lleva al no cumplimiento de los objetivos y para los trabajadores que puntúan alto en el riesgo de autoconciencia y pesimismo tienden a resolver las dificultades retirándose mental o conductualmente de la situación problemática. Son parte del proceso de SBO.

La existencia de rasgos intensos de autoconciencia y pesimismo en los profesionales de servicios de ayuda, potencia el retiro del esfuerzo que deberían invertir para resolver las discrepancias, lo que supone una forma de distanciamiento frente a la experiencia o al riesgo de experimentar emociones negativas. Se señala también que altos niveles de autoconciencia aumentan la experiencia de desilusión, frustración o pérdida. (Izquierdo, 2014)

Estos modelos de la teoría sociocognitiva, basan sus enunciados en las condiciones del entorno laboral y el nivel de satisfacción del trabajador, de tal manera que si encuentra un clima laboral hostil o carente de recursos, desorganización y hasta respuestas contrarias a sus aspiraciones profesionales y personales, los síntomas del Síndrome de Burnout, se harán presentes.

En este grupo el modelo más representativo es el Modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993), que conjuga todos los elementos de discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del trabajador, el nivel de autoconciencia del trabajador, sus expectativas de éxito, y sus sentimientos de autoconfianza como etiología del SBO.

### **1.7.2 Modelos desde la Teoría del intercambio social.**

Consideran que las relaciones, tanto al interior como al exterior de sus sitios de trabajo, atenúan los efectos o estresores que pueden desembocar en *burnout*. Las relaciones sociales permiten crear sentimientos de apoyo, de comprensión y de ayuda y se originan en la familia, los vecinos, amigos, directivos, administradores, en las relaciones laborales, en las condiciones de trabajo entre otros. Cuando estos no existen, hay riesgos de factores estresores que conduzcan al *burnout*.

### **1.7.2.1 Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli (1993)**

Desarrollan el modelo para explicar la etiología del síndrome de *burnout* en profesionales de enfermería, y señalan que dentro de este campo profesional el síndrome tiene una doble etiología: por un lado, los procesos de intercambio social con los pacientes y, por otro, los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros.

En relación a los procesos de intercambio social con los pacientes, los profesionales de enfermería identifican tres variables estresores relevantes para el desarrollo del síndrome: la incertidumbre, la percepción de equidad, y la falta de control. *La incertidumbre*, se refiere a la falta de claridad sobre lo que uno siente y piensa sobre cómo debe actuar. *La percepción de equidad* alude al equilibrio percibido entre lo que los trabajadores dan y lo que reciben en el transcurso de sus relaciones y *la falta de control*, tiene que ver con la posibilidad del trabajador de controlar los resultados de sus acciones laborales.

Estos profesionales no buscan apoyo social en situaciones de estrés, por el contrario, evitan la presencia de compañeros y rehúyen su apoyo por miedo a ser criticados o tachados de incompetentes. (Izquierdo, 2014).

### **1.7.2.2 Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Fredy (1993)**

Afirman que el estrés surge cuando los individuos perciben que aquello que les motiva está amenazado o frustrado. Los estresores laborales amenazan los recursos de los trabajadores al generar inseguridad sobre sus habilidades para alcanzar el éxito profesional. Subrayan la importancia de las relaciones con los demás (supervisores, compañeros y personas hacia las que se dirige el trabajo) y de sus consecuencias como fuente de estrés en la percepción de situaciones de pérdida o ganancia.

El tipo de estrategia de afrontamiento que empleen los trabajadores también influirá sobre el síndrome de *burnout*. Dado que el modelo está basado en una teoría de corte motivacional, los autores señalan que el empleo de estrategias de afrontamiento de carácter activo disminuirá los sentimientos de *burnout* pues conllevan una ganancia de recursos.

En este modelo, los factores predominantes para desarrollar el síndrome de burnout, son el deterioro de las interacciones y relaciones con las personas del entorno laboral; el concepto o filiación con sus compañeros de trabajo es un sentimiento prioritario y el error voluntario o desgaste normal por labores u horarios tratan de ocultarlo para evitar los comentarios adversos y pérdida de aceptación y deterioro de relaciones, por lo que prefieren evadir o no

comentar preocupaciones de sus labores o responsabilidades; inconscientemente van por la ruta para llegar al burnout.

Se puede apreciar, además, que en el modelo de comparación social de Buunk y Shaufeli, esta direccionado o basado en el comportamiento de profesionales de enfermería; sin embargo, este modelo podría ser aplicable a otros trabajadores de la salud incluyendo a los médicos especialistas, que en muchas ocasiones por mantener su imagen profesional y personal, pueden permanecer inmutables ante errores o negligencias en su desempeño profesional.

### **1.7.3 Modelos desde la Teoría Organizacional**

Estos modelos consideran el contexto organizacional y de las estrategias de afrontamiento que utilizan los trabajadores y están sujetos a variables como la estructura de la institución, la cultura organizacional, el clima laboral, los beneficios y apoyo, su rol y funciones junto a la forma de afrontar las situaciones amenazantes; cuando estas, no cubren las expectativas se hace presente síndrome de *burnout*.

#### **1.7.3.1 Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983)**

El SBO es un proceso en el que los profesionales pierden el compromiso inicial que tenían con su trabajo como una forma de respuesta al estrés laboral y a la tensión que les genera.

El estrés laboral, en relación al síndrome de *burnout*, es su fase inicial está generado básicamente por situaciones de sobrecarga laboral (cuando existe demasiada estimulación en el puesto de trabajo), y por pobreza de rol (cuando hay escasa estimulación en el puesto de trabajo). En ambos casos los trabajadores sienten una pérdida de autonomía y de control que conlleva una disminución de su autoimagen, y sentimientos de irritabilidad y fatiga. En una segunda fase del proceso de estrés laboral el trabajador desarrolla estrategias de afrontamiento que pasan necesariamente por un distanciamiento del profesional de la situación laboral estresante. Ahora bien, este distanciamiento puede tener un carácter constructivo (cuando el profesional no se implica en el problema del usuario, aunque le atiende sin eliminar la empatía) o, por el contrario, un carácter contra productivo (cuando el distanciamiento conlleva indiferencia emocional, cinismo, rigidez en el trato, o ignorar a la persona).

Aunque, inicialmente el trabajador busca resolver las situaciones de forma constructiva, con imaginación y muchas veces con improvisaciones y creatividad, la persistencia de las

condiciones de sobrecarga o pobreza de rol le llevan a tratar a los demás como objetos. El resultado es el desarrollo de actitudes de despersonalización que corresponden a la primera fase del episodio del síndrome. Posteriormente el trabajador desarrollará una experiencia de baja realización personal en el trabajo y a más largo plazo agotamiento emocional. Cuando el trabajador se encuentra en las fases avanzadas del síndrome, y como consecuencia de éste, disminuye su satisfacción, implicación en el trabajo y realización laboral, con la consiguiente pérdida de la productividad. Asimismo, el trabajador experimenta más tensión psicológica y problemas psicosomáticos (Golembiewski, Hills y Daly, 1987).

### **1.7.3.2 Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993)**

Aborda el síndrome de *burnout* desde la perspectiva transaccional del estrés laboral que se da específicamente entre profesionales de los servicios humanos.

Para Cox, Kuk y Leiter (1993) el síndrome de *burnout* es entendido como una respuesta al estrés laboral que se desarrolla cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por el trabajador no resultan eficaces para manejar el estrés laboral y sus efectos. En el modelo transaccional se incluyen como variables 'sentirse gastado' (sentimientos de cansancio, confusión y debilidad emocional) y 'sentirse presionado y tenso' (sentimientos de amenaza, tensión y ansiedad).

Estas variables son una parte de la respuesta al estrés laboral, están en relación directa con los procesos de evaluación de los estresores, con la respuesta emocional que desarrolla el trabajador, y con las respuestas de afrontamiento y sus efectos sobre la situación y el trabajador. (Izquierdo, 2014)

Señalan que la experiencia de agotamiento emocional, para ellos es la dimensión central del síndrome de *burnout*. Está teórica y empíricamente relacionada con 'sentirse gastado', es una respuesta general que engloba variables emocionales y de bienestar; son un resultado de la evaluación cognitiva del trabajador sobre su experiencia de estrés, y tienen que ver con el significado del trabajo o con las expectativas profesionales frustradas.

### **1.7.3.3 Modelo de Winnubst (1993)**

Considera que el SBO afecta a todo tipo de profesionales y no sólo a los de organizaciones de servicios de ayuda. Elabora su modelo sobre cuatro supuestos:

1. Todas las estructuras organizacionales tienen un sistema de apoyo social que se ajusta óptimamente a ese tipo de estructura.
2. Los sistemas de apoyo social surgen en interdependencia con el clima laboral por lo que pueden ser mantenidos y mejorados optimizando el clima.
3. Tanto la estructura organizacional como la cultura y el apoyo social se rigen por criterios éticos derivados de los valores sociales y culturales de la organización.
4. Estos criterios éticos hacen posible predecir en qué medida las organizaciones inducirán en sus miembros tensión y el síndrome de *burnout*.

En las burocracias mecánicas, el SBO es causado por el agotamiento emocional diario consecuencia de la rutina, la monotonía y la falta de control derivada de la estructura. Pero, en las burocracias profesionalizadas, el SBO por la relativa laxitud de esa estructura que conlleva una confrontación continua con los demás miembros de la organización, y origina disfunciones en el rol y conflictos interpersonales.

Los modelos resumidos en este conjunto, se centran en las relaciones entre el trabajador y la estructura organizacional, la cultura, el clima organizacional y el apoyo social como antecedentes del síndrome de *burnout*. Cuando existen obstáculos o deterioro de esta estructura, se tiene como consecuencia **el estrés laboral** como el elemento de inicio del síndrome de burnout.

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

Maslach y Jackson consideran al Burnout un constructo tridimensional, que refleja: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, aplicando una escala con resultados bajo-medio-alto. El Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS) está dirigido a profesionales que dan atención a personas y fue elaborado por Gil\_Monte y colaboradores condensándolo en 22 ítems que miden las tres dimensiones, distribuyendo los ítems en: 9 para agotamiento emocional, 8 para realización profesional y 5 para despersonalización. Es aplicable a distintos grupos de profesionales: médicos, profesores, asistentes sociales, profesionales de salud mental y otros, con puntuaciones y cortes diferenciados.

El MBI es el test más utilizado internacionalmente y las tres dimensiones que evalúa son también las más empleadas para medir la presencia de *Burnout*. Se ha generado una nueva versión más genérica del MBI, llamado MBI-General Survey (MBI-GS) (Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson, 1996).

### **1.7.5 Modelo de Edelwich y Brodsky**

Su proceso, de acuerdo con el modelo propuesto por Edelwich y Brodsky (1980), se desarrolla en cuatro etapas diferentes: 1) Etapa de idealismo y entusiasmo: fase inicial, donde el individuo posee alto nivel de energía para el trabajo, expectativas poco realistas sobre él y aún no sabe lo que puede alcanzar con éste. La persona posee involucramiento excesivo con la clientela y sobrecarga de trabajo voluntario. Al inicio de su carrera, el profesional se encuentra bastante movilizado por motivaciones intrínsecas. Hay una supervalorización de su capacidad profesional, no reconociendo límites internos y externos que pueden influenciar el trabajo ofrecido al cliente. La frustración de las expectativas de esta etapa lo lleva al sentimiento de desilusión, haciendo que el trabajador pase a la siguiente etapa, la de estancamiento. 2) Etapa de estancamiento: Ésta supone una disminución en las actividades desarrolladas cuando el individuo constata la irrealidad de sus expectativas, ocurriendo la pérdida del idealismo y del entusiasmo. El individuo empieza a darse cuenta de que necesita realizar algunos cambios pasando a repensar su vida profesional. Dificultades en superar ese momento pueden hacer que el individuo se mueva para la otra etapa, la de la apatía. 3) Etapa de apatía: Se considera ésta el núcleo central de burnout. La frustración de las expectativas lleva al individuo a la paralización de sus actividades, desarrollando apatía y falta de interés. Empiezan a surgir los problemas emocionales, comportamentales y físicos. Una de las respuestas comunes en esta fase es la tentativa de retirada de la situación frustrante. El contacto con el cliente es evitado, ocurren las faltas al trabajo y en muchas situaciones se da el abandono de éste o inclusive de la profesión. Estos comportamientos empiezan a volverse constantes, abriendo el camino para la última etapa de burnout, la del distanciamiento. 4) Etapa de distanciamiento: La persona está crónicamente frustrada en su trabajo, ocasionando sentimientos de vacío total que pueden manifestarse en la forma de distanciamiento emocional y de desvalorización profesional. Hay una inversión del tiempo dedicado al trabajo con relación a la primera etapa. En el lugar del entusiasmo e idealismo profesional la persona pasa a evitar desafíos y clientes de forma bastante frecuente y trata sobre todo de no arriesgar a seguridad del puesto de trabajo, pues cree que a pesar de ser inadecuado, posee compensaciones (sueldo) que justifican la pérdida de la satisfacción (Edelwich y Brodsky, 1980).

