



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

AREA SOCIOHUMANISTA

TITULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGIA

“Identificación del Síndrome de Burnout y sus dimensiones en profesionales de salud y la relación con el rasgo de neuroticismo, en Instituciones Sanitarias privadas en la ciudad de Quito, Ecuador, en el período 2016 – 2017”

TRABAJO DE TITULACION

AUTORA: Paredes Garrido, Lorena Elizabeth

DIRECTOR: Negrete Zambrano, José Fernando

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO

2017



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

2017

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

José Fernando Negrete Zambrano

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: **“Identificación del síndrome de Burnout y sus dimensiones en profesionales de Salud y la relación con el rasgo de neuroticismo, en Instituciones Sanitarias privadas en la ciudad de Quito, Ecuador, en el período 2016 – 2017”**, realizado por la estudiante en formación, **Lorena Elizabeth Paredes Garrido**, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Quito, Agosto de 2017

José Fernando Negrete Zambrano

CI:

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“ Yo Lorena Elizabeth Paredes Garrido, declaro ser autora del presente trabajo de titulación: **“Identificación del síndrome de Burnout y sus dimensiones en profesionales de Salud y la relación con el rasgo de neuroticismo, en Instituciones Sanitarias privadas en la ciudad de Quito, Ecuador, en el período 2016 – 2017”**, de la Titulación de Licenciada en Psicología siendo, José Fernando Negrete Zambrano, director del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

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

Lorena Elizabeth Paredes Garrido

CI: 1710654763

DEDICATORIA

“Solo hay un mal, la Ignorancia: solo hay un bien, el Conocimiento” (Sócrates).

AGRADECIMIENTOS

La vida es un abanico de oportunidades, de sueños y de regalos.

Todas las experiencias vividas y los aprendizajes adquiridos a lo largo de este tiempo, me han brindado maravillosas sorpresas, acompañadas de innumerables bendiciones.

Agradezco a la vida, por todo lo alcanzado,

Agradezco a la vida, por todas las personas maravillosas que me acompañaron, que me apoyaron y que confiaron en mí,

Agradezco a la vida, por todos los encuentros que descubrí en esta aventura,

Agradezco a la vida, por todas las situaciones vividas.

Agradezco a la vida, por hoy y por siempre.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	i
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTOS.....	iv
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	v
RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO 1	6
MARCO TEÓRICO.....	6
1. Conceptualización del Síndrome de Burnout.	10
1.1. Reseña histórica del estudio del síndrome de Burnout.	10
1.2. Definición del Síndrome de Burnout.	15
2. Fases y desarrollo.....	16
2.1. Fases del síndrome de Burnout.	16
2.2. Desarrollo del síndrome de Burnout.	18
3. Características, causas y consecuencias del Burnout.....	20
3.1. Características.	20
3.1.1. El agotamiento emocional (AE).	21
3.1.2. La despersonalización o cinismo (DP).	21
3.1.3. La baja realización personal (FRP).....	22
3.2. Causas.	22
3.2.1. Estresores.	22
3.2.2. Trabajadores potencialmente afectados.	24
3.3. Consecuencias.....	24
3.3.1. Para la persona.	25
3.3.2. Para la organización.....	26
4. Las alteraciones físicas y psíquicas derivadas del estrés.....	26
4.1. Nivel conductual.....	28
4.2. Nivel Físico.	28
4.3. Nivel Psicológico / Emocional.....	28
5. Síntomas.	29
5.1. Síntomas Emocionales.	29

5.2. Síntomas Cognitivos.....	29
5.3. Síntomas Conductuales.....	30
5.4. Síntomas Sociales.....	30
5.5. Síntomas Psicosomáticos.....	30
5.6. Síntomas físicos.....	30
6. Modelos Explicativos.....	31
6.1. Teoría Socio-Cognitiva del YO.....	31
6.1.1. Modelo de competencia social de Harrison (1983).....	31
6.1.2. Modelo de Cherniss (1993).....	32
6.1.3. Modelo de Pines (1993).....	32
6.1.4. Modelo de Autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993).....	33
6.2. Teoría de Intercambio Social.....	34
6.2.1. Modelo de Comparación social de Buunk y Schaufeli (1993).....	34
6.2.2. Modelo de Consecución de recursos de Hobfoll y Fredy (1993).....	34
6.3. Teoría Organizacional.....	35
6.3.1. Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1993).....	35
6.3.2. Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993).....	36
6.3.3. Modelo de Winnubst (1993).....	36
6.4 Modelos sobre el proceso del síndrome de quemarse en el trabajo.....	37
6.4.1. Modelo Multidimensional de Maslach, Jackson y Leither (1988).....	37
6.4.2. Modelo de Edelweich y Brodsky (1980).....	37
6.4.3. Modelo de Price y Murphy (1984).....	38
6.5. Teoría Estructural: Modelo de Gil-Monte, Peiró y Valcárcel.....	39
7. Prevalencia.....	39
8. Variables asociadas.....	42
8.1. Variables de riesgo.....	42
8.1.1. Variables organizacionales.....	43
8.1.2. Variables sociales.....	45
8.1.3. Variables personales.....	46
8.2. Variables protectoras.....	47
8.2.1. Nivel ambiental.....	48
8.2.2. Nivel organizacional.....	48
8.2.3. Nivel Individual.....	49

CAPÍTULO 2	51
METODOLOGÍA	51
2. Objetivo.....	52
2.1. Objetivos específicos.....	52
2.2. Preguntas de investigación.....	53
2.3. Contexto de la Investigación.....	53
2.4. Diseño de investigación.....	56
2.5. Muestra.....	57
2.6. Procedimiento.....	57
2.7. Instrumentos.....	59
2.7.1. Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC.....	59
2.7.2. Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI).....	60
2.7.3. Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28).....	61
2.7.4. Escala multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE).....	61
2.7.5. Cuestionario MOS de Apoyo Social.....	63
2.7.6. Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck (EPQR-A).....	64
2.8. Recursos.....	64
CAPÍTULO 3	66
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	66
3. Análisis y Discusión.....	67
3.1. Análisis de resultados.....	67
3.1.1. Cuestionario sociodemográfico y laboral de los profesionales de la salud.....	67
3.1.2. Cuestionario de Percepción de un clima laboral del personal médico y del personal de enfermería.....	70
3.1.3. Inventario de Burnout de Maslach (Maslach Burnout Inventory [MBI]).....	73
Burnout.....	74
3.1.4. Cuestionario de Salud General (GHQ-28).....	75
3.1.5. Cuestionario de Afrontamiento (BRIEF-COPE).....	76
3.1.6. Cuestionario de Apoyo Social (AP).....	77
3.1.7. Cuestionario de Personalidad (EPQR-A).....	77
3.1.8. Correlación entre neuroticismo y las dimensiones del síndrome de Burnout.....	78
3.2. Discusión de resultados.....	79
CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	86

Conclusiones.....	87
Recomendaciones.....	89
Referencias Bibliográficas.....	90
ANEXOS	99
ANEXO 1	100
Cuestionario Sociodemográfico y Laboral.....	101
ANEXO 2	103
Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI).....	104
ANEXO 3	105
Cuestionario de Salud Mental (GHQ – 28).....	106
ANEXO 4	109
Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento	110
(BRIEF – COPE).....	110
ANEXO 5	111
Cuestionario (MOS) de Apoyo Social.....	112
ANEXO 6	113
Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck (EPQR-A).....	114
ANEXO 7	115
Consentimiento informado	116

RESUMEN

La presente investigación tiene como finalidad conocer la existencia o no del síndrome de Burnout y su relación con el rasgo de personalidad de neuroticismo en dos instituciones sanitarias de la ciudad de Quito en el periodo 2016-2017. Para ello, se realizó un estudio cuantitativo transaccional descriptivo, exploratorio y correlacional con una muestra de cuarenta profesionales de salud entre médicos y enfermeras. El criterio para la selección de la muestra fue causal-accidental.

Los instrumentos utilizados fueron psicométricos: Cuestionario de variables socio-demográficas y laborales (AD-HOC), Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28), Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), Cuestionario de Apoyo Social (MOS), Cuestionario Revisado de Personalidad Eysenck (EPQR-A).

En el grupo de enfermeras no se presentó el Burnout. En el caso de los médicos se encontró una prevalencia del 5% del síndrome. Los resultados de la investigación no permitieron establecer una relación entre el rasgo de personalidad de neuroticismo y el desarrollo de dicho síndrome; sin embargo, permitieron constatar que el neuroticismo repercute en las dimensiones del mismo, contribuyendo al desgaste del individuo.

PALABRAS CLAVES: Burnout, rasgo de personalidad, neuroticismo, instrumentos psicométricos.

ABSTRACT

This research purpose is to know of the Burnout syndrome existence or not and its relation to the neuroticism personality trait in two health institutions in the city of Quito during 2016 and 2017. A quantitative, descriptive transactional, exploratory and correlational study was conducted amongst a sample of forty health professionals, between physicians and nurses. The selection criterion of the sample was `causal-accidental`.

The following psychometric techniques were used: Questionnaire of socio-demographic and labor variables (AD-HOC), Maslach Burnout Inventory (MBI), Mental Health Questionnaire (GHQ-28), Multidimensional Assessment of Coping (BRIEF- COPE), Social Support Questionnaire (MOS), revised Eysenck Personality Questionnaire (EPQR-A).

Results show nurses did not show Burnout. As for the doctors, a prevalence of 5% of the syndrome was found. The study does not establish a relation between neuroticism personality trait and the development of its syndrome; nevertheless, results validate the fact that neuroticism has an influence with all dimensions of it so this contributing to the individual's deterioration.

KEYWORDS: Burnout, personality traits, neuroticism, psychometric techniques.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Burnout, o “quemarse en el trabajo” es “una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos síntomas principales son: agotamiento físico, emocional y actitud fría y despersonalizada en la interacción con las demás personas, lo que deriva en comportamientos y sentimientos de inadecuación a las tareas que se han de llevar a cabo.” (Maslach, 1986). Se desarrolla principalmente en profesionales que brindan servicios a terceros, expresándose como una inadecuación entre el estrés percibido y las estrategias de afrontamiento que utilizan en situaciones laborales conflictivas. En tales situaciones es fundamental la estructura de personalidad del individuo, ya que esta le predispone a afrontarlas o rechazarlas. Las consecuencias pueden darse a nivel psicológico, físico y fisiológico. En estos casos el grado de apoyo social, ya sea el que el individuo percibe o el que efectivamente recibe, juega un papel clave para evitar el desarrollo del síndrome.

Según Blajeroff el Burnout es “uno de los cinco problemas sanitarios más graves de la actualidad, tanto por la alta prevalencia de afectación en profesionales de la salud como por las posibles consecuencias en la población asistida por dichos profesionales” (Blajeroff, 2006); desafortunadamente, como el Dr. Maglio indica, el Burnout es la expresión actualizada del “malestar en la cultura”. Un malestar que se vive con resignación, algunos pensando que “hay que salvarse uno” y en esta equivocación olvidando que “nadie puede solo” y que una persona sola no existe (Maglio, 2012), pues la salud debe comprenderse como el estado completo del individuo en todas sus capacidades y no solamente ausencia de enfermedad.

Por su parte, la OMS diferencia el síndrome de Burnout de una afección individual y aislada para enmarcarlo en una perspectiva organizacional, social y cultural e igualmente reconoce que en cualquier estructura, el apoyo social entre compañeros es muy relevante para el Burnout, pero la falta de este contribuye al síndrome. (Forbes Alvarez, 2011).

Como se ve, la investigación sobre el tema ha sido materia de preocupación en diferentes países del mundo (Forbes Alvarez, 2009; Grau, Armand, Flichtentrei, Daniel, Suñer, Rosa, Prats, María, & Braga, Florencia, 2009, Maglio, 2012, Cyrulnik, 2017, Amador Guevara, etc.). De igual manera, sondeos realizados por trabajando.com (2014), muestran que el síndrome de Burnout afecta, al menos, al 30% de la población en forma agravada y esta cifra sube en 50% en estados más leves (Díaz, 2014).

En el caso de Ecuador, específicamente para Quito, la investigación referente al síndrome es escasa (García 2012, Mosquera 2012, Ramírez, 2017); al respecto, según una encuesta realizada en el año 2012 en Ecuador, en el hospital Andrade Marín y en el hospital de Ambato, se revela que el 67% del personal sufría de estrés emocional y laboral, y no solo por las largas jornadas que deben cumplir sino también por la aplicación del código de la salud, la falta de insumos, la masificación en la atención, condiciones inadecuadas de trabajo entre otras causas, indica Guillermo Barragán (Coello, Ecuador no tiene políticas de prevención contra el Burnout, 2016).

En la revista médica, publicada en 2016, Mosquera afirma que, “Por lo general los médicos que recién inician su actividad, como los residentes, trabajan en turnos, sumado a problemas como la falta de recursos, exceso de pacientes, trabajo no reconocido, entre otros, incrementando así las posibilidades de sufrir un desbalance en su salud” (Mosquera, 2016).

El presente trabajo comprende tres capítulos. En el primero contempla el marco teórico, allí se presenta inicialmente una breve reseña histórica del trabajo humano, sus condiciones óptimas de ejecución y la legislación laboral en el Ecuador. Luego, teniendo como referencia a Canoüi y Mauranges (2016) el capítulo hace un recuento de la identificación de la sintomatología específica del síndrome (hecha por Claude Veil en 1959), y el desarrollo conceptual en torno al mismo iniciado por Freudenberguer (1974) -a quien se debe su denominación como Burnout”, y continuado por Mashlach (1976). En este desarrollo conceptual también se da cuenta de los cambios que llevan de identificarlo como un problema psicológico, a incluir sus aspectos culturales (Sakharov y Farber, 1983; Lazarus y Folkman, 1984; Saranson, 1985) su ampliación a profesiones distintas a las del área de salud (García-Izquierdo, 1991; Mingote Adán, 1998) y, finalmente, su correlación con síntomas físicos, cognitivos y comportamentales (Gil-Monte Peiró, 2000; OIT, 2016).