### **1.7.6 Modelo de Price y Murphy**

El burnout es un proceso de adaptación al estrés laboral, que se caracteriza por una desorientación profesional, desgaste y labilidad emocional, sentimientos de culpa por la falta

de éxito profesional, frialdad, inhibición y aislamiento (Price & Murphy, 1984). Consideran que el proceso para la presencia del burnout se da en 6 fases sintomáticas: 1. Desorientación 2. Labilidad emocional 3. Culpa debido al fracaso profesional 4. Soledad y tristeza, que si se supera puede desembocar en la siguiente fase 5. Solicitud de ayuda 6. Equilibrio.

### **1.7.7 Modelo desde la teoría estructural.**

Los modelos desde la teoría estructural se basan en los modelos transaccionales que describen las relaciones de la persona con su medio ambiente y la capacidad de adaptación y afrontamiento a variables fluctuantes que pueden presentarse en ese medio ambiente, en donde plantean que el estrés es consecuencia de una falta de equilibrio de la percepción entre las demandas y la capacidad de respuesta del sujeto.

#### **1.7.7.1 Modelo de Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995).**

Elaboraron un modelo estructural sobre la etiología, proceso y consecuencias del síndrome de *burnout*.

El síndrome de *burnout* puede ser conceptualizado como una respuesta al estrés laboral percibido (conflicto y ambigüedad de rol) que surge tras un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales (estrategias de afrontamiento activo o de evitación) no son eficaces para reducir ese estrés laboral percibido. Esta respuesta supone una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias (falta de salud, baja satisfacción laboral, intención de abandonar la organización, etc.).

Estos modelos ponen de manifiesto la realización personal en el trabajo, que tienen una acción moduladora en los efectos de agotamiento emocional que producen actitudes de despersonalización, estado inicial del síndrome de burnout, y que está en función de la salud de la organización, determinada por su estructura, la forma en que sus políticas y procedimientos son percibidos favorablemente por sus trabajadores, el ajuste e integración de los sistemas psicosociales que la complementan. Esta variable ha sido identificada como antecedente de los niveles de estrés percibidos y de la intensidad de la respuesta o nivel de afrontamiento desarrollado por los trabajadores.

## 1.8 Prevalencia Del Síndrome De Burnout. (SBO)

Se ve reflejada como un dato estadístico en el que se determinan los casos presentados con el SBO en determinado momento o tiempo, este puede ser en un día o en un período. Esta prevalencia puede aumentar o disminuir por diferentes factores: duración en el tiempo, aparecimiento de más casos, disminución de personas afectadas, mejoras en la medicina o curación, aumento de la población sana, migraciones, políticas de salud entre otros.

De tal manera que podemos expresar que la prevalencia es el resultado del número de casos en un determinado momento (tiempo), existentes en una población objetivo.

$$\frac{\text{numero de casos de un evento}}{\text{población total}} = \text{Prevalencia}$$

La prevalencia permite tener cifras históricas y a la vez contar con elementos para conocer la tendencia en el desarrollo de un evento. Desde las responsabilidades de la salud, se considera importante para establecer la relevancia de una enfermedad, y orienta sus esfuerzos desde el punto de vista clínico, es decir del tipo de enfermedad, la gravedad, el impacto en la población, la morbimortalidad, la frecuencia, sus costos, los medios de prevención.

Una característica de la prevalencia es de que las cifras son estáticas para el momento o tiempo en que se analizaron o investigaron los casos suscitados en ese momento. Los cambios, como había indicado, estarán en función de múltiples factores, pero siempre tendrán un elemento importante que es el tiempo de presencia de casos.

### 1.8.1 Prevalencia del SBO a nivel mundial.

Utilizando las escalas de medición de Maslach (*MBI*) se ha observado que la frecuencia de aparición del síndrome entre los residentes, en distintos países es muy alta, independientemente de la especialidad de que se trate y del año en el que estén inscritos. (Thomas NK. Resident Burnout. JAMA 2004; 292:2880-2889.)

Detallan que la frecuencia oscilaba entre un 17% hasta un 76% (con una mayor frecuencia entre el 40% y 50%) con cifras particularmente elevadas en el entorno del agotamiento emocional. Estos estudios reflejan que la mujeres residentes y médicas especialistas tienen una mayor frecuencia de aparición del síndrome (hasta de un 60% mayor que en los hombres) pues la posibilidad crece en ellas de manera directamente proporcional al tiempo de trabajo,

incrementándose en un 12% por cada 5 horas arriba de los 40 semanales de compromisos laborales. (McMurray JE, Linzer M, Konrad TR, et al. The Work lives of women physicians. J Gen Intern Med 2000; 15:372-380)

La prevalencia de este síndrome en países desarrollados ha sido ampliamente estudiada, no así en países latinoamericanos. En un estudio reciente donde participaron trabajadores de 11 países europeos y Turquía, el 43% de los encuestados fueron clasificados con niveles altos del SQT, concluyéndose que este fenómeno es un problema común en toda Europa (Soler et al. 2008). Sin embargo, aplicando criterios más conservadores, en Holanda se estima que entre el 4% y el 7% de la población podrían sufrir niveles graves de SQT (Schaufeli y Enzmann 1998). Porcentajes cercanos al 7% se han estimado en Suecia (Hallsten 2005). En Finlandia se estima que los casos graves de SQT de la población trabajadora se sitúan sobre el 2.4% (Honkonen et al. 2006).

### **1.8.2 Prevalencia del SBO en Latinoamérica.**

En Latinoamérica se han realizado estudios en diferentes países a grupos profesionales y se ha estimado entre el 10% y 43,2%, de prevalencia del *Burnout* en diversos colectivos ocupacionales de Latinoamérica (Argentina, Brasil, Colombia, México y Venezuela) siendo estos fenómenos relacionados con diferentes factores psicosociales presentes en el trabajo. (Benavides 2008; Caballero y Palacio 2007; Fernández 2008; Juárez-García y Schnall 2007; Paredes y Sanabria 2008; Vitoria et al. 2003).

Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R; Prats, M., Braga, F. en el año 2007. Realizaron una investigación a una muestra de 11.530 profesionales de la salud de habla hispana sobre "La prevalencia de Burnout" obteniendo los siguientes resultados: España 14,9 %, Argentina 14,4 %, Uruguay 7,9 %, México 4,2 %, Ecuador 4 %, Perú 4,3 %, Colombia 5,9 %, Guatemala 4,5 % y El Salvador 2,5 %. Diferenciaron también por profesiones dando como resultado: Médicos 12,1%, Enfermeras del 7,2%, y Odontología, Psicología y Nutrición tuvieron cifras inferiores al 6%. En los médicos el burnout predominaba en los trabajadores en emergencia 17%; internistas 15,5%; anestesistas 5% y dermatólogos 5,3%.

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), año 2004, en un estudio sobre las condiciones de trabajo y salud docente, que incluyó la participación de 6 países latinoamericanos (entre ellos Chile), determinó un importante deterioro de la salud de los encuestados, estimando el SBO en un 25% de los trabajadores (Robalino y Körner 2005). Sin embargo, aplicando criterios más conservadores, Olivares y Gil-

Monte han estimado una prevalencia cercana al 5% en profesionales de servicios humanos chilenos (Olivares y Gil-Monte 2008a).

Algunos autores señalan que existe sólo alrededor del 25% de estudios del SBO con cierto rigor metodológico (Ferrer 2005).

En una investigación sobre “El Síndrome de Burnout en Latinoamérica entre el 2000 y 2010” llevan a cabo una revisión sistemática de 89 estudios realizados y publicados en revistas científicas, libros y en memorias de eventos científicos en 12 países latinoamericanos. Esta investigación es realizada por Fátima Díaz Bambula M.S. e Ingrid Carolina Gómez M.S, publicado en la revista Psicología del Caribe. Universidad del Norte.Vol 33(1): 113-131, 2016.

En este estudio realizan una síntesis con contenido informativo y no de resultados de las investigaciones; se presenta un listado con la cantidad de estudios de *burnout* en 12 países de Latinoamérica:

<b>Países</b>	<b>Nro. de estudios</b>
Argentina	10
Brasil	15
Bolivia	1
Colombia	22
Costa rica	2
Cuba	2
Chile	6
México	22
Perú	3
Rep. Dominicana	1
Uruguay	2
Venezuela	3
Total	89

Estudios del síndrome de Burnout en países Latinoamericanos,  
Referencia: revista Psicología del Caribe. Universidad del Norte.Vol 33(1): 113-131, 2016.  
Elaboración: Valencia, D. (2017)

Las investigaciones sobre el SBO han sido generalmente realizadas a profesionales de la salud: médicos, enfermeras, psicólogos, psiquiatras, fisioterapeutas y otros del campo de la salud. También se han hecho extensibles a otros grupos de asistencia social, policías,

profesores, estudiantes y de otras profesiones que trabajan en atención o en contacto con personas. La herramienta más utilizada es el Maslach Burnout Inventory (MBI).

Existen estudios particulares o aislados que son producto de elaboración de trabajos de investigación de Tesis de grado o de Postgrado que también son publicados en los diferentes medios de difusión. Considerando estos estudios y trabajos de investigación del Síndrome de Burnout; podemos anotar como ejemplos los siguientes:

Pais	Investigación	Institución	Autores	Herramienta	Muestra/Nro	Prevalencia
Argentina	SBO en Hospitales médicos residentes del NEA	del NEA (Noreste Argentino)	Cáceres, G., Echavarría, M. (2009)	MBI	Méd. Residentes #190	8.94%
	sep.2008 – may.2009					
México	burnout médicos familiares (2010)	en Inst. Mexicano del Seg. Social	Castañeda, E., & García de Alba, J. E. (2010).	MBI -HSS	240 medicos familiares	41.6%
México	Burnout médicos especialistas y no especialistas. (2010)	en Hospital “Dr. Carlos Canseco”	Velázquez, V. J., Peinado, J. M., Barrietos, M., Lin, D., Vázquez, F., & Llanes, A. (2010).	MBI	Med. Especialistas y no especialistas . #84	No presentan el SBO
Chile	Burnout personal de salud.	en el de Clínica Alemana de Puerto Varas	Ramírez, A., Santibáñez, C., Muñoz, C., Ramírez, G., Lechner, V., Soto, P., et al. (2010)	MBI	Médicos #85	7.6%
Colombia	burnout médicos especialistas	en Hospital Universitario de la ciudad de Santa Marta.	Ferrel,R., Sierra, E., & Rodriguez, M. (2010).	MBI	Médicos especialistas #56	

Guatemala	Burnout en el personal de salud mental	Hospital nacional de salud mental de Guatemala	Ochomogo, A., Barrera, E. (2011)	MBI	Médicos y Psiquiatras #94	12.24%
México	Burnout en profesionales de la salud	Instituto de salud México	Patlán, J. abril-octubre 2013	Escala de Desgaste Ocupacional (Burnout) de Uribe	Médicos #673	Agotamiento emocional 43.8% Insatisfacción de logro 18.4%
Paraguay	Burnout en médicos anestesiólogos	Hospitales de Paraguay	Delgado, M., Vega, C. E., Sanabria, L., & Figueredo, T. S. (2011).	MBI	Médicos anestesiólogos # 146	72.6%
Colombia	(Burnout) en los médicos residentes de especialidades medicas quirúrgicas	Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá.	Berdejo, H. L. (2014)	MBI-HSS	Médicos clínicos y cirujanos	32.3%
Uruguay	Desgaste Profesional en médicos pediatras	Médicos de Uruguay	Morín, V. 2014	MBI	Médicos pediatras #44	9% (médicos mujeres)
Perú	Burnout personal de Salud	Hospital de Santa María del Socorro de Ica	Arteaga, A., Junes, W., & Navarrete, A. (2014)	MBI	Médicos #238	3.78%
Venezuela	Burnout médicos anestesiólogos	Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera"	Arayago, R., González, A., Limongi, M., Guevara, H.	MBI	Médicos anestesiólogos #64	64.1%

Ilustración 3. Estudios del síndrome de Burnout en países Latinoamericanos, Referencia: revista Psicología del Caribe. Universidad del Norte.Vol 33(1): 113-131, 2016. Elaboración: Valencia, D. (2017)

### 1.8.3 Prevalencia del SBO en Ecuador.

En nuestro país, las investigaciones sobre el Síndrome de Burnout han sido focalizados y aisladas, de tal manera que existe información de estudios por hospitales o centros de salud con muestras pequeñas en relación a la población de profesionales. No se ha podido

encontrar un estudio a nivel nacional que refleje realmente un porcentaje global del SBO en los profesionales de la salud.

Tenemos investigaciones realizadas por Organizaciones o entidades internacionales que incluyeron a profesionales de la salud de Ecuador, pero también la muestra es reducida y focalizada; por ejemplo, un estudio del año 2007, de La prevalencia de burnout en profesionales de la salud de Hispanoamérica, (n = 11530), Ecuador refleja el 4% de una muestra de 593 profesionales de la salud de diferentes especialidades y enfermería, que son suscriptores de Intramed.

En un estudio llevado a cabo en profesionales de la salud del Hospital Quito de la Policía Nacional, se establece la prevalencia del SBO del 5.2%, (Trujillo, M. 2011) el cual presenta resultados con valores altos en despersonalización, agotamiento emocional y niveles bajos en realización personal, con una muestra de 96 médicos e internos rotativos. En este estudio no están incluidos personal de enfermería u otras áreas.

En el primer trimestre del año 2010, se ha realizado un estudio en los hospitales: Andrade Marín, Voz Andes y Metropolitano con una muestra de 125 médicos internos y residentes, obteniendo como resultado global una prevalencia del 30% de Síndrome de Burnout. (Pinto, 2010).

En el año 2011 se ha realizado una investigación en el Hospital Quito de la Policía Nacional a profesionales de la salud, médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería con una muestra de 93 personas. La prevalencia del Burnout es de 4%. (Landázuri, J. 2011).

La Dirección Nacional de Riesgos del Trabajo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, en el año 2007 a realizado una investigación en una muestra de 743 médicos y enfermeras de distintos del Hospital Andrade Marín de Quito obteniendo como resultado una prevalencia del Síndrome de Burnout del 14%.

Conforme al concepto y objetivo de la Prevalencia se debe considerar el tiempo (fecha) de levantamiento de la información, esta acotación la realizo en vista de que en muchos trabajos se registran el año de investigación mas no el período en el cual se levantaron los datos y la información. Esto puede acarrear errores en la información del número de casos respecto de ese año, pues la prevalencia puede cambiar en un mes o en varios meses en el año.

## **CAPITULO 2**

### **METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN.**

## **2.1 Objetivo General**

Identificar la prevalencia del síndrome de desgaste laboral (Burnout) en el personal de médicos y enfermeras de en un Hospital ubicado en la ciudad de Quito– Ecuador en el mes del 2017.

## **2.2 Objetivos Específicos**

1. Identificar la caracterización sociodemográfica y laboral de la muestra de 20 médicos y 20 enfermeras de una institución Hospitalaria, del norte de la ciudad de Quito, año 2017.
2. Identificar los factores predominantes que inciden en la aparición del síndrome de burnout en médicos y enfermeras de una institución Hospitalaria, del norte de la ciudad de Quito año 2017
3. Determinar la existencia del síndrome de burnout o desgaste laboral como enfermedad profesional de una institución Hospitalaria, del norte de la ciudad de Quito, año 2017
4. Conocer los modos de afrontamiento ante situaciones adversas de los profesionales de una institución Hospitalaria, del norte de la ciudad de Quito, año 2017
5. Identificar el apoyo social procedente de la red social: vínculos informales y vínculos del lugar de trabajo en profesionales de la salud de una institución Hospitalaria, del norte de la ciudad de Quito, año 2017.

## **2.3 Preguntas de investigación:**

¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales de la muestra investigada en la Institución Pública Hospitalaria ubicada en el norte de la ciudad de Quito, en el año 2017?

¿Cuáles son los factores de mayor incidencia en la presencia del desgaste laboral en los médicos y enfermeras del hospital ubicado en el norte de la ciudad de Quito, en el año 2017?

¿Cuál es la prevalencia del síndrome de *burnout* en los profesionales de salud (médicos/as y enfermeras) de la muestra investigada de una institución Hospitalaria, del norte de la ciudad de Quito, en el año 2017?

¿Cuáles de las variables, como salario, turnos, pacientes atendidos, tiempo de servicio, se encuentran como factores desencadenantes en la presencia del síndrome de desgaste laboral del Hospital investigado del norte de la ciudad de Quito, en el año 2017?

¿Cuáles son los tipos de afrontamiento y apoyo social con que cuentan los médicos y enfermeras del Hospital investigado del norte de la ciudad de Quito, en el año 2017?

## **2.4 Contexto de la investigación.**

La presente investigación se realizó a profesionales de la salud, 20 médicos y 20 enfermeras de un Hospital del norte de la ciudad de Quito, parte de la red de atención hospitalaria de tercer nivel, que presta servicios a la ciudadanía en general. Su infraestructura, equipamiento y calidad profesional de médicos y enfermeras hace de este centro hospitalario uno de los de más alta demanda en la ciudad, de tal manera que ha rebasado la capacidad de respuesta y atención, y más aún al haberse convertido en un hospital de atención a todo el público, sin que se haya considerado su ampliación ni incremento de personal médico.

### **2.4.1 Especialidades Médicas.**

Cuenta con los servicios de emergencia, quirófanos, UCI, cardiología, traumatología, odontología, urología, ginecología, imagen y rayos x, unidad materno infantil y neonatología, pediatría, salud mental, trabajo social, otorrinolaringología, oftalmología, laboratorios, y otros anexos.

Está integrado por profesionales médicos en las diferentes especialidades, así como enfermeras y tecnólogos en los servicios hospitalarios, que conforme a su organización y estructura orientan su labor dentro de los parámetros de prevención, diagnóstico y tratamiento.

Son médicos especializados dentro y fuera del país, con gran apoyo de capacitación y soporte de desarrollo profesional por parte de la institución hospitalaria.

La infraestructura está distribuida en bloques conforme al servicio que presta, de tal manera que hay un edificio, para consulta externa y de especialidades, un edificio de hospitalización, un área de Administración, un edificio de Archivo y todos los demás servicios de un hospital de tercer nivel.

El personal que labora en este hospital se desglosa de la siguiente manera:

Administrativos	96
Médicos	197
Enfermeras	153
Técnicos Instrumentistas	10
Auxiliares	95
Tecnólogos	59
Trabajadora Social	3
Varios Servicios	94
Total General	707

Distribución de profesionales de la salud.

Fuente Talento humano.

Elaboración: Valencia, D. (2017)

#### **2.4.2 Equipos y Tecnología.**

Cuenta con 3 ambulancias, 2 quirófanos de emergencias, sala de 5 quirófanos, equipos de imagen y rayos x, rehabilitación física y fisioterapia, servicio de farmacia y restaurante de atención al público y toda la implementación y equipamiento de un hospital de primer orden.

El hospital tiene una infraestructura de 3 edificios: uno destinado a la atención de consulta externa por especialidades; el segundo edificio a hospitalización y área administrativa y el tercero, a servicios de tecnología, abastecimiento, lavandería, cocina, salas de máquinas y otros servicios; cuenta con una construcción adicional para el archivo. Su atención de emergencia y hospitalaria es ininterrumpida.

Cuenta, además, con un parqueadero para los empleados y usuarios del hospital.

### **2.4.3 Visión del Hospital.**

Ser la primera elección en soluciones de salud, con estándares de calidad mundial a través de una estructura organizacional, tecnológica y orientada a desarrollar productos y servicios innovadores, con un equipo humano profesional, altamente capacitado, creativo, permanentemente motivado y comprometido con la Institución.

### **2.4.4 Misión del Hospital.**

Su misión es la de prestación de servicios de salud, con calidad y calidez en las áreas de atención y especialidades con que cuenta para titulares, beneficiarios y derechohabientes, así como a la población en general.

## **2.5 Diseño de investigación.**

La investigación ha sido diseñada con método **cuantitativo**, con aplicación de instrumentos de recolección de datos con características numéricas y formulación estadística. No se manipulan las variables, pues se trata de una **investigación no experimental**; de tal manera que se observan, en un ambiente cotidiano y real, situaciones, prácticas, costumbres predominantes, horarios, y actitud de las personas en los procesos que llevan adelante o están bajo su responsabilidad.

El diseño de investigación se considera **transaccional (transversal)**, pues se analizó el nivel de las variables en un momento dado; **descriptivo** porque los temas que se seleccionaron sirvieron para recoger la información con la que se detalló la investigación, y **correlacional** puesto que se valoró la relación que hay entre variables asociadas al fenómeno estudiado.

Este diseño permitió constar con los elementos correspondientes para evaluar los resultados estadísticos en relación con la muestra del hospital y tener una proyección de la población de este centro hospitalario.

### **2.5.1 Población y Muestra.**

La población está conformada por 70 médicos y 120 enfermeras que laboran en este centro hospitalario, según datos del Departamento de Talento Humano.

La muestra de la investigación, obtenida por procedimiento aleatorio simple, es de 40 personas, compuesta por 20 médicos y 20 enfermeras, en el Hospital, considerado como público y parte de la red integrada de salud.

La investigación se adecuó a las normas éticas respetando el acuerdo de Helsinki, el estudio no representó riesgo alguno para los participantes, y se garantizó absoluta confidencialidad de los datos personales otorgados en el consentimiento informado, el mismo que fue firmado por cada participante en esta investigación.

Los criterios considerados para seleccionar la muestra fueron:

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

*Criterios de exclusión:* Personal administrativo, técnico o auxiliar de enfermería/medicina, no firmar el consentimiento informado.

## **2.6 Métodos y técnicas de investigación.**

La presente investigación posee las siguientes características:

Cuantitativa, porque se analiza la información numérica de los instrumentos evaluados.

No experimental, porque se realiza sin la manipulación deliberada de variables y se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.

Transversal, porque 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.

Exploratoria, porque se trata de una exploración inicial en un momento específico.

Descriptiva, porque se seleccionan una serie de razones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas para así describir lo que se investiga (Hernández, Fernández, Baptista, 2003)

## **2.7 Instrumentos.**

En la presente investigación se aplicaron los instrumentos a la muestra aleatoria de médicos y enfermeras de un hospital público del norte de la ciudad de Quito.

Se utilizaron los siguientes cuestionarios:

Cuestionario de variables sociodemográficas de la muestra de médicos y enfermeras.

Test Maslach Burnout Inventory, que determinan los factores de riesgo del síndrome de desgaste laboral.

Cuestionario de salud general.

Cuestionario de afrontamiento (Brief – Cope)

De Apoyo social (AP)

Cuestionario de personalidad (EPQR A).

A la información obtenida se la procesó mediante las escalas propias de calificación de cada test, aplicando técnica estadística descriptiva en esta investigación, en la que se obtuvieron los resultados respectivos.

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

Enfocado en obtener información sociodemográfica relacionada con: género, edad, número de hijos, etnia, estado civil, ingresos mensuales, experiencia profesional, sector de trabajo, tipo de contrato, turnos, número de pacientes, recursos institucionales y clima laboral, variables que determinan comportamientos laborales diversos.

Son factores que determinan el poder llevar de mejor manera sus tensiones o efectos del trabajo, con el apoyo familiar, social, y psicológico especialmente, en cuanto las condiciones laborales le sean propicias y solventen no solamente sus necesidades económicas sino sus aspiraciones y deseos de bienestar personal, profesional y familiar.

La presencia del síndrome de desgaste laboral o de burnout considero que tiene una relación directa con estas variables, pues cuanto mayor equilibrio entre sus labores y los momentos de ocio, descanso o relación familiar positiva exista, menos propensión a la presencia de este síndrome será el resultado.

### **2.7.2 Inventario de Burnout de Maslach (Maslach Burnout Inventory) [MBI-HSS]**

En lo que respecta al inventario de *burnout* de Maslach [MBI-HSS] versión española de Seisdedos (1997) el cuestionario evalúa las tres dimensiones del *burnout*.

- a) Agotamiento emocional (indica nivel de cansancio y si la persona está exhausta por su trabajo),
- b) Despersonalización (niveles de distanciamiento laboral),
- c) Realización personal (niveles de satisfacción en el trabajo), este cuestionario utiliza la escala de Likert con puntuaciones de 0 a 6.

Este instrumento está constituido por 22 ítems: agotamiento emocional, compuesta por 9 ítems (1,2,3,6,8,13,14,16,20); despersonalización, compuesta por 5 ítems (5,10,11,15,22) y realización personal, compuesta por 8 ítems (4,7,9,12,17,18,19,21). Las puntuaciones máximas son en agotamiento emocional 54, despersonalización 30 y realización personal 48. Pese a que no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la presencia o ausencia del *burnout* se toman las puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización, mientras que se consideran las puntuaciones bajas en realización personal. (Maslach y Jackson, 1986; versión española de Seisdedos, 1997).

En cuanto a las propiedades psicométricas, el cuestionario es óptimo si el coeficiente alfa de Cronbach se encuentra entre 0.7 y 0.9 (González, Lacasta, y Ordoñez, 2008).