El segundo capítulo expone la metodología empleada en la investigación. En vista que se buscaba establecer la prevalencia del síndrome de Burnout, y su relación con el rasgo de personalidad de neuroticismo en dos instituciones sanitarias (ambas de carácter privado) de la ciudad de Quito -periodo 2016-2017-, se realizó un estudio cuantitativo transaccional descriptivo, exploratorio y correlacional con una muestra de cuarenta profesionales de salud, conformada por 20 médicos y 20 enfermeras. La muestra se escogió en base a criterios de inclusión de personas que laboraran en la institución con mínimo cuatro años de antigüedad, diplomadas en medicina y en enfermería, quienes voluntariamente se sometieron a la

realización de los cuestionarios presentados; todas ellas firmaron un consentimiento válido. El criterio para la selección de la muestra fue causal-accidental.

Los instrumentos psicométricos fueron aplicados en una sola vez, y realizados de forma autónoma, con un tiempo de duración aproximado de 45 minutos. Para establecer edad, género, número de hijos, etnia, estado civil y variables laborales (satisfacción con pacientes, familiares de pacientes, compañeros de trabajo, trabajo realizado, etc.) de la población encuestada, se empleó el Cuestionario de variables socio-demográficas y laborales (AD-HOC). El Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI, Maslach y Jackson, 1986) fue la herramienta utilizada para la detección del desarrollo del síndrome. Para conocer el estado de salud general de la muestra se empleó el Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28, Goldberg y Hillier, 1979). La Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE, Carver, 1997), permitió identificar el tipo de afrontamiento utilizado por los profesionales estudiados. Para conocer el apoyo social de la muestra estudiada se aplicó el Cuestionario de Apoyo Social (MOS, Sherbourne y Steward, 1991). Por último, se utilizó el Cuestionario Revisado de Personalidad Eysenck (EPQR-A, Francis Brown y Philipchalk, 1992), para la identificación de la personalidad de los miembros del grupo analizado.

Finalmente, en el tercer capítulo, a través de las seis tablas y sus respectivos desgloses, se presentan los datos resultados de los instrumentos psicométricos y se realiza una presentación de los mismos, de manera numérica y porcentual de las variables consideradas. Así mismo, se hace una correlación entre las variables pertinentes y su relación con la aparición, el desarrollo e intensidad del síndrome de Burnout. Aquí se consideró especialmente la dimensión de realización personal, siendo esta afectada en el personal médico, pudiendo provocar la aparición del síndrome.

Por último se presenta las conclusiones sobre el estudio y la relación con el rasgo de neuroticismo en la muestra estudiada; ello da pie al apartado de las recomendaciones, que cierra este estudio. Hay que resaltar que pese a haber sido considerado, al inicio de la investigación, como una relación posible, los resultados arrojaron que no hay una relación entre el neuroticismo y el desarrollo del síndrome pero existe una correlación significativa con las dimensiones del mismo, en la población estudiada, según la escala de Eysenck,.

CAPÍTULO 1
MARCO TEÓRICO

Desde el origen de la humanidad, en la época neolítica, el hombre ha realizado actividades tanto para sobrevivir, como para protegerse y proteger a su familia. El trabajo comienza con la elaboración de instrumentos de caza y pesca, diversificándose y alcanzando nuevas actividades: agricultura, hilado, tejido, trabajo de los metales, alfarería, navegación, comercio, etc. hasta llegar a tiempos modernos.

La constitución del Ecuador concede al trabajo la calidad de un derecho, mediante el cual, la persona obtiene recursos para la subsistencia suya y de la familia. "El trabajo es una acción que realiza la persona que cumple una tarea y que requiere de esfuerzo físico o intelectual, con el que se obtiene bienes materiales o inmateriales que facilitan y/o sirven para atender las necesidades humanas" (7 Graus, s/f).

De la misma manera, al ser el Ecuador signatario de la Organización Internacional del Trabajo, debe observar con el carácter de obligatorio, todas las disposiciones emanadas por este organismo y que pronuncian relación con las normas y buenas prácticas del Trabajo de las organizaciones sindicales y de las leyes para un normal y buen funcionamiento de las relaciones obrero-patronales, la seguridad social y el bienestar.

Como se encuentra estipulado en la Ley Orgánica, N°67, párr.2, 2006:

El artículo 42 de la Constitución Política de la República, dispone que "El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia"

Así también los organismos internacionales definen la importancia del trabajo de la siguiente manera (Organismo Internacional del Trabajo, OIT, 2004):

"El trabajo es un derecho fundamental de las personas y es esencial que en su ejercicio se provea de todas las condiciones necesarias para lograr el bienestar de los trabajadores. El trabajo es un medio para sustentar la vida y satisfacer las necesidades básicas, pero es también la actividad mediante la cual las personas afirman su propia identidad, tanto ante sí mismos como ante quienes les rodean, siendo crucial para el ejercicio de opciones personales, para el bienestar de la familia y para la estabilidad de la sociedad".

Concebido así el trabajo, es necesario aceptar que un buen desarrollo de esta actividad va a aportar beneficios a las partes que intervienen en su desarrollo, esto es el patrono (quien contrata el trabajo) y el trabajador (quien desarrolla la actividad productiva). Concluyendo que si el trabajo se desarrolla en un ambiente sano y con términos adecuados para las partes, esto es de remuneración y condiciones laborales, el resultado será beneficioso para el trabajador y para la unidad de producción.

La OIT (2016) afirma que “una interacción negativa entre las condiciones de trabajo y los factores humanos puede dar lugar a trastornos emocionales, problemas comportamentales, cambios bioquímicos y neurohormonales, que provocan riesgos adicionales de enfermedades mentales o físicas” (p. 3).

Según éste mismo organismo, su director general, Ryder (2016) señala que “Promover el empleo y las empresas, garantizar los derechos en el trabajo, extender la protección social y fomentar el diálogo social son los cuatro pilares del Programa de Trabajo Decente de la OIT, con la igualdad de género como tema transversal” (p.1).

El Objetivo 8 de la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030 insta a promover un crecimiento económico, sostenible e inclusivo, el pleno empleo y el trabajo decente para todos será un ámbito de actuación fundamental para la OIT y sus mandantes (p. 5).

El desarrollo del trabajo en un ambiente agradable, (clima, luminosidad, humedad, temperatura, música), conocimiento del puesto que se ocupa y sus competencias, autonomía y responsabilidad, objetivos claros y realistas, buena comunicación, reconocimiento de logros alcanzados por parte de la jerarquía, etc. son requisitos que aseguran resultados satisfactorios para el trabajador, para la empresa y para la calidad de productos elaborados.

Desde el punto de vista de Savicki y Cooley (1987), el bienestar físico apreciado por el individuo en su medio laboral, es un importante predictor del síndrome, sobre todo para la escala Realización Personal.

Como lo indica Fromm (1956), actualmente el hombre moderno ha perdido contacto con si mismo y con su naturaleza, se ha transformado en mercadería donde percibe sus fuerzas vitales como una inversión que debe sacar el máximo de provecho en relación con las condiciones del mercado. Las relaciones humanas son autómatas y el individuo trata de ser parte del grupo, de la masa sin distinguirse por sus pensamientos, sentimientos o acciones. Ha penetrado en la rutina del trabajo mecánico. (Fromm, 2016. P.124 - 125).

Un alto desajuste entre los objetivos atribuidos y los objetivos logrados, entre el trabajo realizado y el tiempo invertido en él, en el salario recibido, en el contexto social en el cual se trabaja y la falta de reconocimiento de su labor y la mala comunicación, es perjudicial y genera un sentimiento de impotencia y fracaso, ocasionando estrés, angustia, depresión, y puede llegar hasta producir enfermedades mentales y problemas relacionales. Siendo éstos antecedentes que desembocan en el síndrome de Burnout.

De igual manera, el Observatorio Vasco de Acoso Moral, OVAM (2012) afirma que los puestos de trabajo que se crean deben tener y proporcionar seguridad laboral y esta debe reflejarse en la calidad del empleo (p.22).

El psicólogo americano Freudenberger, describió cómo las personas cuya actividad laboral no se desarrollan en condiciones de “trabajo decente”, son proclives a disminuir las cualidades de sensibilidad, comprensión, colaboración y a aumentar su agresividad en las relaciones interpersonales, culpando a los demás de los errores y fracasos y de los problemas causados para el desarrollo laboral en condiciones tales que afectan la condición humana. Para definir este patrón de conducta, Fredenberger utiliza las mismas palabras que Seligman Burnout”, “estar quemado”, “consumido”, “apagado” (Calin et al., 2010).

El OVAM (2012), indica que el trabajo es “un condicionante que aporta seguridad, autoestima, mejora en la realización personal y en la relación social y otras variables que mejorarán nuestro bienestar” (p. 25).

El trabajo es también un riesgo. “Algunos contaminantes pueden poner en peligro la salud mental de las personas pero son sobre todo algunas características de la organización y del desempeño del trabajo las que tienen una mayor influencia en el riesgo de enfermedad” (OVAM, 2012, p.20).

Una empresa es más competitiva y eficaz si su personal tiene mejor salud y calidad de vida en el trabajo, de lo contrario, el mal funcionamiento repercute negativamente sobre su organización (más incidentes y accidentes, ausentismo, rotación, disminución de la productividad, disminución de la calidad, etc.).

El bienestar en el trabajo, da resultados positivos en salud y bienestar personal, en actitud laboral positiva, en compromisos personales con los demás. Los beneficios los obtienen tanto la empresa como el trabajador, obteniendo por una parte un mejor rendimiento, un mayor involucramiento, una mayor motivación logrando objetivos más altos.

La sociedad por su parte se verá afectada por una mala relación laboral y presentará desconfianza, elevación de costos de sus productos e ineficiencia.

1. Conceptualización del Síndrome de Burnout.

1.1. Reseña histórica del estudio del síndrome de Burnout.

En los años sesenta, con el surgimiento de los movimientos de la medicina social, se establece que la salud está en estrecha vinculación con el proceso del trabajo (Zapata, 2012, p. 10), sin embargo, en Francia hubieron algunos precursores que dieron algunas descripciones sobre el cansancio en el trabajo, así por ejemplo: surménage intelectual (Desoille y Raynaud), surménage de los dirigentes (Bize y Goguelin), síndrome subjetivo común del cansancio nervioso (Bégouin), y por último, estados de agotamiento en el trabajo (Veil) (Canouï et al., 2008, p.5).

Dentro de los estudios que se han realizado con respecto al síndrome de Burnout, se ha hecho una recopilación bastante completa de los aportes realizados por diferentes autores, los mismos que expongo a continuación: Calin et al. (2010), Canouï et al. (2008), Fidalgo (2000), Montejo (2014) OVAM (2012), entre otros.

Para comenzar, Canouï (2015) revela que en Francia, en 1959, el psiquiatra, Claude Veil escribe en la revista –Concours Medicales- bajo el título “Primum non nocere”, que el estado de agotamiento en el trabajo, es el producto del encuentro de un individuo y de una situación. Tanto el uno y el otro son complejos y debe evitarse enunciar implicaciones simples al respecto.

En Estados Unidos, cuando el psiquiatra y psicoanalista, Freudenberger, ejercía en una clínica para toxicómanos –free clinics-, se dio cuenta que la apertura de este tipo de centros terapéuticos al igual que los horarios que se aplicaban, exigían una gran disponibilidad del equipo profesional. En 1970, utilizará el término de Burnout para describir el estado mental de los jóvenes voluntarios que trabajan en estas estructuras, indicando más tarde, que las personas somos algunas veces víctimas de incendios como lo pueden ser los edificios, y así, bajo la presión producida por este mundo complejo, su autocontrol y dominio interno se consumen bajo la acción de las llamas, devastando el interior a pesar de que la apariencia externa parezca intacta.

En 1974, Feudenberger, define por primera vez Burnout como “una sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador”.

Maslach (1976) define el Burnout como “el proceso gradual de pérdida de responsabilidad personal, y desinterés cínico entre sus compañeros de trabajo” e indica que el síndrome de Burnout se puede dar exclusivamente en profesiones de ayuda. Son las excesivas demandas emocionales externas e internas imposibles de satisfacer las que producen la vivencia de fracaso personal, tras invertir al trabajo de una carga emocional excesiva.

Así también varios autores han definido el concepto de Burnout con diversos matices a lo largo de las últimas cuatro décadas de la siguiente manera:

Desde el punto de vista de Pines y Kafry (1978), el Burnout es una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal.

Spaniol y Caputo (1979), definieron Burnout como el síndrome derivado de la falta de capacidad para afrontar las demandas laborales o personales.

Bronfenbrenner (1979), supone el síndrome como un desajuste disfuncional entre los contextos significativos de la vida cotidiana de la persona como una fórmula adaptativa, o de compromiso, no exitosa.

Edelwich y Brodsky (1980), plantean una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones del trabajo.

Cherniss (1980) afirma que el Burnout es un proceso transaccional de estrés y tensión en el trabajo, en el que se 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.
- c. Cambios en actitudes y conductas (afrontamiento defensivo).

Shannon y Saleebey (1980) identifican el síndrome como condiciones de debilitamiento psicológico que afectan a individuos que trabajan en condiciones de alto estrés laboral) los cuales sufren los efectos acumulativos del estrés.

Maslach y Jackson (1981) identifican el Burnout como respuesta al estrés laboral crónico que conlleva la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, el 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.

Blase (1982), sugiere el síndrome como una función de la exposición prolongada a las tensiones laborales que resultan de la falta de ajuste de las estrategias de afrontamiento del sujeto y de la ausencia de recompensas adecuadas en relación a las exigencias del trabajo.

Sakharov y Farber (1983) Sugieren que el Burnout” no es meramente un estado psicológico, sino que se origina en la experiencia subjetiva de un predominante problema social, resultado de una dinámica interacción entre un profesional y un mundo social (Montejo Martín, 2014, pág. 285).

Lazarus y Folkman (1984) indican que la cultura puede entenderse como una variable personal que interviene en los procesos de evaluación y afrontamiento de las situaciones estresantes.

Para Price y Murphy (1984), el síndrome de Burnout, es un proceso de adaptación a situaciones de estrés laboral y no un estado, caracterizado por un fallo o desorientación profesional, desgaste y labilidad emocional, sentimiento de culpa por falta de éxito profesional, frialdad emocional y distanciamiento.

Sarason (1985) afirmó que tanto valores sociales, como condiciones económicas, y los momentos históricos son elementos decisivos para explicar los procesos de generación individuales y colectivos del Burnout” al no ser este fenómeno una característica individual e interna del sujeto exclusivamente, sino que es fruto de una suma de características psicológicas que reflejan las estructuras amplias de una determinada sociedad.

Pines y Aronson (1988) indican que el Burnout es el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones con demandas emocionales. Pines pone mucho énfasis en la importancia de la prevención de éste síndrome. (Fidalgo, 2000, p.2).

García-Izquierdo (1991) comenta que el Burnout es un problema característico de los trabajos de servicios humanos, es decir, de aquellas profesiones que deben mantener una relación continua de ayuda hacia el “cliente”. Profesionales, sin duda, más expuestos a riesgos psico-emocionales”.

Cordes y Dougherty (1993), plantean que las definiciones del Síndrome podrían estar clasificadas en cinco conceptualizaciones, a saber: fracasar, quedar exhausto; pérdida de la creatividad, pérdida del compromiso con el trabajo; distanciamiento de los clientes y compañeros de la organización en que trabaja; respuesta crónica al estrés (Zapata, 2012, p.22).

Leiter y Schaufeli (1996), han señalado que el síndrome de quemarse por el trabajo puede desarrollarse en profesionales cuyo trabajo no conlleve necesariamente el contacto directo con personas (Gil-Monte et al. 1999).

Mingote Adán (1998) realiza una síntesis de 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. 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”.
- e. Se manifiesta por un menor rendimiento laboral, y por vivencias de baja realización personal, de insuficiencia e ineficacia laboral, desmotivación y retirada organizacional.

Gil-Monte y Peiró (2000) desde la perspectiva psicosocial, indican que el clima de sensibilidad hacia los problemas psicosociales del entorno laboral, son susceptibles de originar la aparición de estrés laboral y de sus patologías asociadas, por lo que, consideran el síndrome de Burnout como un proceso en el que intervienen componentes cognitivo (baja realización personal en el trabajo), emocionales (agotamiento emocional) y actitudinales (despersonalización) (Gil-Monte, 2003, p.21).

Manassero et al. (2000), recogen que el modelo “sugiere que los procesos de Burnout” son una respuesta elicitada directamente por la acción de estresores laborales modulada por las diferentes formas de apoyo social percibido y que de forma intensa actúan determinando las consecuencias y síntomas a largo plazo” (p.191).

Strassmeier (1992) recoge que las variables de personalidad explican mayor porcentaje de varianza de Burnout” que las variables organizativas (Montejo Martín, 2014).

Peris (2002) enfatiza un trastorno caracterizado por la sobrecarga, y/o desestructura de tareas cognitivas por encima del límite de la capacidad humana. Cuando el estrés laboral sobrepasa las capacidades del individuo a la hora de afrontarlas, puede llegar un periodo de agotamiento extremo que impida realizar las tareas asignadas de un modo correcto. Si además de este bajo rendimiento ocurre un agotamiento emocional, un aumento del sentimiento de despersonalización o cinismo, y baja el sentimiento de eficacia profesional, estaríamos ante el denominado síndrome de Burnout, “estar quemado” o “desgaste psíquico”.

Gil-Monte et al. (1999), exponen desde una perspectiva macroanalítica, que la cultura y el clima organizacional pueden explicar aspectos significativos en el desarrollo del síndrome de quemarse (p. 266).

Montejo (2014), en un estudio efectuado, indica que “el síndrome de Burnout, no depende completamente de características personales y problemas relacionados con las condiciones de trabajo, existen otros factores culturales en el contexto que tienen una importancia relevante en el proceso que da lugar al síndrome” (p. 204).

La cultura influye en la conducta humana y tanto las diferencias culturales como el contexto profesional influyen en los indicadores de estrés, así por ejemplo se han encontrado diferencias significativas en los niveles de agotamiento emocional en función de aspectos culturales (Moreno-Jiménez et al. 2003).

En Ecuador, la educación, es una herramienta que de igual manera se la debe reconsiderar ya que existe una feminización y masculinización de las ofertas universitarias considerándola a ésta como herramienta transmisora de representaciones que asignan a la mujer lugares estereotipados. Fernando Cuji (2016) indica de manera optimista que “la equidad de género en los puestos de dirección en las universidades se supera de manera progresiva” (Acosta, 2016).

1.2. Definición del Síndrome de Burnout.

Como se ha descrito, son muchas las definiciones y matices que se han elaborado al respecto, pero todos ubican el problema en la incidencia que el desorden laboral producido por las empresas, por los trabajadores, por el medio en que se desenvuelve, afectan al trabajador en su psiquis en forma negativa, con efectos traumatizantes para la persona, la familia, la sociedad, haciendo necesario la intervención de organismos como Naciones Unidas, Organización Internacional de Trabajo o los Gobiernos nacionales que normen las relaciones a través de leyes, reglamentos como se encuentra estipulado en el Código del Trabajo y en la Ley de Seguridad Social.

Tras el análisis de todas las definiciones que distintos autores han ensayado sobre el Burnout, en el presente trabajo se considera importante que muchos trabajadores identifican estar quemado con estar a disgusto, estar harto, sentirse agobiado, tener un mal día en el trabajo, etc., pero no se observa la realidad del síndrome en su dimensión, su cronicidad o su intensidad en las fases más avanzadas. Se trata de un proceso insidioso que habitualmente deriva en consecuencias severas para la persona. Esta patología es consecuencia, fundamentalmente de la exposición a unas determinadas condiciones de trabajo y no está originada por una deficiencia en la personalidad del individuo (Fidalgo, 2000).

Por lo tanto, se tomará altamente relevante para la presente investigación, la diferencia clave que existe entre el Burnout como estado o como proceso, ya mencionado anteriormente por Price y Murphy (1984).

Según lo indican Rodríguez-Marín, 1995; Gil-Monte y Peiró, 1997, existe una diferencia clave entre el Burnout como estado o como proceso, ya que el Burnout como estado conlleva un conjunto de sentimientos y conductas normalmente asociadas al estrés, que plantean un “etiquetamiento” (decir que alguien “está quemado” o Burnout sugiere un fenómeno estático, un resultado final), mientras que la concepción como proceso, lo aborda como un particular mecanismo de afrontamiento al estrés que implica fases en su desarrollo (Calin et al., 2010, p. 171).

Este síndrome, así considerado, indica que su tratamiento puede ser realizado mediante políticas públicas con el carácter de curativas y preventivas, emanadas por los organismos correspondientes dedicadas a atender el “síndrome estar quemado”, que sería con políticas curativas y con las políticas de prevención cuando este se encuentra en proceso.

Desgraciadamente, las políticas públicas aparecen en los llamados códigos y leyes y ponen énfasis en las penalidades con sanciones más que con medidas de carácter preventivo. Las sanciones pueden ser con sanciones, indemnizaciones o jubilaciones.

El Burnout es una respuesta del organismo ante situaciones de estrés crónicas, caracterizada por un estado de agotamiento general, físico, mental y actitudinal y aparece en personas cuya actividad profesional principalmente, se dirige a la prestación de algún servicio a otras persona y que presentan antecedentes organizacionales, sociales y personales (Díaz et al., 2012, p. 91).

El Burnout aparece cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento habitualmente usadas por el sujeto, comportándose como variable mediadora en la relación estrés percibido y consecuencias. El estrés no es un trastorno a la salud sino el primer signo de una respuesta a un daño físico y emocional (Calin et al., 2010, p. 169).

Según Gil-Monte y Peiró (1997) es difícil identificar el Burnout de otros estados, como los estados de tedio, depresión, alienación, ansiedad, insatisfacción laboral, fatiga, etc. Dichos autores indican que “el proceso de Burnout supone una interacción de variables afectivas, cognitivo - aptitudinales y cognitivo - actitudinales, que se articulan entre sí en un episodio secuencia”.

El Burnout es consecuencia de la exposición a estresores laborales. Esta interacción del trabajador con unas determinadas condiciones laborales de riesgo puede provocar el síndrome, siendo por tanto, una consecuencia sobre la salud en la persona que se deriva del trabajo.

El Burnout se trata de una respuesta al estrés. Estas demandas emocionales son las que sobrepasan la capacidad y tolerancia del trabajador a las mismas. Cuando el trabajador empieza a perder fuerza, motivación y seguridad en su trabajo y en sí mismo y siente que ha agotado todas sus herramientas de defensa, empieza a entrar en un proceso de destrucción hacia sí mismo y a perder todo recurso de afrontamiento, desarrolla desgaste emocional, agotamiento físico y emocional y pierde confianza en sí.

2. Fases y desarrollo.

2.1. Fases del síndrome de Burnout.

Al respecto, Edelwich y Brodsky (1980) lo describen al síndrome de Burnout como un fenómeno cíclico y evolutivo que conforma cuatro fases (Canouï, 2015, p. 10):

1. Fase de Idealismo y Entusiasmo: El individuo, al inicio de su carrera posee un alto nivel de energía para el trabajo, expectativas poco realistas sobre él, hipervalorizando su capacidad profesional. Se involucra demasiado y existe una sobrecarga de trabajo voluntario.
2. Fase de Estancamiento: Supone una disminución de las actividades desarrolladas cuando el individuo se da cuenta que sus expectativas han sido sobrevalorizadas.
3. Fase de Frustración: En esta fase el individuo llega a la paralización de sus actividades, desarrollando apatía y falta de interés. Empiezan a surgir los problemas emocionales, conductuales y físicos.
4. Fase de Desmoralización: La frustración que el individuo percibe llega a niveles muy elevados, provocando un sentimiento de vacío, razón por la cual, empieza a tomar una actitud de distanciamiento y de desvalorización profesional.

Según Alvarez (2011) el síndrome comporta tres fases (p.2):

1. Fase de estrés: se da un desajuste entre demandas laborales y recursos del trabajador.
2. Fase de agotamiento: se da respuestas crónicas de preocupación, tensión ansiedad y fatiga.
3. Fase de agotamiento defensivo: se aprecian cambios en la conducta del trabajador, por ejemplo, el cinismo.

Por otro lado, Mansilla (2012) proponen cinco fases por las que pasa todo individuo que padece Burnout, estas son (p. 63):

1. Fase de entusiasmo: caracterizado por elevadas aspiraciones, energía desbordante y carencia de la noción de peligro; alta motivación, disponibilidad incondicional para realizar el trabajo sin contar con el tiempo y el esfuerzo que el mismo requiere. Sensación de logro y confianza en obtener los objetivos establecidos y sobrepasarlos.
2. Fase de estancamiento: Surge tras no cumplirse las expectativas originales, empezando a aparecer la frustración; sobreesfuerzo en el que el sujeto manifiesta signos de ansiedad, fatiga, irritabilidad, reducción de metas laborales. La motivación

baja, sus expectativas son altas pero sus logros son bajos, sus objetivos no se cumplen, pierde confianza en sí y cuestiona el tiempo que emplea en las actividades de su trabajo.

3. Fase de frustración: Comienzan a surgir problemas emocionales, físicos y conductuales, con lo que esta fase sería el núcleo central del síndrome. Ansiedad, estrés, depresión, irritabilidad, desesperación consigo mismo y hacia los demás, disminuye o cancela la comunicación con sus compañeros de trabajo. Actitudes déspotas y de menosprecio hacia los demás.
4. Fase de apatía: Sufre el individuo y que constituye el mecanismo de defensa ante la frustración. Pierde todos los mecanismos de defensa ante el estrés y el agotamiento físico e intelectual, toda motivación, esperanza o logro en su ámbito laboral. Adquiere un sentimiento de no saber hacer nada, duda de cada actividad que realiza.
5. Fase de Burnout o quemado: Produce un colapso físico e intelectual, emocional y cognitivo, que conlleva consecuencias negativas en la persona. Hospitalización, medicamentos y despido laboral. Es aquí que surge el problema mayor, pues el trabajador ha agotado todos sus mecanismos de afrontamiento ante obstáculos, dificultades, conflictos, estrés. Necesita ayuda profesional y personal, ya que muchas veces se observan altos casos de suicidios. En Japón, el porcentaje del mismo es muy alto por este problema, causando en la actualidad un problema social.

Existen muchas medidas de autorreporte de bienestar y salud. Tales medidas permiten la evaluación de las variaciones en la salud de los empleados sin la necesidad de realizar un diagnóstico clínico de la enfermedad. (Arnold et al., 2012, p. 400). Para ilustrar, se pueden citar: Inventario Breve de síntomas (BSI), Cuestionario General de Bienestar (GWBQ), el inventario de depresión Beck (BDI-II), Inventario de ansiedad Estado-Rango (STAI).

2.2. Desarrollo del síndrome de Burnout.

En 2001, Hacker definió el Burnout bajo 2 perspectivas: clínica y psicosocial (Díaz et al., 2012, p. 19-28).

- a. *La perspectiva clínica*, lo considera como un estado al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral. Freudenberg (1974); Pines y Aaronson (1988). Interacción entre las exigencias de la tarea y los recursos cognitivos de la persona.

- b. *La perspectiva psicosocial* lo considera como un proceso que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y de orden personal, con manifestaciones bien diferenciadas en distintas etapas. Gil-Monte et al. (1995), Golembiewski et al. (1983), Leiter (1988); Maslach et al. (1981), Schaufeli et al. (1993), entre otros. Exigencia de la tarea: demanda externa de la tarea que la persona debe afrontar con sus características y recursos personales, incluyendo capacidades cognitivas, emocionales y sociales.

Sin embargo, desde el punto de vista de Levental y Tomarken (1983), existe una tercera perspectiva (Buzzetti, 2005, p. 44).

- c. *La perspectiva integral* que considera que el estrés no se lo puede entender desde una perspectiva unitaria, ya que es el producto de la representación y apreciación del estímulo, la manera de reaccionar frente al mismo y por último, el éxito o fracaso del manejo del mismo. Esta perspectiva comporta tres niveles:

- Nivel fenomenológico: es la variedad del estado subjetivo: emociones negativas, depresión o ansiedad ante situaciones conflictivas.
- Nivel conductual: conductas emitidas en respuesta a estas emociones.
- Nivel institucional: redes sociales y pertenencias institucionales que se desarrollen con técnicas afectivas y psicológicas.