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

Este es un cuestionario auto-administrado, utilizado para conocer como la persona aprecia su estado de salud. Está compuesto por 28 ítems utilizados para comprobar la existencia de

problemas psiquiátricos menores y estado de la salud mental del encuestado. En lo que respecta a las propiedades psicométricas cuenta con el punto de corte de 5/6 indicador de la existencia de un caso probable, con sensibilidad = 84.6% y especificidad = 82% (Lobo, Pérez-Echeverría y Artal, 1986), y con un valor de alfa de Cronbach de 0.89. Evalúa por medio de cuatro sub-escalas:

- Síntomas somáticos: Dolores de cabeza, escalofríos, agotamiento entre otros.
- Ansiedad: Nerviosismo, pánico, dificultades para dormir.
- Disfunción social: Sentimientos hacia las actividades que realiza durante el día.
- Depresión: Sentimientos de desvalorización, pensamientos de muerte.

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

Esta escala multidimensional, está compuesto por 28 ítems, tiene como objetivo conocer las diferentes respuestas de la persona ante problemas estresantes y situaciones complicadas. (Vargas, Herrera, Rodríguez y Sepúlveda, 2010) los tipos de afrontamiento que evalúa son:

- Afrontamiento activo: Actividades y acciones ejecutadas para solucionar el problema.
- Auto-distracción: Centrar en actividades que no permitan pensar en el problema y así olvidarlo.
- Negación: Rechazar lo que está ocurriendo para no enfrentar el problema.
- Uso de sustancias: Ingerir sustancias para esquivar y no hacer frente al problema. poder afrontarla.
- Uso de apoyo emocional: Buscar en terceros afecto y apoyo.
- Uso de apoyo instrumental: Busca ayuda en guías que expliquen la situación problemática por la que se está pasando.
- Retirada de comportamiento: Hacer a un lado el problema, sin asumirlo dejando que se resuelva solo.
- Desahogo: Desahogo de los sentimientos que ha provocado el problema.
- Replanteamiento positivo: Sacar algo bueno del problema aprendiendo de él.
- Planificación: Formulación de un proceso a seguir para controlar el problema.
- Humor: Quitarle importancia al problema para no pensar en ello.
- Aceptación: Reconocer el problema y aceptarlo de manera tranquila.
- Religión: Refugio en espiritualidad.
- Culpa de sí mismo: Auto culparse de los problemas por los que se atraviesa.

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

El cuestionario creado por Survey; Sherbourne y Steward, 1991; versión española Revilla, Luna del Castillo, Bailón y Medina, (2005) es autoadministrado y consta de 20 ítems utilizados para conocer la extensión de la red social que posee la persona, utiliza una escala de Likert de 5 puntos, que va de 1 (nunca) a 5 (siempre), consta de un alfa de Cronbach de 0.97 y para las sub escalas entre 0.91 y 0.96. Identifica cuatro dimensiones de apoyo social:

Apoyo emocional: Alguien que preste guía y consejo.

Apoyo instrumental: Alguien que presta ayuda en casa.

Amor y cariño: Alguien para comunicarse, con quien distraerse en tiempo de ocio y brinde afecto.

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

El cuestionario de personalidad consta de 24 ítems los cuales evalúan la personalidad en base a tres factores: Neurotismo, extroversión y Psicotismo. Cuenta con un formato de respuesta de SI y NO, las puntuaciones para cada una de las sub-escalas son de 0 y 6: a mayor puntuación mayor es la presencia del rasgo.

**2.8 Procedimiento.**

Conforme a los lineamientos del trabajo de investigación determinados por la UTPL, se estudiaron y analizaron los instrumentos a utilizarse, para su correcta aplicación y evaluar las tres dimensiones que mide el Maslach Burnout Inventory (MBI) cuyas propiedades psicométricas muestran una consistencia interna para: el cansancio emocional, la realización personal y la despersonalización. Estas herramientas previamente han sido validadas por la comunidad científica de tal forma que se las pueda aplicar a esta investigación de manera confiable.

Una vez terminado el estudio teórico del Síndrome de Burnout, con la guía y asesoramiento de directora y profesora de tesis de la UTPL, se procedió a revisar los formularios con los explicativos correspondientes para su aplicación, a profesionales de la salud de un Hospital del norte de la ciudad de Quito.

En cuanto a la investigación de campo, esta se inició con la visita al Hospital, ubicado en el sector norte de la ciudad de Quito. Una vez que tomé contacto con el Director del Hospital y con los documentos habilitantes, se le dio a conocer el proceso para formalizar y aprobar la investigación en dicho hospital

Obtenida la autorización del Director del Hospital y la aprobación de la Directora de Tesis de la UTPL, se procedió a socializar con los médicos y enfermeras para obtener su participación y con el acompañamiento de la Dra. Psicóloga, Jefe del Departamento de Salud Mental, para la coordinación con los jefes médicos de las diferentes áreas de atención a los usuarios.

Se realizaron dos sesiones con los médicos y una reunión con las enfermeras, para explicarles el proceso de investigación, los instrumentos a ser aplicados y la forma para llenar los cuestionarios, el formulario de consentimiento informado como requisito para su participación y compromiso en la investigación, que a su vez compromete al investigador en la confidencialidad de los datos de los participantes, considerando también el respeto a sus horarios y turnos o jornadas de trabajo.

Se procedió a coordinar con cada uno de los participantes para la entrega y desarrollo de los formularios en forma personalizada, con el compromiso de llenarlos y no dejar casilleros sin respuesta.

Se aplicaron los cuestionarios de tal forma que podamos identificar la prevalencia del síndrome de burnout y sus tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización profesional, que consideran variables como: horas de trabajo, satisfacción profesional, apoyo directivo, apoyo social, reconocimiento, apoyo emocional, entre otros.

Luego de obtener los datos se procedió a su tabulación, resumir la información y analizar sus resultados para condensarla y conocer la prevalencia del síndrome estudiado.

### **2.8.1 Recursos Institucionales**

- Sala de reuniones de médicos y enfermeras Hospital del norte de la ciudad de Quito.
- Oficina de la Dirección de Salud Mental.
- Plataforma de la UTPL (EVA)

Lugares donde se desarrollaron las reuniones de coordinación con los diferentes participantes, Director del Hospital, Jefe del Departamento de Salud mental y las reuniones de socialización y explicativas a médicos y enfermeras sobre la investigación que se llevará a efecto.

En la plataforma de la UTPL, se obtuvo toda la información y guía necesaria para llevar adelante esta investigación con la participación de la Profesora y la Directora de Tesis.

### 2.8.2 Recursos humanos.

Para esta investigación se contó con los siguientes participantes:

.Médicos encuestados	20
Enfermeras encuestadas	20
Coordinador de Salud Mental Hospital	2
Director Administrativo del Hospital	1
Investigador	Darwin Aníbal Valencia Chamorro
Directora de Tesis	Dra. Cecilia Tamay Montero
Equipo de investigación	UTPL

Participantes en la Investigación

Elaboración: Valencia, D. (2017)

### 2.8.3 Recursos materiales.

Material de oficina.

Equipo de computación e impresión.

Formularios y formas de test y encuestas.

Transporte.

### 2.8.4 Recursos económicos.

El investigador cubre los gastos que se ocasionaron en el presente trabajo, según el siguiente detalle: (costos de la investigación).

Material de oficina	\$220
Copias textos y formularios	\$120
Alimentación	\$200

Transporte	\$200
Comunicaciones (celular)	\$50
Servicio de Internet	\$49
Otros gastos	\$250
<b>TOTAL:</b>	<b>\$1089.00</b>

## **CAPITULO 3**

### **ANÁLISIS DE DATOS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

### 3.1 Variables sociodemográficas

En este apartado se analizan e interpretan 3 tablas:

Tabla 1 Características sociodemográficas de los profesionales de la salud,

Tabla 2 Características laborales de los profesionales de la salud; y,

Tabla 3. Precepción del clima laboral de los médicos y enfermeras

En la Tabla 1; análisis de las variables: sexo, edad, número de hijos, etnia, y estado civil.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud.

VARIABLES	Médicos/as		Enfermeras	
	n	%	n	%
<b>Sexo</b>				
Hombre	11,0	55,0	0,0	0,0
Mujer	9,0	45,0	20,0	100,0
Total profesionales de la salud.	20,0	50,0	20,0	50,0
<b>Edad</b>				
<i>M</i>	38,1		40,6	
<i>DT</i>	8,8		6,7	
Max	61,0		56,0	
Min	28,0		28,0	
<b>Número de hijos/as</b>				
<i>M</i>	1,2		1,6	
<i>DT</i>	0,9		1,1	
Max	3,0		3,0	
Min	0,0		0,0	
<b>Etnia</b>				
Mestizo/a	20,0	100,0	17,0	85,0
Blanco/a	0,0	0,0	0,0	0,0
Afroecuatoriano/a	0,0	0,0	3,0	15,0
Indígena	0,0	0,0	0,0	0,0

### Estado civil

Soltero/a	5,0	25,0	8,0	40,0
Casado/a	13,0	65,0	9,0	45,0
Viudo/a	0,0	0,0	2,0	10,0
Divorciado/a	2,0	10,0	1,0	5,0
Unión libre	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuente: Cuestionario sociodemográfico AD HOC

Elaboración: Valencia, D. (2017)

### Interpretación:

De los datos obtenidos se aprecia que en personal médico hay la participación de 55% de hombre y 45% de mujeres, mientras que en el personal de enfermería todas son mujeres es decir el 100%. El total de médicos participantes es el 50% y 50% de enfermeras. La edad promedio de los médicos es de 38,1 años y en las enfermeras es de 40,6 años. El promedio de hijos del personal médico es de 1,2 y en personal de enfermería es de 1,6. En la variable etnia, prevalece en los dos grupos la mestiza: médicos 100% y enfermeras 85% mas 15% de afroecuatorianos. El estado civil en médicos es de 65% casados, 25% solteros y 10% divorciados; en enfermeras el 45% casadas, el 40% son solteras, el 10% viudas y 5% divorciadas.

### 3.2 Variables Laborales

En la Tabla 2. Se analiza las variables como: ingresos mensuales, experiencia profesional en años, sector en el que trabaja, tipo de contrato, número de pacientes que atiende al día, los recursos institucionales, los turnos en los que labora.

Tabla 2. Características laborales de los profesionales de la salud.

VARIABLES	Médicos/as		Enfermeras	
	n	%	n	%
<b>Ingresos mensuales</b>				
0 a 1000	0,0	0,0	10,0	50,0
1001 a 2000	13,0	65,0	10,0	50,0
2001 a 3000	6,0	30,0	0,0	0,0
3001 a 4000	1,0	5,0	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
<b>Experiencia profesional</b>				
<i>M</i>	12,5		14,9	
<i>DT</i>	11,3		6,4	
Max	40,0		27,0	
Min	2,0		4,0	
<b>Sector en el que trabaja</b>				
Público	19,0	95,0	20,0	100,0
Privado	0,0	0,0	0,0	0,0
Ambos	1,0	5,0	0,0	0,0
<b>Tipo de contrato</b>				
Eventual	0,0	0,0	0,0	0,0
Ocasional	2,0	10,0	0,0	0,0
Plazo fijo	1,0	5,0	1,0	5,0
Nombramiento	17,0	85,0	19,0	95,0
Servicios profesionales	0,0	0,0	0,0	0,0
Ninguno	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Nº de pacientes/día</b>				
<i>M</i>	18,6		9,6	
<i>DT</i>	11,7		11,3	
Max	40,0		40,0	
Min	4,0		0,0	
<b>Recursos Institucionales</b>				
Totalmente	0,0	0,0	2,0	10,0
Mediadamente	6,0	31,6	9,0	45,0
Poco	11,0	57,9	9,0	45,0
Nada	2,0	10,5	0,0	0,0
<b>Turnos</b>				
Si	16,0	80,0	16,0	80,0
No	4,0	20,0	4,0	20,0

---

Fuente: Cuestionario de variables laborales AD HOC

Elaboración: Valencia, D. (2017)

## Interpretación.

En cuanto a las características laborales de los profesionales de la salud se puede apreciar que la remuneración que prevalece en el grupo de médicos es del rango entre \$1001 a \$2000, con el 65% y para enfermeras el 50% en el rango de 0 a \$1000 y 50% de \$1000 a \$2000. En experiencia laboral el personal médico tiene una media de 12.5 años y enfermeras en 14,9 años. El sector en que laboran un alto porcentaje de los participantes es el público, siendo el 95% en médicos y 100% en enfermeras. El tipo de contrato que prevalece es el de nombramiento con 85% en médicos y 48% en enfermeras. El numero promedio de pacientes que atienden diariamente en médicos es de 18,6 pacientes con una atención mínima de 4 y máxima de 40 pacientes, mientras que las enfermeras atienden a un promedio de 9.6 pacientes con un mínimo de 0 y máximo de 40 pacientes. En relación a los recursos necesarios que les proporciona la institución a los profesionales participantes, indican que poco el 57,9% de los médicos y el 45% de las enfermeras; es de considera también la percepción del 31,6% médicos y 45% en enfermeras que indican que reciben medianamente los recursos. En cuanto a los turnos de trabajo el 80% de médicos y el 80% de enfermeras trabajan en turnos de servicio.