El síndrome de Burnout, es la combinación de las características de la tarea, de la persona y de la situación, lo que produce Burnout, lo que abarca una presión mental (estrés), una tensión mental y concluye con una fatiga mental.

La combinación con circunstancias personales y situacionales determinarán la tensión o carga mental, objetiva o subjetiva por la persona, dando lugar a efectos, facilitadores o perjudiciales, sobre su salud y su rendimiento. Así, el Burnout se comporta como una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias.

Presión mental es cualquier influencia exterior que puede afectar a la mente del ser humano:

- Exigencias de la tarea
- Condiciones ambientales
- Exigencia de la tarea a desempeñar

Tensión mental produce un efecto inmediato en la persona. Es un sistema de defensa. Es un componente evaluativo-subjetivo de la persona. La tensión es dependiente de variables personales, sean éstas, estables o situacionales.

Fatiga mental es una disminución funcional tanto física como mental que provoca un rendimiento bajo, así como sensación de apatía y agotamiento en el individuo. Esta fatiga aparece tras un período de trabajo continuo con un nivel de tensión elevado.

Se produce una relación entre tensión y presión, es decir, se incorpora la interacción de las exigencias externas de la tarea con variables individuales para dar lugar a la tensión mental para concluir con la fatiga mental. Los factores que se deben considerar en la persona es su autoconfianza, mecanismos de afrontamiento, habilidades, destrezas y experiencia (p.28).

Los individuos debido a diferentes variables laborales, son sometidos a situaciones en las cuales deben sobrellevar la tensión y la presión que estas ejercen en él. La actitud que cada uno desenvuelva frente a éste estrés o presión, depende en gran medida de las estrategias de afrontamiento y personalidad que disponga el individuo, sin embargo, si ésta tensión la recibe el individuo de manera prolongada empieza a desarrollarse el agotamiento laboral, donde se alternan varios sentimientos hacia sí mismo y hacia los demás: amor, miedo, ira, tristeza, frustración, duda, etc. Es por ello la importancia de saber diagnosticar de manera oportuna y clara el síndrome y poder diferenciarlo de cualquier patología. Todos somos susceptibles de sufrir Burnout, pero no todos de presentar trastornos patológicos.

De igual manera afirma Schwartzmann (2004) que el síndrome de burnout a diferencia de la depresión y de otros trastornos asociados (estrés agudo, ansiedad, etc.), es una entidad relacionada exclusivamente con el trabajo, por lo tanto, considera que debe constituirse como una "enfermedad profesional" (p. 182).

3. Características, causas y consecuencias del Burnout.

3.1. Características.

Al respecto, Bresó (2006) indica que a partir de un enfoque psicosocial, el Burnout se ha conceptualizado como un síndrome tridimensional que afecta a nivel personal, a nivel social y a nivel profesional (p. 1), caracterizado por: *agotamiento emocional, despersonalización o cinismo y baja realización personal en el trabajo* según Malasch y Jackson (1986).

3.1.1. El agotamiento emocional (AE).

Es una respuesta de los trabajadores al sentir que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. Esta respuesta de agotamiento de la energía o de los recursos emocionales propios, es debida al contacto continuo con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo en unas condiciones no ajustadas al trabajador.

El sujeto está saturado emocionalmente y no es capaz de recibir ni de dar afectividad al paciente. Como lo indica Canouï (2015), este cansancio no puede ser mejorado ni con el reposo y uno de los signos de alerta es que no se observan efectos benéficos después de vacaciones o de descanso (p. 13).

De igual manera, a medida que ya no se tiene motivación, se pueden desarrollar sentimientos de frustración y tensión con manifestaciones de irritabilidad, ansiedad y cansancio que no se recuperan con el descanso (Cordes et al., 1983).

3.1.2. La despersonalización o cinismo (DP).

Se explica por el desarrollo de sentimientos negativos, de actitudes y conductas de cinismo por parte del trabajador hacia las personas objeto del trabajo, hacia compañeros de trabajo y hacia el trabajo mismo (Breso, 2006). Se produce un endurecimiento afectivo y sus conductas son vistas por los usuarios de manera deshumanizada, dando como resultado, conflictos interpersonales y aislamiento. (Cordes et al., 1983; Maslach et al., 2001).

Maslach et al. (1997) modificaron la definición original de *Despersonalización* por Cinismo, definiéndole a este como “un mecanismo que permite reducir al mínimo las emociones potencialmente intensas que podrían interferir con el funcionamiento en situaciones de crisis”.

Gil-Monte (2003) plantea que en las actitudes de despersonalización se deben diferenciar dos aspectos. El primero de ellos, de carácter funcional, es decir, el individuo no se implica en los problemas del usuario, desarrollando acciones lesivas o negativas sin que por ello se vean afectados sus sentimientos. El segundo aspecto poseería un carácter disfuncional comprendiendo conductas que brindan un trato humillante a los pacientes, con falta de respeto e incluso vejatorio (p. 22).

3.1.3. La baja realización personal (FRP).

En el trabajo se entiende una tendencia de los profesionales expuestos a unas condiciones de riesgo a evaluarse negativamente, es decir, tener un sentimiento de no ser eficaz y de ya no saber ayudar a los demás. Esta evaluación negativa afecta notablemente a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden. Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismos e insatisfechos con sus resultados laborales. Empiezan a dudar de sus capacidades, tienen la constante sensación de falta de progreso y la persona se siente inefectiva, aumenta su sentimiento de inadecuación, culpabilidad y desmotivación. Cada nuevo proyecto es sentido como abrumador (Maslach, 1997), (Canouï et al., 2015, p. 15).

Al respecto, Buzzetti (2015) indica que desde la perspectiva de Maslach et al., el Burnout comprende:

- El componente de estar *Agotado Emocionalmente* representa la dimensión básica e individual del estrés en el síndrome de Burnout.
- El componente de *Despersonalización o Cinismo* representa la dimensión del contexto interpersonal del síndrome de Burnout.
- El componente de *Realización Personal* en el trabajo se refiere a la dimensión de auto evaluación del síndrome de Burnout.

3.2. Causas.

Al respecto, Velázquez (2011), señala que los elementos básicos que resulta necesario analizar para comprender el Burnout, son los estresores desencadenantes de estrés o factores de riesgo, y los trabajadores potencialmente afectados (pp. 20 – 44).

3.2.1. Estresores.

- La concepción de las tareas del puesto
- El trabajo monótono y la excesiva variación de tareas
- El ajuste entre la capacidad de las persona y las tareas del puesto
- La distribución o reparto de actividades entre los puestos de trabajo

- La mayor o menor autonomía para decidir sobre el modo de realizar el trabajo
- Los trabajos de alta y baja tensión
- La carga y ritmo de trabajo
- Excesivo o reducido ritmo de trabajo
- La programación del trabajo
- Trabajo nocturno y a turnos
- Horario flexible e inflexible
- Trabajo sometido a plazos inexcusables
- La exposición a agentes físicos
- Los cambios en la organización del trabajo
- La temporalidad y precariedad de las relaciones laborales
- El tamaño de las empresas y el recurso a la subcontratación
- La flexibilidad en las relaciones laborales
- Cultura de organización y gestión
- Los estilos de mando y dirección
- El papel o rol en la organización de cada individuo
- El desarrollo de la carrera profesional
- Participación y transparencia
- Recursos humanos y materiales
- Las relaciones interpersonales
- El trabajo solitario y trabajo nocturno
- El trabajo en equipo y las relaciones entre compañeros de trabajo

- Las relaciones con los supervisores del trabajo
- Relaciones interpersonales con clientes y personal externo

3.2.2. Trabajadores potencialmente afectados.

- Los trabajadores más cualificados
- La incorporación de la mujer mercado de trabajo
- El envejecimiento de la población laboral
- Sociedades multiculturales

3.3. Consecuencias.

El desenlace de este estrés crónico repetitivo y duradero, es un estado de cansancio insoportable, actitudes de afrontamiento menos y menos adaptadas y apropiadas y se evidencia ineficacia y falta de rigor en el trabajo.

Según Fidalgo (2000) el Burnout “es un tipo particular de mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al estrés generado por la relación profesional-cliente y por la relación profesional-organización. Aparece un deterioro cognitivo (frustración y desencanto profesional), afectivo (desgaste emocional y, en algunos casos, culpa) y actitudinal (cinismo, indolencia e indiferencia frente a clientes o frente a la organización) en el trabajador” (p. 1).

Leung et al. (2000) recalca la falta de autorrealización, baja autoestima, aislamiento, actitudes negativas hacia uno mismo, tendencia a auto culparse, sentimientos de inferioridad, pérdida de ideales, dificultad en las relaciones personales, rigidez en las relaciones sociales, tendencia a culpabilizar a los demás de los problemas, etc. La negación de las propias emociones es un mecanismo de defensa en contra de las necesidades que resultan desagradables. Desplazar la atención selectivamente hacia otros focos de interés o suprimir conscientemente cierta información, son algunas formas de evitar las experiencias negativas (Álvarez et al. 1991).

El trabajador comienza a utilizar estrategias de afrontamiento erróneas acarreando consecuencias perjudiciales para su salud, ya que este síndrome lo incapacita.

3.3.1. Para la persona.

- *Factores personales:* Deterioro cognitivo, alteraciones psicosomáticas, disminución de autoconfianza, capacidad de resistencia al estrés, el estilo de «coping» que son estrategias conscientes e inconscientes que el individuo utiliza para afrontar situaciones que considera amenazantes (Paulhan, 2016), inquietud y deterioro afectivo (desgaste emocional).
- *Factores laborales:* Altas aspiraciones profesionales, conflicto de responsabilidades del puesto, apoyo social por parte de los superiores, falta de retroalimentación, falta de participación en las decisiones, falta de autonomía e independencia, años de experiencia¹.
- *Factores de estrés:* Según Canouï y Mauranges (2015), los estresores laborales se encuentran relacionados con la organización del trabajo (interrupción del mismo debido a otras actividades que se debe realizar, ambigüedad en las actividades que debe realizar en el cargo del puesto), estresores debido a las condiciones de trabajo y estresores ambientales, conocidos como los 5M: Medio, materias prima, materia, método de trabajo y mano de obra (p. 69).
- *Factores emocionales:* Para Moreno-Jiménez et al. (2000) destacan como principales consecuencias a nivel emocional la depresión, indefensión, desesperanza, irritación, apatía, desilusión, pesimismo, hostilidad, falta de tolerancia, acusaciones a los clientes, o supresión de sentimientos.
- *Factores de trabajo:* sobrecarga de trabajo, interrupción en el trabajo, conflicto o ambigüedad de rol, malas condiciones físicas, interés y aburrimiento por el trabajo, división de género dentro de la profesión (dirección, supervisión)², etc.
- *Factores sociales e interpersonales:* deterioro actitudinal, actitudes de cinismo, indolencia e indiferencia hacia los demás, relaciones tensas, difíciles y conflictivas con colegas, jefes y subordinados (Fidalgo, 2000, p.2).

1· Batz et Malony (1986) realizan un estudio a ciento veinte enfermeras en el servicio de terapia intensiva en un gran centro medical militar, en el sur este de Estados Unidos y determinan que la formación universitaria y los años de experiencia están relacionados significativamente con el agotamiento profesional (Canouï et al., 2015, p. 54).

2. Christophe Dejourns, indica como la diferencia de género está comprometido directamente en las relaciones intraprofesionales que los trabajadores establecen en el lugar de trabajo (Canouï et al., 2015, p.55).

- *Factores organizacionales:* Mal clima laboral, estilo gerencial inadecuado, exceso de presión, falta de equidad o justicia, mala comunicación de la organización, falta de desarrollo de los planes de carrera y la capacitación.

3.3.2. Para la organización.

Relativo a las consecuencias para la organización, se puede citar: Disminución de calidad de trabajo, baja productividad, incremento del número de accidentes, deterioro de la comunicación, deterioro de las relaciones interpersonales de los empleados, alta rotación, deterioro del rendimiento, deterioro de la atención al cliente, absentismo, abandono del puesto, pago de indemnización y seguros médicos y una disminución de la calidad de vida laboral de los profesionales (Fidalgo, 2000).

Según Canouï (2015), hay individuos que hacen grandes esfuerzos por mantenerse en su puesto de trabajo, a pesar del contexto poco gratificante. Paradoxalmente, no logran salir de su trabajo, y por el contrario, se aferran a él, laborando aún más sin lograr ser productivos y pueden llegar a provocar desorden y estrés en su equipo. Esto sucede sobretodo en el personal de dirección, en médicos mayores y jefes de servicio.

Por otra parte, hay individuos que reaccionan por un gran deseo de cambio o de escape frente al trabajo que no lo pueden soportar más. Entonces se da el ausentismo progresivo y repetitivo. Al igual que el anterior, esto genera desorden y estrés en su equipo (p.12).

4. Las alteraciones físicas y psíquicas derivadas del estrés.

Hans Selye (1936), formuló la teoría del “Síndrome General de Adaptación”, razón por la cual, se lo considera el “padre del stress”. Para este autor, las reacciones del individuo pasan por tres etapas (Velazquez, 2011, pp. 13-14):

- *Alarma*, se produce después de que el individuo percibe una “agresión”, es decir, una situación nueva ya difícil a la que hacer frente y ante la cual se siente sin energías para responder.

El cerebro envía órdenes para que en el organismo comience una secreción de algunas hormonas como la adrenalina, la noradrenalina y la cortisona. Puede producirse aumento de la frecuencia cardiaca, la tensión arterial y tensión muscular.

En esta fase el individuo no llega a percibir malestar o incluso puede llegar a tener un estado de ánimo optimista hasta que se encuentra una respuesta adecuada a la tensión generada.

- *Resistencia*, es la consecuencia de la prolongación de lo anterior. Aparecen los primeros síntomas de malestar, cansancio, irritabilidad, angustia e insomnio. Cuando el individuo encuentra la respuesta adecuada a la demanda producida se vuelve a la situación de equilibrio y normalidad.
- *Agotamiento*, es la que puede llegar después de un período largo y variable. En ella se agotan los recursos del individuo para producir una respuesta adecuada y el individuo comienza a sentir problemas físicos y psíquicos que le pueden causar un fuerte deterioro.