### 3.3 Percepción del clima laboral

En la tabla 3, se analizan las variables en cuanto a la percepción de valoración que tienen médicos y enfermeras respecto de sus pacientes, familiares, compañeros de trabajo y directivos.

Tabla 3. Percepción del clima laboral de los médicos.

VARIABLES	Médicos/as							
	Nada		Poco		Bastante		Totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Percepción de valoración</b>								
Pacientes	0,0	0,0	3,0	15,0	10,0	50,0	7,0	35,0
Familiares de pacientes	1,0	5,0	3,0	15,0	11,0	55,0	5,0	25,0
Compañeros de profesión	2,0	10,0	4,0	20,0	10,0	50,0	4,0	20,0
Directivos de la institución	10,0	50,0	2,0	10,0	7,0	35,0	1,0	5,0
<b>Satisfacción laboral</b>								
Con el trabajo que realiza	0,0	0,0	1,0	5,0	5,0	25,0	14,0	70,0

Interacción con los pacientes	0,0	0,0	1,0	5,0	6,0	30,0	13,0	65,0
Apoyo directivos de la institución	10,0	50,0	3,0	15,0	7,0	35,0	0,0	0,0
Colaboración compañeros de trabajo	4,0	20,0	3,0	15,0	11,0	55,0	2,0	10,0
Experiencia laboral	0,0	0,0	7,0	35,0	7,0	35,0	6,0	30,0
Situación económica	5,0	25,0	7,0	35,0	8,0	40,0	0,0	0,0

### Percepción del clima laboral de las enfermeras

VARIABLES	Enfermeras							
	Nada		Poco		Bastante		Totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Percepción de valoración</b>								
Pacientes	2,0	10,0	1,0	5,0	8,0	40,0	9,0	45,0
Familiares de pacientes	2,0	10,0	0,0	0,0	9,0	45,0	9,0	45,0
Compañeros de profesión	0,0	0,0	3,0	15,0	13,0	65,0	4,0	20,0
Directivos de la institución	3,0	15,0	7,0	35,0	8,0	40,0	2,0	10,0
<b>Satisfacción laboral</b>								
Con el trabajo que realiza	0,0	0,0	0,0	0,0	4,0	20,0	16,0	80,0
Interacción con los pacientes	0,0	0,0	0,0	0,0	5,0	25,0	15,0	75,0
Apoyo directivos de la institución	0,0	0,0	13,0	65,0	7,0	35,0	0,0	0,0
Colaboración compañeros de trabajo	0,0	0,0	0,0	0,0	16,0	80,0	4,0	20,0
Experiencia laboral	0,0	0,0	2,0	10,0	5,0	25,0	13,0	65,0
Situación económica	2,0	10,0	5,0	25,0	9,0	45,0	4,0	20,0

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y clima laboral AD HOC

Elaboración: Valencia, D. (2017)

### Interpretación.

La percepción de los médicos es de que son bastante **valorados** por el 50% de sus pacientes, el 55% por familiares de sus pacientes, el 50% por sus compañeros de profesión y el 35% por los directivos de la institución. Hay que resaltar que el 50% de los médicos se sienten nada valorados por los Directivos de la Institución. En cuanto a la **satisfacción laboral** el 70% se siente totalmente satisfecho con el trabajo que realiza; el 55% bastante satisfecho con la interacción con sus pacientes. El 50% de los médicos se siente poco satisfecho con el **apoyo** brindado por los directivos; la **colaboración** de los compañeros de trabajo prevalece como bastante satisfechos con el 55%. De su **experiencia laboral** se aprecia una dispersión, siendo

de total satisfacción con un 30%, de bastante satisfacción un 35% y de poca satisfacción el 35%. En su **situación económica** el 35% se siente poco satisfecho y el 15% nada satisfecho.

En el grupo de enfermeras, la **valoración** que sienten por parte de sus pacientes es totalmente con el 45% al igual que de los familiares de sus pacientes con el 45%; por sus compañeros de profesión, bastante con el 65% y 40% por los directivos de la institución. En cuanto a la **satisfacción laboral** el 80% se siente totalmente satisfecho con el trabajo que realiza; el 75% totalmente satisfecho con la interacción con sus pacientes. El 65% de se sienten poco satisfechas con el apoyo brindado por los directivos; la **colaboración** de los compañeros de trabajo prevalece como bastante satisfechos con el 80%. De su **experiencia laboral** se aprecia un 65% total de satisfacción. En su **situación económica** el 45% se siente bastante satisfecho y el 20% totalmente satisfecho.

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

Variable	Médicos/as		Enfermeras	
	n	%	n	%
<b>Agotamiento emocional</b>				
Bajo	6,0	30,0	17,0	85,0
Medio	4,0	20,0	1,0	5,0
Alto	10,0	50,0	2,0	10,0
<b>Despersonalización</b>				
Bajo	10,0	50,0	12,0	60,0
Medio	5,0	25,0	4,0	20,0
Alto	5,0	25,0	4,0	20,0
<b>Realización personal</b>				
Bajo	5,0	25,0	2,0	10,0
Medio	7,0	35,0	5,0	25,0
Alto	8,0	40,0	13,0	65,0

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

Elaboración: Valencia, D. (2017)

## Interpretación.

De los resultados del Síndrome de Burnout (MBI) se puede apreciar que en la dimensión **agotamiento emocional** en médicos es el 50% y en enfermeras el 10% presentan un nivel alto.; en **despersonalización** el 25% en médicos y el 20% en enfermeras obtuvieron un nivel alto; en **realización personal** el 25% de médicos y el 10% de enfermeras obtuvieron un bajo nivel en esta dimensión.

### 3.4 Correlación del SBO con el Neuroticismo.

Dentro de las dimensiones del burnout se encuentra el agotamiento emocional que tiene relación con el neuroticismo en vista de que es una reacción emocional (mental) a eventos circunstanciales, emergentes o inclusive permanentes que sean considerados estresores. La respuesta es diferente en cada persona y en la presente investigación se determina que los grupos de médicos y enfermera difieren en algunas variables en puntaje y percepción. Investigación.

En la presente investigación, se analiza el neuroticismo como factor asociado a la presencia del Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud de este hospital, y conforme se refleja en el análisis de datos la prevalencia del neuroticismo en médicos tiene una media de 1.5 y en enfermeras de 1.0. Estas puntuaciones consideradas bajas en neuroticismo (EPQR-A 1992). nos permiten afirmar la correlación que existe con la baja prevalencia del síndrome de burnout en médicos (10%) e inexistente en enfermeras de la muestra investigada.

Tabla 5. Resultados de los casos de burnout en la investigación.

Variable	Médicos/as		Enfermeros/as	
	n	%	n	%
<b>Burnout</b>				
Presenta	2,0	10,0	0,0	0,0
No presenta	18,0	90,0	20,0	100,0

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

Elaboración: Valencia, D. (2017)

## Interpretación.

Según los datos obtenidos con la aplicación del MBI, se puede determinar que los casos de *burnout* en la muestra de médicos representan el 10%, mientras que en el personal de enfermeras no se reporta ningún caso.

Trasladando la prevalencia a la muestra total tenemos que el resultado estadístico es del 5% de prevalencia del Burnout en los servidores de la salud del hospital investigado.

En este apartado analizaremos la tabla 6 que refleja el malestar emocional de los profesionales de la salud.

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

Variable	Médicos/as		Enfermeras	
	n	%	n	%
<b>Síntomas somáticos</b>				
Caso	10,0	50,0	2,0	10,0
No caso	10,0	50,0	18,0	90,0
<b>Ansiedad</b>				
Caso	13,0	65,0	5,0	25,0
No caso	7,0	35,0	15,0	75,0
<b>Disfunción social</b>				
Caso	0,0	0,0	0,0	0,0
No caso	20,0	100,0	20,0	100,0
<b>Depresión</b>				
Caso	1,0	5,0	0,0	0,0
No caso	19,0	95,0	20,0	100,0

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

Elaboración: Valencia, D. (2017)

### Interpretación:

Los resultados obtenidos con la aplicación del cuestionario de Salud General (GHQ-28) son más altos en **ansiedad y somáticos** en ambos grupos, habiendo diferencias notables, de tal manera que en los **somáticos** los médicos tienen 50% de casos y las enfermeras 10%; en **ansiedad** los médicos tienen 65% de casos y enfermeras el 25%. No existen casos de **disfunción social** en los grupos; se registra **depresión** en el grupo de médicos en el 5% e inexistente en el grupo de enfermeras.

Con la aplicación de este cuestionario se reflejan, en la tabla 8, las estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud. Se realiza un comparativo entre médicos y enfermeras sobre estas estrategias.

Tabla 7. Resultados de Rasgos de Personalidad.

Variables	Médicos				Enfermeros/as			
	M	DT	Max	Min	M	DT	Max	Min
Auto distracción	2,1	1,8	6,0	0,0	0,2	0,5	2,0	0,0
Afrontamiento activo	2,7	1,9	6,0	0,0	1,3	1,3	3,0	0,0
Negación	1,0	1,3	4,0	0,0	0,1	0,4	2,0	0,0
Uso de sustancias	0,2	0,6	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Uso de apoyo emocional	1,0	1,2	3,0	0,0	0,2	0,5	3,0	0,0
Uso de apoyo instrumental	1,1	1,5	4,0	0,0	0,4	0,8	3,0	0,0
Retirada de comportamiento	0,9	1,2	3,0	0,0	0,2	0,4	3,0	0,0
Desahogo	1,0	1,8	5,0	0,0	0,3	0,7	3,0	0,0
Replanteamiento positivo	2,1	2,3	6,0	0,0	0,5	0,8	3,0	0,0
Planificación	2,1	2,1	6,0	0,0	0,4	0,6	3,0	0,0
Humor	1,0	1,3	4,0	0,0	0,4	0,7	3,0	0,0
Aceptación	2,3	2,1	6,0	0,0	1,0	1,6	3,0	0,0
Religión	1,9	2,0	6,0	0,0	0,7	1,1	3,0	0,0
Culpa de sí mismo	1,4	1,7	5,0	0,0	0,3	0,7	3,0	0,0

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

Elaboración: Valencia, D. (2017)

## Interpretación.

En las estrategias de afrontamiento se aprecia que el grupo de médicos tienen una media más alta en **afrontamiento activo** con 2,7; **aceptación** 2,3. En el grupo de enfermeras con una media más alta en **aceptación** con 1,6 y en **afrontamiento activo** con una media de 1,3.

### 3.5 Cuestionario de apoyo social.

Se analiza el apoyo social percibido por los profesionales de la salud, haciendo un análisis comparativo entre los grupos de enfermeras y médicos, en la tabla 8.

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

Variables	Médicos				Enfermeras			
	M	DT	Max	Min	M	DT	Max	Min
Apoyo emocional	79,9	22,0	100,0	40,0	78,1	19,9	100,0	42,5
Apoyo instrumental	79,3	20,7	100,0	35,0	77,5	19,5	100,0	40,0
Relaciones sociales	81,8	21,6	100,0	40,0	80,0	17,7	100,0	40,0
Amor y cariño	87,3	19,6	100,0	40,0	83,7	17,4	100,0	46,7

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

Elaboración: Valencia, D. (2017)

## Interpretación.

Se aprecia en los resultados de este cuestionario, que la media más alta en las variables de apoyo social en médicos y enfermeras es: **amor y cariño** con 87,3 grupo de médicos y 83,7 grupo de enfermeras, seguido por la variable **relaciones sociales** con una media de 81,8 en médicos y 80,0 en enfermeras, a continuación, está **apoyo emocional** con 79,9 para médicos y 78,1 para enfermeras.

En la tabla 9, en un análisis comparativo entre los grupos de profesionales de la salud, médicos y enfermeras, se analizan los rasgos de personalidad en tres dimensiones: Neurotismo, extroversión y psicocitismo.

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

Variables	Médicos/as				Enfermeros/as			
	M	DT	Max	Min	M	DT	Max	Min

Extroversión	4,2	2,1	6,0	0,0	4,2	1,3	6,0	2,0
Neurotismo	1,5	1,8	5,0	0,0	1,0	0,8	3,0	0,0
Psicoticismo	1,2	1,0	3,0	0,0	1,6	0,8	3,0	0,0

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

Elaboración: Valencia, D. (2017)

### Interpretación.

El rasgo de personalidad de mayor puntuación que se refleja en los dos grupos es el de **extroversión** con una media de 4,2 para los médicos y de 4,2 para enfermeras, seguido por **neuroticismo** con una media de 1,5 para el grupo de médicos y de 1,0 para enfermeras, y el rasgo de **psicoticismo** en médicos con una media de 1,2 y en enfermeras con 1,6.

## DISCUSIÓN

El SÍNDROME DE BURNOUT, o síndrome del trabajador “fundido” es un proceso de deterioro psicológico con afectaciones en las actividades profesionales y personales que disminuyen la capacidad de respuesta a los problemas propios de un trabajo o empleo, produciendo desmotivación, cansancio, tedio marcado, ansiedad y por último, inactividad inconsciente o abandono psicológico de sus responsabilidades. Las profesiones de mayor incidencia son las que presentan alto riesgo, altos niveles de estrés, con atención a problemas de seguridad, salud, justicia, como son las actividades de policías y los riesgos sociales que deben enfrentar día a día, los militares en actividades de entrenamiento, los profesionales de salud y su responsabilidad con la vida de los pacientes, los fiscales y jueces con altas cargas emocionales y de riesgo, también personas al cuidado de familiares enfermos graves o no autónomos; en ellos no solamente es consecuencia de su característica o riesgo de trabajo sino también los horarios extendidos a que deben someterse.

El Burnout está reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como un riesgo laboral en trabajadores de la salud y con mayor incidencia en centros hospitalarios, que como he anotado, no solamente tiene efecto sobre estos trabajadores, sino que también afecta y en forma directa a las personas entregadas a su cuidado, con las consecuencias ulteriores de responsabilidades legales y en el caso específico de Ecuador, con implicaciones penales de “mala práctica profesional”, según el nuevo Código Orgánico Integral Penal en su artículo 146. “Homicidio culposo por mala práctica profesional.”

Conforme a las dimensiones del Síndrome de Burnout, se presenta cuando hay un alto nivel de agotamiento emocional, baja realización personal, y alto nivel de despersonalización. En la presente investigación cuyo objetivo es identificar la prevalencia del síndrome de desgaste laboral (Burnout) en el personal de médicos y enfermeras de un Hospital ubicado en la ciudad de Quito– Ecuador, se cumplió, considerando que el **5% de la muestra estudiada presenta el Síndrome de Burnout**, con la particularidad de que esta afectación se focaliza en médicos, siendo inexistente en enfermeras; de tal manera que el 10% del grupo de médicos presenta el SBO.

Dentro del primer objetivo específico y en respuesta a la pregunta de investigación ¿cuáles son las características sociodemográficas y laborales de la muestra investigada en la Institución Pública Hospitalaria ubicada en el norte de la ciudad de Quito? se identifica la caracterización sociodemográfica (sexo, edad, estado civil, número de hijos, etnia), características laborales (ingresos, experiencia profesional, sector en el que trabaja, tipo de

contrato, número de pacientes al día, turnos, recursos institucionales) y la percepción del clima laboral (percepción de valoración y satisfacción personal), que frente a la pregunta ¿Cuáles son los factores de mayor incidencia en la presencia del desgaste laboral en los médicos y enfermeras del hospital ubicado en el norte de la ciudad de Quito?, los resultados son los siguientes: participaron un total de 40 profesionales de la salud de un hospital público del norte de la ciudad de Quito, y conforme al análisis sociodemográfico están distribuidos en un grupo de 20 médicos (55% hombres y 45% mujeres), y 20 enfermeras (100% mujeres); de tal manera que la muestra está representada por el 72,5% de mujeres y el 27,5% de hombres.

De todos los participantes, en relación a su estado civil tenemos que casados corresponde a la mayoría con el 52% y el 32,5% de son solteros; en cuanto a los años de experiencia profesional en médicos tenemos una media de 12.5 años, siendo su distribución de experiencia hasta 5 años el 45%, de 6 a 10 años el 20% y de 11 años en adelante el 35%; en enfermeras una media de 14,9 años de experiencia distribuida: hasta 5 años el 10%, de 6 a 10 años el 15% y de 11 años en adelante el 75%. Sus horarios laborales están distribuidos por turnos de 8 horas que representan el 60% de médicos en esta modalidad y el 40% en turnos de 12 y más horas. Las enfermeras que laboran en turnos de hasta 8 horas representa el 70% y en turnos de 12 horas el 30%. El número de pacientes atendidos por los médicos durante su turno de servicio, es decir por día de trabajo, se distribuye en el 30% hasta 10 pacientes, el 45% hasta 20 pacientes y el 25% más de 20 pacientes. El número de pacientes atendidos por las enfermeras durante su turno de servicio, es decir por día de trabajo, se distribuye en el 70% hasta 10 pacientes y el 30% más de 10 pacientes. Tanto médicos como enfermeras, participantes en esta investigación laboran en este hospital únicamente. Existen diferencias con una investigación anterior (Landázuri, J 2011) en la cual, en la variable experiencia profesional correspondía al 51% con hasta 5 años de experiencia profesional y el 23% con hasta 10 años; en relación a su situación laboral, el 77% de profesionales laboran en el hospital, los demás en dos o más instituciones. En cuanto al número de pacientes atendidos por turno, registra como más de 10 el 76% de los profesionales de la salud y el 24% menos de 10.

Es importante considerar estos datos que nos permiten realizar un análisis comparativo general y referencial, respecto a la investigación sobre el Síndrome de Burnout realizado hace 6 años en este hospital (Landázuri, J 2011). En este lapso hay cambios sustanciales que inciden positivamente en la situación sociodemográfica, como el incremento de los años de servicio, que nos indican una baja rotación de personal (bajos índices de despidos o renuncias) y una mejor percepción de relación laboral, estabilidad y plan de carrera. Por otro

lado si existe el incremento en las horas de trabajo, en el número de pacientes, que da como resultado mayores índices de desgaste por el trabajo.

En relación al segundo objetivo específico, identificar los factores predominantes que inciden en la aparición del síndrome de burnout en médicos y enfermeras de una institución Hospitalaria, del norte de la ciudad de Quito, y en respuesta a la pregunta de investigación ¿cuáles de las variables, como salario, turnos, pacientes atendidos, tiempo de servicio, se encuentran como factores desencadenantes en la presencia del síndrome de desgaste laboral? Se tiene como resultado que el desgaste laboral se evidencia por factores como: la falta de tiempo, la cantidad de pacientes (hasta 40 diarios) que deben tratar en su turno, las presiones de los directivos de cumplimiento estricto de sus labores sin tener un real conocimiento de las deficiencias y cargas laborales a las que están sometidos, que se pudo apreciar en los resultados del test sociodemográfico, debiendo considerar que corresponde al grupo de médicos (10%) de presencia del SBO, mientras que en el grupo de enfermeras no presentan el SBO, que se confirma en el grupo de médicos, tanto en la variable de valoración por parte de los directivos (50% nada de valoración) y de apoyo directivo ( nada de apoyo 50%). En un comparativo con una investigación anterior focalizada en este hospital, se establece una tasa inferior al 4%, en médicos y enfermeras, debido a las mismas variables: falta de tiempo, carga laboral excesiva, relación con directivos.

Los factores predominantes para el apareamiento del SBO, se han acentuado debido a los cambios suscitados en este lapso, el aumento de las horas laborables, la demanda de atención en este hospital, el incremento del número de pacientes, la escasa relación y comunicación con los directivos, que han elevado este proceso de desgaste en médicos más que enfermeras.

El tercer objetivo específico, determinar la existencia del síndrome de burnout o desgaste laboral como enfermedad profesional de una institución Hospitalaria, del norte de la ciudad de Quito, y en respuesta a la pregunta de investigación, ¿Cuál es la prevalencia del síndrome de burnout en los profesionales de salud (médicos/as y enfermeras) de la muestra investigada de una institución Hospitalaria, del norte de la ciudad de Quito?, aplicando el TEST MASLACH BURNOUT INVENTORY para las tres dimensiones del síndrome de Burnout se obtienen que la prevalencia es del 5% de la muestra, debiendo considerar que corresponde al grupo de médicos (10%), mientras que en el grupo de enfermeras no hay personas que presenten el SBO determinados por las dimensiones de:

Tabla 10. Resultados de las dimensiones del SBO.

DIMENSIONES	ALTO	MEDIO	BAJO
1. agotamiento emocional	12 personas (30%)	5 personas (12,5%)	23 personas (57,5%)
2. despersonalización	9 personas (22,5%)	9 personas (22,5%)	22 personas (55%)
3. realización personal	21 personas (52,5%)	12 personas (30%)	7 personas (10,5%)

Elaboración: Valencia, D (2017)

Estos promedios reflejan que el desgaste emocional es bajo al igual que la despersonalización. La realización personal es alta. Sin embargo, en un análisis por grupos, encontramos diferencias, de tal manera que denotan alto agotamiento emocional los médicos con un 50% de la muestra, mientras que en enfermeras es del 10%. No existe mayor diferencia en despersonalización, En Realización personal se marcan también diferencias y en médicos tenemos alta en 40% y en enfermeras el 65%.

En una investigación realizada en el 2011, en este hospital, los resultados en las tres dimensiones del test M.B.I., difieren en porcentajes considerables, teniendo que en alto cansancio emocional están el 8% de la muestra, en alta despersonalización 10% y en alta realización personal el 63%. (Landázuri, J. 2011). En la presente investigación alto cansancio emocional 30%, alta despersonalización 22.5% y en alta realización personal el 52,5%.

Es evidente que ha habido un deterioro en las condiciones para elevar los niveles de desgaste laboral y despersonalización, que como he explicado, son debido a los cambios en horario laboral, incremento en el número de pacientes por turno, la alta demanda de atención, factores administrativos y de presión por parte de los directivos, que también están supeditados al cumplimiento de exigencias de Ministerio de Salud para solventar las acciones de la red pública de salud.

El cuarto objetivo específico, “conocer los modos de afrontamiento ante situaciones adversas de los profesionales de una institución Hospitalaria, del norte de la ciudad de Quito”, en función de la pregunta de investigación: ¿Cuáles son los tipos de afrontamiento con que cuentan los médicos y enfermeras del Hospital investigado? los resultados son: en estrategias de afrontamiento se aprecia que el grupo de médicos tienen una media más alta en **afrontamiento activo** con 2,7; **aceptación** 2,3 que el grupo de enfermeras con una media en

**aceptación** de 1,6 y en **afrentamiento activo** con una media de 1,3. Los resultados varían en su orden con un estudio anterior (Ortega, M. 2012), en el que los médicos tienen la puntuación más alta en aceptación seguido por afrontamiento activo y las enfermeras en aceptación y replanteamiento positivo. Coincide en que no hay abuso de sustancias.

El modo de afrontamiento activo es la respuesta que prevalece en estos profesionales de la salud, que se traduce en la capacidad de manejar sus emociones y situaciones estresantes propias de sus tareas y ejercicio profesional.

Considero que como factor importante de afrontamiento activo influye su estructura organizacional y de orden administrativo, jerárquico-disciplinario, que también coadyuva en el factor de aceptación, lo que conduce también a obtener resultados en esta investigación de bajos niveles de neuroticismo tanto en médicos como enfermeras.

El quinto objetivo específico, “Identificar el apoyo social procedente de la red social: vínculos informales y vínculos del lugar de trabajo en profesionales de la salud de una institución Hospitalaria, del norte de la ciudad de Quito” en función de la pregunta de investigación: ¿Cuáles son los tipos de apoyo social con que cuentan los médicos y enfermeras del Hospital investigado? Los resultados que el apoyo social de mayor puntuación de un máximo de 100, en médicos y enfermeras son: **amor y cariño** con 87,3 en el grupo de médicos y 83,7 en el grupo de enfermeras, seguido por la variable **relaciones sociales** con 81,8 en médicos y 80,0 en enfermeras, a continuación, está **apoyo emocional** con 79,9 para médicos y 78,1 para enfermeras.

De los resultados se aprecia que es importante para los profesionales de este centro hospitalario: el entorno familiar, sus cónyuges, hijos, padres donde encuentran amor y cariño como primer vínculo de apoyo social y los amigos, compañeros, pares en sus relaciones sociales como otro vínculo importante de apoyo social.

El Síndrome de Burnout en su condición multidimensional de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo, identificada por Maslach, se hace presente en este caso de investigación entre médicos y enfermeras de este centro hospitalario, con el 30% de niveles altos en agotamiento emocional, 22,5% en despersonalización y 10,5% de baja realización personal; y de los análisis de esta investigación se establece la prevalencia de 5% del Síndrome de Burnout, en este centro hospitalario.

Estos valores son diferentes a los obtenidos en una investigación anterior, donde el 68% de la población mostraba un bajo nivel de agotamiento emocional, el 25% niveles intermedios y el 8% niveles altos. En despersonalización, el 77% tiene un bajo nivel de despersonalización, el 13% muestra niveles intermedios de despersonalización, sólo el 10% indica niveles altos de despersonalización. La Realización Profesional, el 63% de médicos y enfermeras tiene un alto nivel, el 11% tiene niveles medios y el 26% tiene un nivel bajo de realización profesional. De este análisis se concluye que en el año 2011 la prevalencia del Síndrome de Burnout en los profesionales médicos y enfermeras de este centro hospitalario era menor a 4%. (Landázuri, J. 2011).

El malestar emocional tiene una prevalencia mayor en el grupo de médicos, con el 50% en la variable síntomas somáticos, el 65% en ansiedad, el 5% en depresión, notándose una gran diferencia con el grupo de enfermeras quienes tienen el 10% en la variable síntomas somáticos, el 25% en ansiedad y 0% en depresión.