Selye estableció que frente a estímulos agresivos del entorno se ponen en marcha mecanismos de adaptación por los que el individuo reacciona frente a esas agresiones.

El cerebro es el órgano clave en la respuesta al estrés, por el procesamiento de información que lleva a cabo, por la evaluación de un estímulo que pueda ser potencialmente peligroso para la integridad del individuo y por el control o regulación en la respuesta de las funciones autonómicas, neuroendocrinas, inmunes y conductuales puede conllevar salud y homeostasis, o todo lo contrario, y ocasionar problemas autoinmunes, inmunodeficiencias y psicopatológicas.

Por otro lado, Galan et al. (2012) afirman que “Gracias a los mecanismos relacionados con la plasticidad cerebral, el estrés produce cambios estructurales y neuroquímicos que son en gran medida reversible. Sin embargo, el estrés y la depresión prolongados y crónicos pueden ocasionar un daño neural permanente”. (p. 35).

Se deduce que puede existir una relación entre el cerebro y el sistema inmunológico. Cuando nos encontramos en un estado de enfermedad se produce una serie de comportamientos que son típicos de una persona con este estado: inapetencia, inmovilidad, fatiga, etc. que pueden ayudar a la persona a concentrar sus energías para luchar contra la enfermedad. Ante una situación de estrés se liberan hormonas como el cortisol o cortisona a través del hipotálamo.

Para Steinberg, las personas que están crónicamente estresadas, segregan hormonas de cortisol ocupando el sistema inmunológico y de esta manera, impiden al sistema responder

ante elementos invasores tales como virus o bacteria y las personas estresadas se encuentran expuestas a padecer todo tipo de enfermedades (Velázquez, 2011, p. 14).

Para Moreno et al. (2011) las consecuencias del síndrome de Burnout, tiene repercusiones en varios niveles (párr. 12).

4.1. Nivel conductual.

Se trata de las alteraciones de la conducta alimentaria (horarios, dietas), abuso de sustancia (café, tabaco, alcohol, fármacos, etc.), aumento de conducta violenta y de comportamientos de alto riesgo (conducción imprudente, aficiones de riesgo, ludopatía), superficialidad en el trata interpersonal, conductas evasivas, disminución de la productividad y falta de competencia en la organización, absentismo laboral, poco o nada de tolerancia a la frustración, problemas matrimoniales y familiares, incapacidad de relajación, relaciones interpersonales distantes y frías, aislamiento, cambios bruscos de humor, dificultad de concentración, conflicto con los compañeros de trabajo, aburrimiento e incumplimiento de horarios de trabajo y deterioro social y familiar.

4.2. Nivel Físico.

Desencadena alteraciones cardiovasculares, fatiga crónica, cefaleas / migrañas, alteraciones orgánicas (gastrointestinales, respiratorias, del sueño, dermatológicas y menstruales), disfunciones sexuales, dolores musculares /articulatorios, hipertensión, pérdida progresiva de la energía (agotamiento), pérdida de peso, alteraciones alimenticias, sobretudo en mujeres (anorexia, bulimia o ambos).

4.3. Nivel Psicológico / Emocional.

Condiciona los estados de autovaloración negativa, apatía, cinismo, ansiedad, irritabilidad, depresión, pérdida del idealismo inicial, disforia, sentimientos de alienación, hostilidad, melancolía, baja autoestima, falta de motivación, desorientación, sentimientos de vacío, distanciamiento emocional, suspicacia, sentimientos de frustración profesional, cambios negativos de actitud, respuestas rígidas e inflexibles con los demás, impaciencia, sentimientos de culpabilidad, ansiedad generalizada y focalizada hacia el trabajo, dificultades para la memorización, la abstracción y la elaboración de juicios.

Lo que ha facilitado el desarrollo del síndrome de Burnout, es la sociedad en la cual se vive, el tiempo no tiene tiempo, todo se acelera, los objetivos profesionales son muy altos, la competitividad actual debido a la globalización como a la mundialización, nos ha llevado a

un camino sin salida, en el cual, cada día se ha vuelto una lucha, un obstáculo que superar, un conflicto que arreglar. Los objetivos empresariales son muy altos y elevados de alcanzar. Se debe igualmente reconsiderar la vida personal y familiar del trabajador.

Para Galan et al. (2012) hay que considerar que, “el contexto familiar y social juega un papel vital tanto a la hora de prevenir como de curar los efectos del síndrome” (p. 34).

El trabajo genera satisfacción material y realización humana. Cuando no se logra mantener este equilibrio, los efectos negativos que desencadenan el síndrome de Burnout, pueden ser nefastos. El trabajo es útil y necesario pero éste no es vida. Es necesario definir si el hombre vive para trabajar o si trabaja para vivir.

El ser humano es un ser con derechos, con dignidad, es un ser inteligente y con capacidad de aprendizaje y superación que tiene derechos y obligaciones hacia sí mismo y hacia la sociedad, y no una máquina que produce, que fabrica y que rinde. Así, el trabajo no es la única actividad; la familia, los amigos, las relaciones profesionales, tiempo libre, ocio, deporte, buena alimentación, etc. son también fuente importante para dicha realización.

5. Síntomas.

Al respecto, los autores Cherniss (1980); Maslach (2012) afirman que se produce un deterioro general de la salud, tanto a nivel cognitivo, a nivel emocional y a nivel físico. Para Calin et al. (2010) los principales síntomas son (p. 172).

5.1. Síntomas Emocionales.

Los sentimientos positivos de entusiasmo, dedicación, seguridad y goce en el trabajo, se convierten en enojo, ansiedad y depresión indefensa, desesperanza, irritación, apatía, desilusión, pesimismo, hostilidad, falta de tolerancia, acusaciones a los clientes/pacientes, supresión de sentimientos. (Montesinos, 2010, p. 34).

5.2. Síntomas Cognitivos.

El compromiso y la dedicación, se convierten en pérdida de significado, pérdida de valores, desaparición de expectativas, modificación de auto concepto, pérdida de autoestima, desorientación cognitiva, pérdida de la creatividad, distracción cinismo, criticismo generalizado.

5.3. Síntomas Conductuales.

La energía y la responsabilidad, se convierten en evitación de responsabilidades, absentismo laboral e intenciones de abandonar la organización, desvalorización, auto-sabotaje, desconsideración hacia el propio trabajo, conductas inadaptadas, desorganización, sobre-implicación, evitación de decisiones, aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas.

5.4. Síntomas Sociales.

Las relaciones sociales positivas, el sentido de compañerismo, se convierten en relaciones negativas y se desarrolla el cinismo, el aislamiento y sentimientos de fracaso, evitación de conflictos interpersonales, malhumor familiar, formación de grupos críticos, evitación profesional.

5.5. Síntomas Psicosomáticos.

Se desarrollan cefaleas, dolores osteomusculares, quejas sicosomáticas, pérdida de apetito, cambios de peso, disfunciones sexuales, problemas de sueño, fatiga crónica, enfermedades cardiovasculares, alteraciones gastrointestinales, aumento de ciertas determinaciones analíticas (colesterol, triglicéridos, glucosa, ácido úrico, etc.).

5.6. Síntomas físicos.

Para Canouï et al. (2005), pueden estar relacionados con algunos sistemas (p.26):

- Aparato digestivo: se presentarán dolores estomacales, eructaciones, náusea, vómito, vientre hinchado, diarrea, intolerancias alimenticias.
- Piel: comezones, urticaria, calores intensos, miembros adormecidos,
- Sistema cardiorrespiratorio: hiperventilación, palpitaciones, dolor en el pecho.
- Dolores: dorsales y articulares.
- Aparato urinario: cistitis, reglas pronunciadas.
- Aparato sexual: desinterés sexual, dispareunia.
- Sintomatología neurovegetativa: palpitaciones, sudor excesivo, sensación de calor, temblar, sensación de frío.

6. Modelos Explicativos.

MODELOS TEORICOS – ETIOLOGICOS
TEORIA SOCIO-COGNITIVA DEL YO
<ul style="list-style-type: none">a. Modelo de competencia social de Harrison (1983)b. Modelo de Cherniss (1993)c. Modelo de Pines (1993)d. Modelo de Autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993)
TEORIA DEL INTERCAMBIO SOCIAL
<ul style="list-style-type: none">a. Modelo de Comparación social de Buunk y Schaufeli (1993)b. Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Fredy (1993)
TEORIA ORGANIZACIONAL
<ul style="list-style-type: none">a. Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1993)b. Modelo de cox, Kuk y Leiter (1993)c. Modelo de Winnubst (1993)
MODELOS SOBRE EL PROCESO DEL SINDROME DE QUEMARSE EN EL TRABAJO
<ul style="list-style-type: none">a. Modelo Tridimensional de MBI-HSS Maslach, Jackson y Leither (1986)b. Modelo de Edelwich y Broadsky (1980)c. Modelo de Price y Murphy (1984)
TEORIA ESTRUCTURAL
<ul style="list-style-type: none">a. Modelo de Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995)

Fuente: Fernando Manzilla Izquierdo (2012), adaptado por Lorena Paredes

6.1. Teoría Socio-Cognitiva del YO.

6.1.1. Modelo de competencia social de Harrison (1983).

Para Harrison, 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 nivel de altruismo. La motivación para ayudar predetermina 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 (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.), 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.

6.1.2. Modelo de Cherniss (1993).

Cherniss indica que las características del ambiente que facilitan que el trabajador desarrolle sentimientos de éxito 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 de los compañeros.

Se 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.

6.1.3. Modelo de Pines (1993).

Este es un modelo motivacional que comporta una perspectiva existencialista.

Pines (1983), plantea que los sujetos más propensos a desarrollar el síndrome, son aquellos que empiezan su profesión con grandes metas, expectativas y motivaciones, esperando obtener una parte significativa del sentido de su vida en el trabajo, es decir, el trabajador busca un sentido existencial en el trabajo y fracasa en su búsqueda, ya que sus expectativas no son alcanzadas.

El resultado de un proceso de desilusión constante, da lugar a una inadecuación laboral.

Pines determina la motivación del trabajador hacia su profesión por 3 tipos de objetivos y expectativas:

- *Universales*, comunes a todas las profesiones.
- *Propias a la profesión*, siendo particularmente la ayuda a los demás.
- *Personales*, manteniendo una visión idealista de la vida, resultando ser más propensos al desarrollo del síndrome.

Un trabajador con baja motivación puede igualmente experimentar depresión, fatiga y estrés, pero no llegará a desarrollar el síndrome.

6.1.4. Modelo de Autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993).

Desde la perspectiva de Thompson, Page y Cooper, el síndrome presenta 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 una variable que es considerada un rasgo de personalidad y es la capacidad del trabajador de autorregular sus niveles de estrés percibido durante el desarrollo de una tarea dirigida a la consecución de un objetivo. Los trabajadores con alta autoconciencia se caracterizan por una tendencia exagerada a auto percibirse y a concentrarse en su experiencia de estrés, por lo que perciben mayores niveles de estrés que los trabajadores con baja autoconciencia.

Altos niveles de autoconciencia aumentan la experiencia de desilusión, frustración o pérdida. Por otra parte, la predisposición a adoptar unas expectativas optimistas de éxito en la resolución de las discrepancias puede reforzar la confianza de los trabajadores en su habilidad para reducirlas, y así promover su persistencia en los intentos de reducir la discrepancia.

El reconocimiento de las discrepancias percibidas o anticipadas entre demandas y recursos pueden intensificar el nivel de autoconciencia en algunos trabajadores, lo que afectará 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, bajo involucramiento en las tareas y experimentan sentimientos de desamparo profesional y de agotamiento emocional.

Este estudio ha sido sostenido y apoyado en las bases del modelo de Chernis y del modelo de Thompson, Page y Cooper, los cuales muestran la importancia del buen manejo de los recursos personales de autoeficacia y autocontrol, siendo estas variables relevantes para no desarrollar el síndrome causado por los estresores laborales que amenazan la estabilidad emocional, física, psicológica y la realización personal del trabajador.

De igual manera, se da importancia a la prevención para el desarrollo del síndrome.

6.2. Teoría de Intercambio Social.

6.2.1. Modelo de Comparación social de Buunk y Schaufeli (1993).

El síndrome de Burnout para Buunk y Schaufeli, en profesionales de enfermería 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 estresoras relevantes para el desarrollo del síndrome: la incertidumbre, la percepción de equidad, y la falta de control. Lo que produce un agotamiento emocional.

En relación a los procesos de afiliación social y comparación con los compañeros, los profesionales de enfermería no buscan apoyo social en situaciones de estrés, por el contrario, en estas situaciones evitan la presencia de compañeros y rehúyen su apoyo por miedo a ser criticados o tachados de incompetentes y empiezan a desarrollar sentimientos de despersonalización frente al trabajo, experimentando sentimientos de baja realización personal.

6.2.2. Modelo de Consecución de recursos de Hobfoll y Fredy (1993).

Hobfoll y Fredy mencionan 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. La pérdida de recursos se considera más importante que la ganancia para el desarrollo del síndrome de Burnout. No obstante, la ganancia de recursos es también importante dado que disminuye la posibilidad de pérdida.

El tipo de estrategia de afrontamiento que empleen los trabajadores también influirá sobre el síndrome de Burnout. El empleo de estrategias de afrontamiento de carácter activo disminuirá los sentimientos de Burnout pues conllevan una ganancia de recursos.

Estos modelos han sido utilizados en el análisis del presente estudio, ya que se recalca la importancia del entorno social y la pertenencia a un grupo. Disponer de un grupo de apoyo y de relaciones interpersonales para intercambiar ideas y preguntas sobre el trabajo mismo y la importancia de no perder los recursos personales son buenas estrategias de afrontamiento a situaciones estresantes. Sin embargo, hay que considerar que la comparación social y la falta de equidad, son factores que puede incidir en la aparición del síndrome.

6.3. Teoría Organizacional.

6.3.1. Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1993).