Al relacionarse la ansiedad con el neuroticismo y con los valores reflejados en esta investigación, presenta una medida alta de neuroticismo en el grupo de médicos y baja en el grupo de enfermeras, de tal manera que las formas de afrontamiento y apoyo social no están siendo eficaces.

### **Resultados de la Prevalencia del Burnout.**

Aplicado el test Maslach Burnout Inventory (MBI), a los profesionales de la salud de un hospital del norte de la ciudad de Quito en el año 2017, se obtienen en las tres variables, diferentes valores entre médicos y enfermeras; conforme se puede apreciar en el cuadro comparativo:

### ***Resultados comparativos en las variables del Burnout en los profesionales de la salud, participantes.***

Tabla 11. Resultados comparativos en las variables del BO

<b>VARIABLES</b>		
<b>AGOTAMIENTO EMOCIONAL</b>	<b>MÉDICOS</b>	<b>ENFERMERAS</b>
bajo	30%	85%
medio	20%	5%
alto	50%	10%
<b>DESPERSONALIZACIÓN</b>		
bajo	50%	60%

medio	25%	20%
alto	25%	20%
<b>REALIZACIÓN PERSONAL</b>		
bajo	25%	10%
medio	35%	25%
alto	40%	65%

Elaboración: Valencia, D. (2017)

## **Variables asociadas al Síndrome de Burnout.**

### **Variables sociodemográficas**

La muestra está conformada por 40 profesionales médicos y enfermeras distribuidos por sexo en 11 varones y 29 mujeres. Es importante señalar que son 9 médicos mujeres y 20 enfermeras (no hay varones en la muestra de enfermería).

La edad promedio en médicos es de 38 años y en enfermeras de 40 años. El 55% de la muestra son casados; 32.5% solteros; 10% viudos y 7.5% divorciados.

Son profesionales que laboran en este hospital mínimo 2 años. El tipo de contrato que prevalece es el de nombramiento con 85% en médicos y 48% en enfermeras. En cuanto a sus horarios de trabajo el 80% de médicos y el 80% de enfermeras trabajan en turnos de servicio.

Es importante señalar que sus ingresos mensuales están dentro de los salarios sectoriales para empleados públicos y se sienten poco satisfechos el 35% y nada satisfechos el 15%. Hay que anotar que la diferencia radica en su profesión, siendo que el rango de ingresos mensuales en médicos es de \$1001 a \$2000 o más, en enfermeras es de hasta \$1000 el 50% y hasta \$2000 el 50%.

### **Variables Laborales**

Permiten establecer la interacción del trabajador-puesto de trabajo y está correlacionado con: organización del trabajo, infraestructura (ambiente físico de trabajo), cultura organizacional, inadecuación profesional, sobrecarga de trabajo, turnos de trabajo, conflicto e imprecisión de roles, nuevas tecnologías, estructura organizacional, estresores económicos, desafío en el trabajo y otros.

En referencia a los recursos que les proporciona la Institución la percepción difiere entre médicos y enfermeras. indican que poco el 57,9% de los médicos y el 45% de las enfermeras.

Esto repercute en su estrés laboral al no contar con los elementos necesarios o el material mínimo para su trabajo.

En cuanto a su valoración es preocupante e incide en su desempeño, ya que el 50% de los médicos considera que es nada valorado por los directivos de la Institución, a diferencia de las enfermeras que el 15% consideran que son nada valoradas. Esta variable tiene una correlación con los altos índices de ansiedad y los porcentajes de la muestra de riesgo de burnout.

La satisfacción laboral en médicos es del 70% y en enfermeras del 80%, que está en relación con el trabajo que realizan. En la situación económica el 40% de médicos está bastante satisfecho y en enfermeras el 45% bastante satisfecho, añadiéndose el 20% de totalmente satisfechos en este grupo de enfermeras.

#### **Variables de personalidad.**

Conforme a la herramienta utilizada, Cuestionario de personalidad de Eysenck (EPQR-A), se establecen las variables de personalidad que según Eysenck estaba centrada en las características biológicas del temperamento y que se reflejan en el grupo de participantes de esta investigación, considerando tres variables:

Extraversión, con una media de 4.2. En alto agotamiento emocional los valores prevalecen en médicos con el 50% y en enfermeras con el 10%. En bajo agotamiento emocional prevalece en enfermeras con el 85% y en médicos con el 30%. De tal manera que el riesgo de presentar el síndrome de burnout es más alto en médicos que en enfermeras.

En despersonalización los valores entre médicos y enfermeras no tienen mucha diferencia, siendo que presentan en alta despersonalización en médicos el 25% y en enfermeras el 20%; baja despersonalización médicos 50% y enfermeras 60%. Considerando que la despersonalización está relacionada actitudes negativas respecto a los clientes o usuarios que pueden llevar a una deshumanización en el trato a los pacientes es preocupante el resultado del 22.5% del total de la muestra con esta afectación.

En realización personal, hay diferencia de valores entre médicos y enfermeras: alta realización personal en médicos es del 40% y en enfermeras del 65%. En baja realización personal en médicos es del 25% y en enfermeras del 10%. Esta variable tiene relación con las expectativas personales y profesionales e incidencia en la autoestima o frustración que producen estrés a

nivel fisiológico y psicológico que afectan el comportamiento, y en relación con la muestra tenemos una afectación del 17.5% de la muestra.

### **Variables moduladoras en situaciones de estrés. (afrentamiento)**

Lazarus y Folkman (1986) definen el afrontamiento como esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes, para manejar situaciones que sobrepasan la capacidad de respuesta o recursos de una persona. Con un afrontamiento adecuado se llega a que la persona se adapta y la conduce al funcionamiento social, salud somática y bienestar emocional.

La variable de afrontamiento que prevalece en médicos y enfermeras es el afrontamiento activo con una media de 2.7 en médicos y 1.3 en enfermeras, de tal manera que se adaptan y realizan acciones que amortiguan las situaciones estresantes; hay que considerar que las formas de afrontamiento varían de una persona a otra en función de los recursos, estrategias y conceptos.

Hay tres variables que son coincidentes y de índice de poca variación con el afrontamiento activo en el grupo de médicos, esto es: Replanteo Positivo 2.1, Planificación 2.1. y autodistracción 2.1. Esto nos refiere que los médicos de este Hospital, cuenta con las estrategias y acciones que mitiguen los factores estresores. En el grupo de enfermeras son las variables prevalentes, que siguen al afrontamiento activo son: aceptación 1.0, Religión 0.7 y replanteo positivo 0.5.

### **Resultados comparativos en la presencia del Burnout en los profesionales de la salud.**

La prevalencia del burnout en la muestra investigada es del 5%, debiendo considerar que se presenta en médicos y no en enfermeras, como se refleja en el siguiente cuadro comparativo:

Tabla 12. Presencia del Síndrome de Burnout

SÍNDROME DE BURNOUT	MÉDICOS	ENFERMERAS
Presentan	10%	0%
No presentan	90%	100%

Elaboración: Valencia, D. (2017)

Siendo la muestra de 40 profesionales de la salud, distribuidos en 20 médicos y 20 enfermeras, se establece que 2 profesionales de la salud (médicos) presentan el Síndrome de Burnout y 38 no lo presentan (médicos y enfermeras).

Esta prevalencia está en correlación con las dimensiones que mide el Maslach burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson, 1986 que en los profesionales de la salud que participaron en esta investigación se presenta en los médicos con el 50% en agotamiento emocional (AE), que es un alto riesgo de llegar al síndrome de Burnout; en Despersonalización (DP) con el 25% alto y en Realización Personal (RP) 25% bajo. Como hemos apreciado en los test anteriores de esta investigación, hay factores que no están siendo solventados adecuadamente, como es el caso de la valoración de parte de los directivos, las horas de trabajo excedidas, la falta de recursos, el exceso de pacientes.

En enfermeras el nivel de agotamiento emocional es alto en 10%, despersonalización bajo con el 20% y realización personal bajo con el 10%. En un análisis comparativo se ve claramente que los médicos en estas dimensiones de MBI, están propensos a arribar al Síndrome de Burnout.

### **El Neuroticismo como factor asociado al Síndrome de Burnout.**

Desde el concepto de Hans Eysenck, en su Teoría de la Personalidad, al neuroticismo lo define como una dimensión que distingue a las personas con comportamientos considerados por él como normales, esto es tranquilos y calmados, con otros comportamientos que denotan ansiedad, preocupación, irritabilidad e inclusive trastornos depresivos. En la presente investigación para conocer el nivel de neuroticismo en la muestra de profesionales de la salud se ha utilizado el Test de Personalidad de Eysenck EPQR-A, de 22 preguntas que es una versión modificada del EPQ original que consta de 90 preguntas.

Se consideraron en este test, tres dimensiones: Neuroticismo, Extroversión y Psicoticismo. Cada una de estas dimensiones están determinadas por su mayor o menor puntaje, es decir que a mayor puntuación mayor afectación en estas dimensiones de personalidad.

El neuroticismo no es una patología, es una forma de respuesta de las personas ante situaciones rutinarias y ante eventos circunstanciales o emergentes que pueden considerarse como estresores. De tal manera que las personas tenemos diferentes niveles de respuesta psicológicas, fisiológicas y emocionales a un mismo evento.

En la presente investigación, se analiza el neuroticismo como factor asociado a la presencia del Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud de este hospital, y conforme se refleja en el análisis de datos la prevalencia del neuroticismo en médicos tiene una media de 1.5 y en enfermeras de 1.0. Estas puntuaciones consideradas bajas en neuroticismo (EPQR-A 1992). nos permiten afirmar la correlación que existe con la baja prevalencia del síndrome de burnout en médicos (10%) e inexistente en enfermeras de la muestra investigada.

**Rasgos de personalidad de los profesionales de la salud. (profesionales de la salud de un hospital del norte de la ciudad de Quito, año 2017)**

*Tabla 13. Resultados de Rasgos de Personalidad*

DIMENSIONES	MÉDICOS	ENFERMERAS
Neuroticismo	<b>1.5</b>	<b>1.0</b>
Extroversión	4.2	4.2
Psicoticismo	1.2	1.6

Elaboración: Valencia, D. (2017)

Los resultados de los rasgos de personalidad que miden tres variables: Extroversión media de 4.2 % tanto en médicos como en enfermeras. Neuroticismo con 1.5 en médicos y 1.0 en enfermeras y Psicoticismo con 1.2 en médicos y 1.6 en enfermeras, nos permiten correlacionar la prevalencia del síndrome de burnout o desgaste laboral como enfermedad profesional de una institución Hospitalaria del norte de la ciudad de Quito.

**Neuroticismo como factor correlacionado con el Síndrome de Burnout.**

El Neuroticismo o emocionalidad se caracteriza por altos niveles de efectos negativos, como la depresión y la ansiedad. El Neuroticismo, de acuerdo a su teoría, está basado en umbrales activados en el sistema nervioso simpático o cerebro visceral. Esta es la parte del cerebro que es responsable de la respuesta enfrentar-evitar de cara al peligro. La activación puede ser medida por el ritmo cardíaco, presión sanguínea, manos frías, sudoración y tensión muscular (especialmente en la frente). Las personas neuróticas que tienen umbrales bajos de activación y son incapaces de inhibir o controlar sus reacciones emocionales, experimentan efectos negativos (enfrentar-o-evitar) de cara a estresantes muy menores; se disgustan con mucha facilidad. Las personas emocionalmente estables, que tienen umbrales altos de activación y buen control emocional, experimentan efectos negativos sólo de cara a estresantes muy fuertes. Están calmados y serenos bajo presión.

Las reacciones del neuroticismo son: Ansiedad, baja autoestima, depresión, dependencia, hipocondría, obsesión, sentimiento de culpa, tensión, volubles entre otros.

Los resultados nos permiten asegurar que las puntuaciones en neuroticismo tanto en médicos como enfermeras, tienen una tendencia al incremento de factores estresores, especialmente en médicos que se refleja en que solamente en este grupo se detectó la presencia del Síndrome de Burnout en el 10% de médicos, con una prevalencia para la muestra global del 5% de Burnout.