Estos tres autores abordan el síndrome de Burnout desde la perspectiva transaccional del estrés laboral que se da específicamente entre profesionales de los servicios humanos. Para estos autores, el síndrome de Burnout 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.

Cuando los trabajadores sienten una pérdida de autonomía y de control, existe una disminución de su autoimagen, y sentimientos de irritabilidad y fatiga.

El trabajador desarrolla estrategias de afrontamiento provocando un distanciamiento constructivo (cuando el profesional no se implica en el problema del usuario aunque le atiende sin eliminar la empatía), o contra productivo (conlleva indiferencia emocional, cinismo, rigidez en el trato, o ignorar a la persona).

En este segundo caso, se habla de síndrome de Burnout. El trabajador desarrollará una experiencia de baja realización personal en el trabajo, agotamiento emocional, tensión psicológica y problemas psicosomáticos, provocando la disminución de su satisfacción, implicación en el trabajo y realización laboral, con la consiguiente pérdida de la productividad.

6.3.2. Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993).

Cox, Kuk y Leiter señalan que 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. Señalan que la experiencia de agotamiento emocional, es la dimensión central del síndrome de Burnout. Está teórica y empíricamente relacionada con 'sentirse gastado', y es una respuesta general que engloba variables emocionales y de bienestar. La despersonalización es vista como una estrategia de afrontamiento y los sentimientos de baja realización personal en el trabajo son un resultado de la evaluación cognitiva del trabajador sobre su experiencia de estrés.

Los mismos hipotetizan que la salud de la organización puede ser una variable moduladora de la relación estrés-síndrome de Burnout. Esta variable viene determinada por el ajuste, la coherencia e integración de los sistemas psicosociales de la organización, y por la forma en que su estructura, sus políticas y procedimientos, son percibidos coherentemente por sus miembros. La realización personal en el trabajo podría tener una acción moduladora en los efectos que los sentimientos de agotamiento emocional ejercen sobre las actitudes de despersonalización.

6.3.3. Modelo de Winnubst (1993).

Winnubst considera que el síndrome de Burnout afecta a todo tipo de profesionales y no sólo a los de organizaciones de servicios de ayuda.

Este modelo se centra en las relaciones entre la estructura organizacional, la cultura, el clima organizacional y el apoyo social en el trabajo como variables antecedentes del síndrome de Burnout. Este autor señala que los diferentes tipos de estructura dan lugar a culturas organizacionales diferentes. Los antecedentes del síndrome varían dependiendo del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social.

Los sistemas de apoyo social están íntimamente relacionados con el tipo de estructura organizacional. Estos afectan de manera significativa la percepción que el trabajador tiene de la estructura organizacional. Esta variable es considerada en el modelo una variable central.

Winnubst (1993) elabora su modelo sobre cuatro supuestos:

- Todas las estructuras organizacionales tienen un sistema de apoyo social que se ajusta óptimamente a ese tipo de estructura.

- Los sistemas de apoyo social surgen en interdependencia con el clima laboral por lo que pueden ser mantenidos y mejorados optimizando el clima.
- 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.
- Estos criterios éticos hacen posible predecir en qué medida las organizaciones inducirán en sus miembros tensión y el síndrome de Burnout.

Estos autores reiteran la importancia de trabajar en un buen contexto organizacional, donde el clima, la cultura, la salud organizacional, entre otros aspectos desempeñan un rol importante en la organización, así el trabajador se sienta escuchado, respetado, valorado y sostenido, evitando que pierda el compromiso con la institución.

6.4 Modelos sobre el proceso del síndrome de quemarse en el trabajo.

6.4.1. Modelo Multidimensional de Maslach, Jackson y Leither (1988).

Este modelo es el más aceptado por la comunidad científica, recoge las experiencias y estudios elaborados por Maslach, Jackson y Leiter. Los autores explican que el burnout es una experiencia crónica e individual de estrés en relación con el contexto social y organizacional (Maslach 1999), incluyendo tres componentes: la experiencia de estrés, la evaluación de los otros y la autoevaluación.

El Burnout es un síndrome psicológico formado por el cansancio emocional (componente de estrés que implica una incapacidad para obtener de uno mismo los suficientes recursos emocionales necesarios para afrontar el trabajo), la despersonalización (componente asociado a la evaluación de los demás en la que afloran sentimientos negativos de distanciamiento y cinismo con respecto a los clientes) y una baja realización personal (componente relacionado con la evaluación negativa de uno mismo y con sentimientos de insatisfacción sobre el resultado de su trabajo). De forma que lo primero que aparece en el sujeto es el cansancio emocional dando paso posteriormente a la despersonalización y a la baja realización personal.

6.4.2. Modelo de Edelweich y Brodsky (1980).

Estos autores describen al síndrome de Burnout como un proceso de progresiva desilusión, pérdida de idealismo y motivación, por sujetos que ejercen en profesiones de ayuda y

servicio, debido a las condiciones de trabajo, cuando se producen demasiadas dificultades y restricciones en la actividad profesional.

Edelwich y Brodsky, plantean cuatro etapas progresivas que sigue el desarrollo del síndrome:

- 1ra. Etapa: el trabajador posee una serie de expectativas muy altas para cumplirlas.
- 2da. Etapa: Se produce progresivamente una pérdida de entusiasmo al comprobar la irrealidad de las expectativas.
- 3ra. Etapa: Los primeros síntomas del síndrome se manifiestan, es decir, el cansancio emocional y la desmotivación.
- 4ta. Etapa: Aparecen los síntomas de despersonalización, sentimientos de desprecio, frialdad emocional y distanciamiento.

Este es un modelo cíclico, que se puede repetir varias veces en el tiempo.

6.4.3. Modelo de Price y Murphy (1984).

Este modelo se basa en la naturaleza adaptativa del síndrome ante el estrés laboral, pudiendo comparar este proceso al duelo, ya que comporta pérdidas en diferentes niveles de la persona (Caballero et al., 2010):

- a. nivel personal la pérdida de la ilusión
- b. nivel interpersonal la pérdida de los beneficios
- c. nivel social la pérdida de un trabajador competente para el sistema.

Desde esta perspectiva, se desarrollan varias fases sintomáticas: El burnout es un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral. Para estos autores, el síndrome de burnout se da en seis fases sintomáticas: 1. Desorientación, 2. Labilidad emocional, 3. Culpa debido al fracaso profesional, 4. Soledad y tristeza, 5. Solicitud de ayuda y 6. Equilibrio.

Estos autores recalcan las etapas que sigue el síndrome de Burnout una vez que los síntomas han comenzado a aparecer, debido a un estrés crónico laboral. De igual manera, recalcan la pérdida de recursos personales en el trabajador y la adopción de recursos de afrontamiento. Lo que da paso a considerar la importancia de la prevención del mismo.

6.5. Teoría Estructural: Modelo de Gil-Monte, Peiró y Valcárcel.

En 1995, Gil-Monte, Peiró y Valcárcel 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.).

Consideran que el síndrome se inicia con el desarrollo conjunto de las dimensiones: baja realización personal en el trabajo y cansancio emocional. Posteriormente aparecen las actitudes de despersonalización.

7. Prevalencia.

La OIT (2016), informa que los datos sobre la prevalencia de los factores de riesgo psicosocial y el estrés relacionado con el trabajo están disponibles en distinta medida en los diferentes países y regiones. La mayor parte de las investigaciones en este ámbito se ha realizado en Europa y América del Norte, y en general en los países desarrollados, y en menor medida en la región de Asia, el Pacífico y en América Latina, mientras que en África y los países Árabes es limitada o inexistente (pp. 8 – 10).

La Primera Encuesta Europea de empresas sobre riesgos nuevos y emergentes (ESENER) por la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA) en 2009 concluyó que el estrés relacionado con el trabajo era una de las preocupaciones principales de seguridad y salud para las empresas europeas.

El informe sobre los Riesgos psicosociales en Europa: prevalencia y estrategias de prevención (2014) estableció que el veinticinco por ciento de los trabajadores habían experimentado estrés relacionado con el trabajo durante todo o la mayor parte de su tiempo de trabajo, y un porcentaje similar informó de que el trabajo afectaba de forma negativa a su salud. Cerca del ochenta por ciento de los directivos expresaron su preocupación por el estrés relacionado con el trabajo, y casi uno de cinco consideró la violencia y el acoso como un problema importante. A pesar de estas preocupaciones, menos de la tercera parte de los establecimientos disponen de procedimientos para tratar estos riesgos.

La 6ª Encuesta Europea sobre las condiciones de trabajo (EWCS, 2015) confirmó que el trabajo intensivo es bastante común: el treinta y seis por ciento de los trabajadores de la UE trabaja “todo el tiempo” o “casi todo el tiempo” bajo presión teniendo que adaptarse a plazos cortos, mientras que el treinta y tres por ciento declaró trabajar a gran velocidad. Además, casi uno de seis trabajadores (dieciséis por ciento) declaró estar sujeto a comportamientos sociales adversos (violencia física, acoso sexual, Bullying o acoso).

En la región de Asia y el Pacífico, según la Encuesta sobre el Estrés y el Bienestar de 2014 en Australia, casi la mitad de los encuestados citaron las exigencias del trabajo (cuarenta y ocho por ciento) como el principal obstáculo para llevar un estilo de vida saludable. Conforme a los resultados de los años precedentes, algo más de siete de diez australianos (setenta y dos por ciento) informaron de que el estrés actual estaba teniendo por lo menos algo de impacto en la salud física, y casi uno de cinco (diecisiete por ciento) declararon que el actual estrés estaba teniendo de fuerte a muy fuerte impacto en la salud física.

En Japón, la Encuesta sobre la Prevención de Accidentes Laborales mostró que el treinta y dos punto cuatro por ciento de los trabajadores indicaron haber sufrido un grave cuadro de ansiedad, preocupación y estrés durante el año anterior. En la primera Encuesta Coreana sobre las Condiciones de Trabajo realizada en la República of Corea (2006), el estrés relacionado con el trabajo afectó al dieciocho punto cuatro por ciento de los hombres y al quince punto uno por ciento de las mujeres trabajadoras, y estuvo relacionado en gran medida por los horarios y las exigencias del trabajo.

En la segunda Encuesta Coreana sobre las Condiciones de Trabajo (2010), el estado general de fatiga aumentó de un diecisiete punto ocho por ciento en 2006 a un veintiséis punto siete por ciento en 2010. Sin embargo, se registró una disminución de la depresión y la ansiedad del cinco punto cuatro por ciento al uno punto uno por ciento y de insomnio o dificultades generales del sueño del cinco punto siete por ciento al dos punto tres por ciento.

En los Estados Unidos, según la encuesta sobre el Estrés en América (2015), los entrevistados clasificaron su nivel de estrés en un 4,9 en una escala de 10 puntos. Las fuentes de estrés más comunes comunicadas fueron el dinero (sesenta y cuatro por ciento), el trabajo (sesenta por ciento), la economía (cuarenta y nueve por ciento), las responsabilidades familiares (cuarenta y siete por ciento) y los problemas de salud (cuarenta y seis por ciento).

En el tercer Estudio Nacional sobre el Equilibrio entre el Trabajo y la Vida Familiar de Canadá (2011), el cincuenta y siete por ciento de los entrevistados reportaron elevados

índices de estrés. Una cantidad considerable de los entrevistados informó asimismo sobre estados depresivos graves (treinta y seis por ciento), la reducción del tiempo de descanso (treinta y uno por ciento) y la fuerte sensación de tener una salud precaria (cuarenta y seis por ciento).

En las Américas, según la I Encuesta Centroamericana sobre las Condiciones de Trabajo y la Salud (ECCTS, 2012), más de uno de cada diez encuestados declararon haber sentido constantemente estrés o tensión (de doce a dieciséis por ciento), tristeza o depresión (de nueve a trece por ciento) o pérdida de sueño (de trece a diecinueve por ciento) debido a las preocupaciones por las condiciones de trabajo.

En Argentina, la 1ra Encuesta Nacional a Trabajadores sobre Empleo, Trabajo, Condiciones y Medio Ambiente Laboral (2009) mostró que el veintiséis punto siete por ciento de los trabajadores reportaron que sufrían de carga mental, considerando su trabajo excesivo.

En Brasil, un estudio encargado de examinar las ausencias por enfermedad como consecuencia de accidentes laborales o enfermedades profesionales, concluyó que el catorce por ciento de las prestaciones sanitarias anuales eran debidas a enfermedades mentales (nueve por ciento para los hombres y el dieciséis punto siete por ciento para las mujeres).

La encuesta se realizó en Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá. Los resultados fueron coherentes entre los países, con la excepción de Panamá, del cuarenta y cinco por ciento en 1991 al veintitrés por ciento en 2011.

Por último, más de las tres cuartas partes de las personas encuestadas (setenta y siete por ciento) se habían ausentado del trabajo en los seis meses anteriores al estudio, principalmente por enfermedad (sesenta y tres por ciento) y cansancio emocional, mental y físico (cuarenta y cinco por ciento).

En Chile, según la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (2011), el veintisiete punto nueve por ciento de los trabajadores y el trece punto ocho por ciento de los empleadores informaron de que el estrés y la depresión estaban presentes en sus empresas. Sin embargo, sólo el ocho punto nueve por ciento de los empleadores y el siete por ciento de los trabajadores señalaron que se habían aplicado medidas de prevención sobre estos problemas en los últimos meses.

En Colombia, según la primera Encuesta Nacional sobre las Condiciones de Trabajo y Salud del Sistema General de Riesgos Profesionales (2007), el veinticuatro punto siete por ciento de los hombres trabajadores y el veintiocho punto cuatro por ciento de las mujeres trabajadoras calificaron su nivel de estrés entre el 7 y el 10 en una escala de 10 puntos (en la que 1 es “poco o nada” y 10 es “mucho estrés”). Asimismo, la Encuesta destacó que el servicio al cliente y el trabajo monótono y repetitivo eran los dos principales casos de factores de riesgo psicológicos destacados por cerca del cincuenta por ciento de los encuestados, seguidos por la falta de una definición clara de las responsabilidades (treinta y tres punto cuatro por ciento) y el cambio constante de expectativas en el trabajo (dieciocho punto cuatro por ciento).