## CONCLUSIONES.

Con base en los resultados se pueden considerar las siguientes conclusiones:

1. La población de estudio se estructuró con 40 profesionales de la salud de un hospital del norte de la ciudad de Quito, compuesta por 20 médicos (11 hombre y 9 mujeres), y 20 enfermeras (únicamente mujeres), integrándose con el 72,5% de mujeres y el 27,5% de hombres.
2. En cuanto a la variable socio democrática se puede concluir que el 55% de los participantes son casados. La gran mayoría sobrepasa los 10 años de experiencia profesional.
3. Este hospital ingresó a la red de integrada de salud desde el 2013, por lo que se incrementó el número de pacientes y como consecuencia los horarios de trabajo de médicos y enfermeras, sin que se haya ampliado la infraestructura o incrementado el personal profesional, concluyendo que esto ha afectado la calidad de atención por el desgaste que se produce tanto en el orden físico como en el psicológico y por consiguiente los riesgos de afectaciones en la salud, específicamente en el proceso de desarrollo del Síndrome de Burnout.
4. Se corroboran los Niveles de burnout en sus tres dimensiones: altos niveles de agotamiento emocional en médicos con el 50% y en enfermeras el 10%. En despersonalización, bajo nivel en médicos con el 50% y en enfermeras con el 60%. En realización personal, nivel alto en médicos con el 40% y en enfermeras con el 65%, resultados que demuestran que existe diferencia en los resultados y afectación entre los grupos de investigación, médicos y enfermeras.
5. En referencia a la prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal que participó en esta investigación se concluyó que es del 5% y está focalizada en los médicos, representando el 10% del grupo de médicos. No se hace presente el SBO en enfermeras.
6. Al realizar el análisis de los resultados en el grupo de médicos y enfermeras, podemos apreciar que existen diferencias notables que estadísticamente incide en el resultado de la muestra y considero que es el nivel de responsabilidad que cada uno de estos

grupos tiene en su trabajo. Hay más presión y responsabilidad ante los pacientes y ante los niveles directivos de los médicos que de las enfermeras.

7. Los resultados obtenidos en la variable **malestar emocional** son más altos en **ansiedad** con el 65% en médicos y 25% en enfermeras, seguidos por **somáticos** con 50% en médicos y 10% en enfermeras; se registra **depresión** en el grupo de médicos en el 5% e inexistente en el grupo de enfermeras. No existen casos de **disfunción social** en los grupos.
8. Los resultados en las estrategias de afrontamiento difieren en los grupos: médicos en **afrontamiento activo** con promedio de 2,7 y en **aceptación** 2,3. En enfermeras en **aceptación** con 1,6 y en **afrontamiento activo** con 1,3. En el **uso de sustancias** 0.2 en médicos y 0 en enfermeras. La **autodistracción** en médicos con 2.1 y en enfermeras con 0.2.
9. El apoyo social en médicos y enfermeras está orientado al **amor y cariño**, seguido por la variable **relaciones sociales** y, a continuación, el **apoyo emocional**.
10. En cuanto a los **rasgos de personalidad**, en los dos grupos se refleja con mayor puntuación el de **extroversión** con una media de 4,2 para los médicos y de 4,2 para enfermeras, seguido por **neuroticismo** con una media de 1,5 para el grupo de médicos y de 1,0 para enfermeras, y el rasgo de **psicoticismo** en médicos con una media de 1,2 y en enfermeras con 1,6.
11. Las puntuaciones bajas en **neuroticismo**, están en **correlación** con la baja presencia del **Síndrome de Burnout** (5%) en los profesionales de la salud de este hospital. El neuroticismo, que está relacionado con el factor de ansiedad, de acuerdo a los resultados de la presente investigación, se encuentra con mayor incidencia en médicos que en enfermeras, es así que tenemos: ansiedad en médicos con un 65% y en neuroticismo una puntuación media de 1.5, en enfermeras el 25% con ansiedad y en neuroticismo una puntuación media de 1.0. Los niveles no son relevantes, sin embargo, no se puede dejar de lado que las personas que lo padecen son vulnerables al estrés, pues coinciden en una apreciación de que cualquier acción que altere su trabajo es un factor amenazante.

No se aprecia en la muestra investigada que presenten estados de ánimo bajo, depresión, sensación de culpabilidad, ira, que son síntomas del **neuroticismo**.

## RECOMENDACIONES

1. Recomiendo a los Directivos del Hospital, que a partir de los resultados obtenidos se realice una investigación con una muestra más amplia de profesionales de la salud, considerando que debe trabajarse con estudios independientes entre médicos y enfermeras, para que los datos sean más precisos y sin posible dispersión.
2. Recomiendo investigar e identificar las causas de afectación que están con más altos índices de presencia en médicos que en enfermeras, especialmente en lo relacionado a su valoración por parte de los Directivos, así como en otras variables, tomando como medida inmediata un acercamiento con los profesionales de los diferentes servicios en una acción de apertura, comunicación y contacto cercano para escuchar sus inquietudes y probables sugerencias.
3. Recomiendo al Departamento de Seguridad Industrial la realización de programas de salud ocupacional para los profesionales de este centro hospitalario a fin de reducir los índices de agotamiento emocional y desgaste en el trabajo, presentes en la actualidad por la carga laboral existente.
4. A los directivos de la institución hospitalaria se les recomienda revisar y socializar la distribución de turnos y horarios para una optimización de tiempo y recursos para evitar la afectación en las dimensiones del Síndrome de Burnout y en la salud de los profesionales. Recomiendo al Departamento de Salud Mental, el tratamiento diferenciado para las personas afectadas con el Síndrome de Burnout (SBO) con programas de terapia y atención al estrés, para reestablecer su salud psicológica como una acción institucional periódica.
5. Se recomienda la organización de talleres o conferencias sobre el Síndrome de Burnout y las formas de evitarlo, así como juegos, torneos, competencias, reuniones y celebraciones festivas, sin que esto reemplace las evaluaciones y programas de desarrollo en el área de salud mental a través del departamento de Psicología de este centro Hospitalario, dirigido a médicos, enfermeras y personal directivo de la institución.
6. Recomiendo a los directivos el hospital fomentar la comunicación entre directivos y personal que labora en el hospital, para eliminar el sentimiento de poca valoración y apoyo que se determina en esta investigación. De igual forma a las secciones y

servicios se les recomienda realizar reuniones técnicas en las que se incluyan prácticas de motivación y retroalimentación, reconociendo cada acción por más rutinaria que esta sea.

7. Mi recomendación a la UTPL, que la investigación sobre el Burnout en profesionales de la salud se focalice en grupos separados (médicos y enfermeras) para obtener datos reales por ser los médicos el grupo más afectado que el de enfermeras y se corrobora con investigaciones anteriores que obtienen iguales resultados, pero que estadísticamente al unirlos en una sola muestra nos arrojan datos no reales.
8. Al Ministerio de Salud, así como al Departamento de Riesgos del Trabajo del IESS, realizar campañas a nivel nacional y en especial a los hospitales de la red de salud, sobre el Síndrome de Burnout, sus causas, sus efectos y las formas de prevenirlo.
9. Recomiendo que este trabajo sea tomado en cuenta como un referente para futuras investigaciones en este centro hospitalario y en otros que requiera estas herramientas.
10. Recomendar a la UTPL realizar talleres de capacitación en el manejo de los instrumentos (test) que permitan al investigador llevar todo el accionar del procesamiento de los datos del grupo investigado para afianzar los conocimientos profesionales en la aplicación de estas herramientas.

## Bibliografía

- A. P. Association. (2013). : Asociación Americana de Psiquiatría. . (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*.
- A. P. Association. (2013.). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington, USA.: Asociación Americana de Psiquiatría.
- anales de psicología 2010, vol. 26, nº 1. (2010). El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de psicología*, 169-180.
- ASAMBLEA NACIONAL. (2014). *Código Organico Integral Penal*. Quito: Registro Oficial 2014.
- Bradley, H. (. (1969). «*Community-based treatment for young adult offenders*» (en inglés). *Crime and Delinquency* 15 (3): pp. 359-370.
- Dickenson, M. E. (20 de enero de 2014). *Ciencia y Salud*. Obtenido de [www.CienciaSalud.com.mx](http://www.CienciaSalud.com.mx)
- Dickinson, M. E. (20 de enero de 2011). *Boletín UNAM-DGCS-040*. Obtenido de [www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin](http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin)
- García-Allen, J. (20 de agosto de 2015). *Psicología y Mente*. Obtenido de <https://psicologiamente.net/organizaciones/burnout-sindrome-del-quemado>
- Gil-Monte P. R., P. J.-2. (30 de octubre de 2016). [http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2011\\_040.html](http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2011_040.html). Obtenido de [http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2011\\_040.html](http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2011_040.html): [www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2011\\_040.html](http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2011_040.html)
- Grau, A. F. (2001). Prevalencia del síndrome de burnout en profesionales de la salud hispanoamericanos. *Revista Española de Salud Pública*, 215-230.
- Grau, A. F. (2007). Prevalencia del Síndrome de Burnout en profesionales de la salud de hispanoamérica. *Revista de Salud Pública de España*, 215-230.
- Guitart, M. A. (27 de abril de 2007). *El Síndrome de Burnout en la empresas*. Obtenido de <https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-28861/sindrome%20burnout.pdf>
- Guitart, M. A. (05 de mayo de 2014). *Alto Nivel*. Obtenido de [www.altonivel.com.mx/42538-6-estrategias-para-prevenir-el-sindrome-de-burnout.html](http://www.altonivel.com.mx/42538-6-estrategias-para-prevenir-el-sindrome-de-burnout.html)
- <https://psicologiamente.net/organizaciones/burnout-sindrome-del-quemado>. (s.f.). Obtenido de <https://psicologiamente.net/organizaciones/burnout-sindrome-del-quemado>.
- Izquierdo, F. M. (31 de enero de 2014). *Psicología on line*. Obtenido de [http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4\\_7.shtml](http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4_7.shtml)
- Lansázuri, J. (2011). *Informe Final del Trabajo de Grado Académico, previo la obtención del título de Psicóloga Clínica*. Quito: Universidad Central del Ecuador.
- Martínez Pérez, A. ( (2010).). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. . *Vivat Academia*. nº 112. Septiembre. 2010., 19-23.
- Pinto, E. V. (19 de mayo de 2010). <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/362/1/95400.pdf>. Obtenido de <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/362/1/95400.pdf>: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/362/1/95400.pdf>
- Roger Forbes Álvarez Consultor, C. (10 de enero de 2017). [http://datateca.unad.edu.co/contenidos/101007/Sindrome\\_de\\_Burnout\\_-\\_sintomas\\_causas\\_y\\_medidas\\_de\\_atencion\\_en\\_la\\_empresa.pdf](http://datateca.unad.edu.co/contenidos/101007/Sindrome_de_Burnout_-_sintomas_causas_y_medidas_de_atencion_en_la_empresa.pdf). Obtenido de [http://datateca.unad.edu.co/contenidos/101007/Sindrome\\_de\\_Burnout\\_-\\_sintomas\\_causas\\_y\\_medidas\\_de\\_atencion\\_en\\_la\\_empresa.pdf](http://datateca.unad.edu.co/contenidos/101007/Sindrome_de_Burnout_-_sintomas_causas_y_medidas_de_atencion_en_la_empresa.pdf): <http://datateca.unad.edu.co/contenidos/101007/>

Víctor E. Olivares Faúndez 2014, A. V. (2009). Prevalencia del SQT (Burnout) en una muestra de profesionales que trabajan con Discapacidades en Chile. *Ciencia y Trabajo*.

Wiechers, D. E. (5 de noviembre de 2014). *Burnout-Facultad de Medicina-UNAM*. Obtenido de [http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2007/jun\\_01\\_ponencia.html](http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2007/jun_01_ponencia.html)

## **ANEXOS**

ANEXO Nro. 1



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

**Datos Personales**

Género Masculino  Femenino

Edad \_\_\_\_ años

Mencione la ciudad en la que trabaja actualmente.....

La zona en la que trabaja es: Urbana  Rural

Etnia Mestizo  Blanco  Afro ecuatoriano  Indígena

Estado Civil Soltero  Casado  Viudo  Divorciado o separado  Unión Libre

Número de Hijos: \_\_\_\_

Recibe su remuneración salarial: si  no

La remuneración se encuentra entre:

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

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

**Datos Laborales**

Profesión: Médico/a  Especialidad de medicina en: \_\_\_\_\_

Enfermera

Años de experiencia profesional: \_\_\_\_\_

Tipo de trabajo: Tiempo completo  Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado  Público  Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual  Ocasional  Plazo Fijo  Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales  Ninguno

Horas que trabaja Diariamente \_\_\_\_\_

Trabaja usted en turno SI  No

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

Ninguno  25 %  25-50%  50-75%  75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: \_\_\_\_\_

Usted atiende a personas que tienen un alto riesgo de muerte: Sí  No

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente  Medianamente  Poco  Nada

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

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

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

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

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

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

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

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

Anexo 2.3

**UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA**  
Cuestionario (GHQ-28)

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

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

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



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

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

Anexo 2. 4

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA  
Cuestionario BRIEF-COPE

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

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

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

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

**Anexo 2.5.**  
**UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA**  
**CUESTIONARIO DE AS**

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

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

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

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

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

Medical Outcomes Study Social Support Survey. MOSS-SSS. Sherbourne y Cols (1991).  
Recuperado de <http://pagina.iccm.es/sanidad/salud/promosalud/pdf/violencia.pdf>

**Anexo 2.6.**  
**UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA**  
**CUESTIONARIO EPQR-A**

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

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

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