Según una encuesta realizada en el año 2012 en Ecuador, en el hospital Andrade Marín y en el hospital de Ambato, se revela que el sesenta y siete por ciento del personal sufría de estrés emocional y laboral, y no solo por las largas jornadas que deben cumplir sino también por la aplicación del código de la salud, la falta de insumos, la masificación en la atención, condiciones inadecuadas de trabajo entre otras causas, indica Guillermo Barragán (Coello, Ecuador no tiene políticas de prevención contra el Burnout, 2016).

De los resultados obtenidos de los diferentes grupos económicos, se confirma que existe una correlación entre las condiciones de trabajo y las enfermedades derivadas del estrés por las condiciones existentes en los diferentes agentes económicos (empresa, personas).

Ya lo dijo Fromm (1956), “el mercado de bienes determina las condiciones de intercambio de los bienes y el mercado de trabajo regula la compra y venta de la fuerza de trabajo, por ende, tanto lo material como las energías físicas e intelectuales (el hombre), son transformados en mercadería y se puede utilizar, intercambiar o desechar”. Es el capital económico que domina el trabajo. (Fromm, 2016, p. 122).

8. Variables asociadas.

Desde la perspectiva de Moreno – Jiménez, et al., (2001), los factores que favorecen la aparición del síndrome de Burnout, son:

8.1. Variables de riesgo.

Son aquellas variables que predicen la aparición del Burnout. Los agentes estresores, indican que el síndrome es multifactorial y pluridimensional y no tiene la misma dimensión.

El afrontamiento a la muerte o las incertidudes terapéuticas, necesitan igualmente una consideración especial.

8.1.1. Variables organizacionales.

Para Gala et al. (2002), las variables organizacionales son aquellas variables vinculadas al desempeño del puesto de trabajo, donde se encuentran entre los principales factores: cantidad de horas de trabajo, turnos rotativos, tipo de enfermo que tiende y el trato con los familiares del paciente (Breso, 2006).

Las variables que se relacionan con el desarrollo del síndrome de Burnout, son las siguientes:

- a. El trabajo genera satisfacción material y satisfacción personal. Cuando se produce un desajuste entre las expectativas personales y las demandas y los recursos laborales se generaran bajos sentimientos de realización personal y alto agotamiento (Gil-Monte et al., 1997). Pérez Jáuregui (2000), indica que “el sujeto en su afán por adaptarse y responder adecuadamente a un exceso en las demandas laborales y profesionales, se esfuerza de un modo intenso, con una sobre exigencia y tensión que originan importantes riesgos de contraer enfermedades y afectar negativamente el rendimiento y la calidad del servicio profesional”. Por su parte, Burke (1993) afirma que la insatisfacción laboral se relaciona con las dimensiones de agotamiento emocional y la baja realización personal.
- b. El volumen y el ritmo de trabajo elevan los niveles de estrés en el trabajador y por consecuencia, aumenta su ansiedad y se vuelve irritable y pierde sus estrategias de control y su capacidad para resolver los problemas.
- c. La antigüedad profesional, Deckard et al., (1994) consideran que el desarrollo del síndrome de Burnout, tiene un periodo crítico según la antigüedad que se tenga en un puesto de trabajo. Como lo indicó el estudio de Martínez y López (2005), los trabajadores con poca experiencia profesional presentan más riesgo de desarrollar el síndrome de Burnout porque se sienten poco listos y en su proceso de adaptación son más vulnerables al equilibrar las expectativas idealistas ante un contexto real de recompensas personales, profesionales y económicas.
- d. El clima laboral, el grado de ejecución y autonomía en el trabajo, número de horas de trabajo y tipo de contrato, bajas expectativas de refuerzo y altas expectativas de

castigo, condiciones laborales sobre las que se desenvuelve el personal, excesivo control del personal por la dirección y el equipo de coordinación (los profesionales se sienten presionados y vigilados), burocratización excesiva, falta de sintonía o acuerdo con las gerencias, inadecuación laboral, burocracia profesionalizada.

- e. La negativa dinámica de trabajo, tareas aburridas o monótonas, falta de estímulos provocan insatisfacción y descontento en los trabajadores.
- f. La inadecuación laboral, según el punto de vista de Ayuso et al. (1993) la no adaptación del perfil profesional y personal del individuo al perfil del puesto de trabajo que desempeña y para el cual no está adecuado profesionalmente.
- g. La falta de comunicación interna en la organización, es un elemento primordial para crear un ambiente desagradable dentro de la organización.
- h. Cuando los directivos no mantienen reglas claras respecto al trabajo, a la responsabilidad de cada puesto de trabajo y a la adecuación de la persona en su puesto de trabajo, así constantemente se realizan nuevos procedimientos, se solicitan nuevas tareas a realizar o tareas adicionales, se cambian los programas y se requieren nuevas exigencias, se realizan cambios de rol, pérdida de status o prestigio en la organización, nuevas leyes o normas a acatar y cambio en estatutos que regulan el ejercicio de la profesión, generan desesperación e incertidumbre en el trabajador.
- i. Ambigüedad de rol distinguida como la incertidumbre entre los objetivos del trabajo que se requiere realizar y los resultados que se esperan por el mismo. Así Kertesz (1982) expone que se debe a información imprecisa en cuanto a las tareas y rol a cumplir, tanto a lo referente a las metas, a los métodos y recursos a usar. Si los objetivos no están claramente delimitados será una fuente de estrés, de incertidumbre para el sujeto. De igual manera, García et al. (1996) analizan la relación positiva que existe con el desarrollo del síndrome. Gil-Monte & Peiró (1991) concluyen que el conflicto de rol desarrolla preferentemente una respuesta de carácter emocional mientras que la ambigüedad de rol da lugar preferentemente a una respuesta de carácter cognitivo-aptitudinal (Gil-Monte, 1999).
- j. La falta de apoyo organizacional y de reconocimiento, escasos estímulos positivos y nula o inexistente promoción laboral. Firth (1987) indica la falta de

empatía por quienes pueden ofrecer apoyo predisponen al trabajador a la manifestación del síndrome.

- k. Un elevado nivel de responsabilidad favorece el desarrollo del síndrome. Siguiendo a Rotter (1994) el estrés ocurre cuando las habilidades de la persona son incongruentes con las demandas del entorno laboral y de las tareas o como discrepa Garden (1989) a mayores demandas, mayor probabilidad de padecer este síndrome.

8.1.2. Variables sociales.

La importancia del apoyo social recibido o percibido por el trabajador es muy importante para su desarrollo personal y su adaptación dentro de la organización.

- a. Para Moreno et al. (2001), el apoyo social supone aportaciones emocionales ante el éxito y fracaso de la propia tarea e instrumentales en el desarrollo del ejercicio profesional. De igual manera, como un factor motivacional y una forma de compartir valores y contextos justificativos de tipo cognitivo ante la propia tarea (Moreno et al., 2001, p. 9).
- b. Sarros y Friesen (1987), plantean que cuando los flujos comunicativos se deterioran más en el ambiente social del individuo, la aparición de Burnout aumenta.
- c. Para Lin (1986), el apoyo social, son provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, dadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos.
- d. Una relación desfavorable dentro de la organización entre los trabajadores, constituye un elemento crucial en el desencadenamiento del síndrome, conduciendo al individuo a estados de aislamiento y a conflicto en su ambiente familiar.
- e. Las dificultades en la dinámica familiar y entre los miembros del mismo acelera la insatisfacción y la inconformidad en el individuo que necesita de un equilibrio familiar y de apoyo social para mantener su bienestar personal. Leiter (1992), advierte que los conflictos familiares que pueda vivir el individuo, influyen a la persona a sufrir Burnout. Cuanto más negativo sea el ambiente familiar las probabilidades de sufrir el síndrome, son más elevadas (Peinado et al., 1998, p.89).
- f. El contacto continuo con personas gravemente enfermas, con conducta problemática o excesiva dependencia, acrecienta el desarrollo de inconformidad y la necesidad urgente de recibir apoyo social y reconocimiento por el trabajo realizado.

8.1.3. Variables personales.

Según Smith, Bybee et al. (1988), las características situacionales y de personalidad son subyacentes al Burnout (Rubio, 2003, p. 60).

- a. Poseer una personalidad resistente, lo indican Kasaba et al. (1981), Canouï et al. (2015), reduce la probabilidad de estrés, ya que la resistencia (*hardiness*), es un estilo de personalidad que brinda fuerza saludable al individuo para afrontar las situaciones estresantes, protegiendo al organismo psicosomático de los efectos nocivos del estrés. Esta se compone de: compromiso, control y reto. (Rubio, 2003, p. 67).
- b. El locus de control, expresa en el sujeto la creencia de que los eventos vitales y sus consecuencias son controladas por él (LC-interno) o por fuerzas externas o del entorno (LC-externo). Rotter indica que el control interno tiene un efecto protector contra el estrés y se convierte en un factor de éxito. Se afianza la posibilidad de padecer Burnout en aquellos profesionales con locus de control externo, que se sienten más fácilmente estresados, ansiosos o deprimidos y son más vulnerables emocionalmente (Canouï et al., 2008, p. 81).
- En un estudio realizado por Nagy y Davis (1985), Papado et al. (1994), señalan que el patrón de personalidad de cada individuo, lo predispone a la percepción del estrés y al desarrollo del síndrome de Burnout. Se diferencian tres tipos de personalidad:
 - o *Tipo A*: Este patrón particular de personalidad se correlaciona con impaciencia, esfuerzo por el logro, urgencia temporal, habla y gesticulación brusca, competitividad y excesivo compromiso con el trabajo. Se puede evidenciar deterioros importantes en la salud y déficit en el rendimiento. Este tipo de personalidad, tiene una mayor predisposición a padecer el síndrome de Burnout e igualmente a padecer patologías cardiovasculares, hiperactividad, irritabilidad, agresividad, hostilidad, impulsividad. Los individuos que presentan esta tipo de personalidad, son los más susceptibles de sufrir el síndrome según Nagy et al. (1985)
 - o *Tipo B*: En este patrón predomina la inhibición conductual ante el estrés, introvertidos, obsesivos, resignados, sumisos y conformistas, controlan la hostilidad y buscan aprobación social. Este tipo de personalidad tienen una

mayor predisposición a padecer reumas, infecciones, alergias y afecciones dermatológicas.

- *Tipo C*: Predominan personas tranquilas, confiadas y relajadas.
- c. El interés social promueve el bienestar humano y según Smith et al. (1986), conforme este interés decrece, los riesgos de sufrir Burnout aumentan (Peinado et al., 1998, p. 88).
- d. La falta de motivación y de interés por el trabajo realizado, la elevada auto exigencia y la ambigüedad de rol, son otros de los desencadenantes del Burnout.
- e. La Indefensión Aprendida es considerada por Ensiedel y Tully (1981) como la falta de control o control nulo sobre la situación o evento aversivo (Peinado et al., 1998, p.87), predominando el sentimiento de fracaso, ya que los resultados no serán lo suficientemente buenos (Montejo, 2014, p. 39). Por su lado, Seligman (1975), afirma que la exposición de un individuo a condiciones incontrolables genera déficits motivacionales, asociativos y emocionales, estableciéndose similitudes con el síndrome de Burnout (citado por Montejo, 2014, p. 54).
- f. Manassero, García et al. (2005), recalcan el papel del control percibido y el afrontamiento como moderadores de las consecuencias del estrés.
- g. Según Leiter (1992), la existencia de crisis de autoeficacia, es decir, la capacidad de percepción de eficacia en las tareas a realizar, incrementan la probabilidad de sufrir Burnout (Peinado et al., 1998, p.88).
- h. Como lo indican Sarros y Friese (1987), un autoconcepto negativo de sí mismo predispone al Burnout pues la falta de confianza pone en dudas constantes el trabajo realizado y busca continuamente, aprobación por la realización del mismo (Peinado et al., 1998, p.88).
- i. Las expectativas personales ante los sucesos vitales que no se cumplen aumentan el riesgo de padecer Burnout (Cordes et al., 1993).

8.2. Variables protectoras.

Estas variables contribuyen a evitar la aparición del síndrome.

La OIT (2016) indica que la protección de la salud mental en el trabajo tiene más impacto si se centra en estrategias preventivas y así reducir el riesgo de trastornos mentales. Esto supone proteger la salud de los trabajadores mediante la evaluación y gestión de los riesgos psicosociales para prevenir el estrés y los trastornos mentales en el trabajo.

Para Mansilla (2012), las variables protectoras que se deben considerar para evitar o disminuir la aparición del síndrome de Burnout (pp. 81 - 82).

8.2.1. Nivel ambiental.

Desde el punto de vista ambiental Cherniss (1980), plantea que cuanto más favorable es el clima y la satisfacción laborales menor es el estrés que los sujetos perciben en el trabajo. Trabajar en un clima de calidad revela la calidad de la institución que puede ser favorable o desfavorable para el individuo. Aportar el material necesario para sus intervenciones, siendo estos productos desinfectantes, vendas, inyecciones, etc., reestructurar el espacio, asentando en la luminosidad, temperatura y espacio y proteger la parte sonora.

Disponer de material adecuado para que el personal pueda intervenir en las diferentes áreas de servicio, así por ejemplo, material de protección en servicio de imagen y considerar el tiempo que los profesionales se encuentran parados, trabajando largas jornadas.

Realización de programas de socialización anticipada o anticipación hacia lo real. El trabajo en equipo y el sentimiento de pertenecer a un grupo es factor importante en la prevención del síndrome. Armonizar las relaciones entre pacientes, colegas y entre el profesional y su medio de trabajo, conocer mejor la relación entre el individuo y su trabajo por parte de la dirección y entender la motivación personal del equipo de trabajo, son factores importantes para que las instituciones brinden un mejor apoyo a su personal.

Realización de programas de feedback o retroinformación. Valorar el trabajo realizado, las condiciones en las cuales éste se realiza (horarios, disponibilidad física y psicológica), importancia del trabajo para la sociedad y con cada uno de los pacientes, es de primordial para que el equipo y el individuo sean conscientes del trabajo que realizan y las consecuencias que este tiene en la sociedad.

8.2.2. Nivel organizacional.

- a. Mejorar el clima de trabajo promoviendo el trabajo en equipo.

- b. Aumentar el grado de autonomía y control del trabajo descentralizando la toma de decisiones.
- c. Disponer del análisis y definición de los puestos de trabajo, evitando ambigüedades y conflicto de rol.
- d. Establecer líneas claras de autoridad y responsabilidad.
- e. Definición de competencias y responsabilidades, de forma precisa y realista, atendiendo a las capacidades reales.
- f. Mejorar las redes de comunicación y promover la participación en la organización, mejorando el ambiente.
- g. Fomentar la colaboración en la organización.
- h. Fomentar la flexibilidad horaria.
- i. Promover la seguridad en el empleo.
- j. Establecer objetivos claros para los roles profesionales.
- k. Aumentar las recompensas a los trabajadores.
- l. Fomentar las relaciones interpersonales.
- m. Fortalecer los vínculos sociales entre el grupo de trabajo.
- n. Establecer sistemas participativos y democráticos en el trabajo.
- o. Facilitar formación e información.
- p. Establecer líneas claras de autoridad.
- q. Mejorar las redes de comunicación organizacional.

8.2.3. Nivel Individual.

- a. Programas dirigidos a las estrategias instrumentales: adquisición de destrezas para la resolución de problemas, entrenamiento en asertividad y el entrenamiento en gestión del tiempo. El “coping”, permite al profesional de conservar su autonomía y mantener un

estado psicológico equilibrado. Le ayuda a mantener la motivación y la energía suficiente para continuar a funcionar (Canoui, Maurages et al., (2015), p. 82).

- b. Programas dirigidos a las estrategias de carácter paliativo: adquisición de destrezas para el manejo de las emociones para mantener la distancia emocional con el usuario, cliente, paciente.... (técnicas de relajación, desconexión entre el mundo laboral y el mundo personal...). La creencia religiosa que tenga el profesional, le sirve igualmente como facilitadora para la adaptación al estrés.
- c. Programa de apoyo social que permita saber a los trabajadores que se preocupan por ellos y que son valorados y estimados. Las técnicas más efectivas son las de carácter activo o centradas en el problema. Canoui, Maurages et al. (2015), en su estudio en hospitales explica que un programa en la adquisición de estrategias de afrontamiento activo aumenta la calidad de vida de los profesionales de salud, disminuyendo significativamente la percepción del estrés (p. 82).
- d. El apoyo social, apoyo familiar, apoyo de amigos, relaciones positivas dentro de la organización son factores importantes para prevenir o tratar el Burnout (Gil-Monte, 1997). El profesional al compartir con sus colegas de trabajo, muchas veces logra encontrar respuesta a sus inquietudes, sentirse que no está solo y sentirse apoyado y comprendido.
- e. Friedman (2000), sugiere que la autoeficacia es el mecanismo psicológico clave para entender el Burnout.

CAPÍTULO 2
METODOLOGÍA

2. Objetivo.

“Identificar el síndrome de Burnout y sus dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal), en profesionales de salud que trabajan en instituciones sanitarias privadas, ubicadas en el noroeste y en el centro norte de la ciudad de Quito, y la relación de las mismas con los rasgos de personalidad de neuroticismo, en el período 2016-2017, y los factores relacionados con este fenómeno en el Ecuador”.

2.1. Objetivos específicos.

- Identificar las características sociodemográficas y laborales de los profesionales de salud de la investigación realizada en instituciones de salud privadas ubicadas en la parte norte de la ciudad de Quito.
- Determinar la prevalencia del síndrome Burnout e identificar la dimensión del mismo que mantiene un alto nivel en instituciones de salud privadas ubicadas en la parte norte de la ciudad de Quito.
- Reconocer las estrategias de afrontamiento mejor manejadas en instituciones de salud privadas ubicadas en la parte norte de la ciudad de Quito.
- Reconocer el apoyo social procedente de la red social en la investigación realizada en instituciones de salud privadas ubicadas en la parte norte de la ciudad de Quito.
- Determinar los rasgos de personalidad predominantes en la muestra en instituciones de salud privadas ubicadas en la parte norte de la ciudad de Quito.
- Determinar la relación entre el síndrome de Burnout y sus dimensiones y el rasgo de personalidad de neuroticismo instituciones de salud privadas ubicadas en la parte norte de la ciudad de Quito.
- Identificar el tipo de personalidad más propenso a experimentar el síndrome de Burnout en la investigación realizada en instituciones de salud privadas ubicadas en la parte norte de la ciudad de Quito.
- Identificar el malestar emocional de los profesionales en dos instituciones sanitarias privadas ubicadas en la parte norte de la ciudad de Quito.

2.2. Preguntas de investigación.

Cuáles son las características sociodemográficas y laborales que afectan en el desarrollo del síndrome de Burnout en dos instituciones sanitarias privadas ubicadas en la parte norte de la ciudad de Quito, en el período 2016 - 2017?

Cuál es la prevalencia del síndrome de Burnout en los profesionales de salud en dos instituciones sanitarias privadas ubicadas en la parte norte de la ciudad de Quito, en el período 2016 - 2017?

¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento utilizadas por el personal que sufre el síndrome de Burnout en dos instituciones sanitarias privadas ubicadas en la parte norte de la ciudad de Quito, en el período 2016 - 2017?

¿Los profesionales que sufren del síndrome de Burnout disponen del apoyo social necesario? Qué relación existe entre el apoyo social percibido y el no desarrollo del síndrome de Burnout en el profesional que presenta dicho síntoma en dos instituciones sanitarias privadas ubicadas en la parte norte de la ciudad de Quito, en el período 2016 - 2017?

Existe una relación entre el síndrome de Burnout en profesionales de salud y los rasgos de personalidad de neuroticismo en dos instituciones sanitarias privadas ubicadas en la parte centro de la ciudad de Quito? ¿Qué rasgo de personalidad sobresale en los profesionales encuestados, en el período 2016 - 2017?

¿Qué tipo de personalidad sobresale en los profesionales de salud que sufren o pueden sufrir éste síndrome en dos instituciones sanitarias privadas ubicadas en la parte norte de la ciudad de Quito, en el período 2016 - 2017?

¿De qué manera repercute el malestar emocional desarrollado por el profesional afectado por dicho síntoma y los rasgos de la personalidad del mismo en dos instituciones sanitarias privadas ubicadas en la parte norte de la ciudad de Quito, en el período 2016 - 2017?

2.3. Contexto de la Investigación.

La Investigación se llevó a cabo en dos instituciones privadas sanitarias, situadas en el noroeste y centro norte de la ciudad de Quito en el período 2016 - 2017.

La primera institución, donde se realizó la investigación del personal médico, se encuentra ubicada en el noroeste de la ciudad. Esta institución dispone de material médico de alta tecnología y es el pionero en la adquisición de nuevos equipos y procedimientos médicos. Es una referencia para la formación profesional.

Dicha institución brinda varios servicios: hospital del día, hospitalización, emergencia, cuidados intensivos, quirófano, laboratorio clínico, clínica del dolor, emergencia, clínica del sueño, y brinda servicio de apoyo terapéutico y asistencia gratuita a pacientes de escasos recursos económicos.

Hay profesionales especializados en todas las especialidades médicas, algunas son:

- Alergología e Inmunología
- Anestesiología
- Cardiología
- Dermatología
- Electrofisiología
- Endocrinología
- Gastroenterología
- Geriatria
- Ginecología y Obstetricia
- Hematología
- Infectología
- Nefrología
- Psiquiatria
- Radiografía
- Traumatología

De igual manera, se realizan todo tipo de cirugías:

- Cirugía general
- Cardiotorácica
- Maxilofacial
- Neurocirugía
- Odontología
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Pediátrica
- Plástica
- Proctológica
- Traumatología
- Urología
- Vascular

Su misión es brindar servicios de calidad, eficacia y calidez, respetando al paciente.

La segunda institución, donde se realizó la investigación del personal de enfermería, se encuentra ubicada en el centro norte de la ciudad. Esta institución, al igual que la anterior, comporta material médico y tecnológico de alta categoría.

Posee un notable record de rendimiento de responsabilidad profesional y atención al cliente.

Su objetivo es hacer frente a las necesidades del paciente y su visión es disponer de atención médica para una comunidad más saludable con un sistema interconectado de atención, organizado en torno al paciente, dentro y fuera del hospital.

Brinda servicios de hospitalización, emergencia, quirófanos, servicio de imagen, servicio de nutrición, sala de neonatología, laboratorio clínico, hospital del día, entre otros.

Cuenta con profesionales especializados en todas las especialidades médicas y de diversos tipos de cirugía, los mismos que existen en la primera institución.

Su misión es brindar a la población atención permanente de Salud Integral en todas las especialidades médicas, garantizando profesionalismo, calidad humana y servicio de atención y bienestar al paciente.

2.4. Diseño de investigación.

Considerando la explicación de Hernández, R. (2010) referente a las pautas que puede llevar una investigación, y con el propósito de favorecer una pronta interpretación de los resultados obtenidos en los cuestionarios que se han aplicado, tanto al personal de enfermería como al personal médico, y manteniendo los parámetros establecidos para la realización de la misma, la investigación presenta las siguientes características (Hernández, Fernández et al., 2010, pp. 151 – 155):

Enfoque *cuantitativo*, ya que se realiza una medición numérica y se mantiene un razonamiento deductivo. La problemática establecida es específica y delimitada.

La estrategia que se desarrolla a lo largo de esta investigación, es de tipo no experimental, ya que no se realiza manipulación intencional de ninguna de las variables analizadas.

Es una investigación *transaccional (transversal)*, pues se centra en analizar cuál es el nivel o estado de las diversas variables en un momento específico en el tiempo y analizar su incidencia o interrelación en un momento dado. Se recolectan datos en el lugar de trabajo de la muestra seleccionada, donde cada candidato debe completar 6 cuestionarios, que son auto-administrados, resultando ser por ello.

El diseño transaccional (transversal) es *exploratorio*, ya que se trata de una exploración inicial en un momento específico, la muestra se la analiza en un momento único.

El diseño transaccional (transversal) es *descriptivo*, pues indaga la incidencia de las variables establecidas en los cuestionarios en una población, para así describir lo que se investiga, sin ideas prefijas con respecto al objetivo de la investigación.

El diseño transaccional (transversal) es *correlacional*, dado que se analiza una muestra específica y las diversas vinculaciones que pueden existir entre los resultados obtenidos.

2.5. Muestra.

“La muestra es el subgrupo de la población del cual se recolectan los datos” (Hernández, Fernández et al., 2010, p. 173).

Previamente a la selección de la muestra se define la Unidad de análisis, para así delimitar a la muestra. La unidad de análisis en este estudio son los Profesionales de Salud.

La muestra realizada en esta investigación es probabilística, causal-accidental y estratificada, ya que la selección de la población depende de las características y objetivos de la investigación.

En este estudio no hubo limitación de género, de edad, ni etnia.

Los criterios de inclusión que comporta dicha investigación fueron los siguientes:

- Evaluar a 40 personas, 20 personas correspondientes al personal médico y 20 personas al personal de enfermería que ejerzan en el área médica, en instituciones sanitarias de la ciudad de Quito.
- Tiempo de trabajo en el puesto mínimo 4 años.
- Aceptar de manera voluntaria et autónoma de realizar 6 evaluaciones.
- Que se encuentre en situación activa.
- Firmar un consentimiento previo, aceptando la participación a dicho estudio.

Los criterios de exclusión que comporta dicha investigación, son los siguientes:

- Personas que no dispongan de título de medicina ni de enfermería.
- Personal que no se encuentre en situación activa.
- Que no acepte voluntariamente ser parte de la investigación.
- No firmar el consentimiento previo.

2.6. Procedimiento.

El estudio se lo llevó a cabo en mes de febrero del 2017, en dos instituciones sanitarias privadas ubicadas en la parte centro norte de la ciudad de Quito.

Se procedió en la entrega de una carta, dirigida al director de docencia de cada Institución. En la misma, se mencionó el motivo de la investigación, la manera en la cual se iba a proceder para la recolección de datos, la explicación clara de los cuestionarios que se iban a realizar, el compromiso ético de confidencialidad de los resultados obtenidos, el consentimiento que cada participante debía completar para que dicho estudio sea válido y los beneficios que el estudio aportaría para la institución.

Una vez aceptado el pedido se realizó una entrevista con cada uno y así la explicación fue más completa, sobretodo con el personal médico.

El director dirigió una carta al responsable de cada departamento, indicándole el motivo de mi presencia en la institución y facilitándome así la realización del estudio.

Tanto el personal de médico como el personal de enfermería apoyaron y participaron voluntariamente al estudio.

Con el personal médico se estableció una buena comunicación, lo cual facilitó para poder realizar diversas preguntas sobre su trabajo, actividades que realizaba en él, y otras vinculadas a su vida personal. Los participantes, contestaron de manera favorable todos los cuestionarios, al igual que todos los enumerados de los mismos.

El estudio del personal de enfermería, se llevó a cabo, igualmente de manera favorable. A diferencia de los médicos, el equipo fue más difícil de aceptar su participación voluntaria para dicho estudio. Y no fue evidente establecer una conversación con él, indicando el exceso de trabajo que realizan.

Se encuestan a 50 profesionales y siendo la depuración de la muestra de 40, debido a que varias de las evaluaciones realizadas, no fueron terminadas en su totalidad, algunas de las preguntas de los cuestionarios no fueron contestadas y algunas preguntas tuvieron que ser reformuladas, ya que no fueron comprendidas.

De manera individual, se les manifestó la confidencialidad del estudio.

Los cuestionarios que fueron entregados y completados, son los siguientes:

- Cuestionario de variables socio-demográficas y laborales AD-HOC.
- Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI, Maslack y Jackson, 1986).
- Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28, Goldberg y Hillier, 1979).

- Escala multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE, Carver, 1997).
- Cuestionario de Apoyo social (MOS, Sherbourne y Steward, 1991).
- Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck (EPQR-A, Francis Brown y Philipchalk, 1992).

Una vez completado el estudio, se ingresó los datos en las matrices enviadas por la universidad. De igual manera, se procedió al análisis de los mismos.

2.7. Instrumentos.

Para medir el síndrome de Burnout de los participantes, se procedió a aplicar diversos cuestionarios estructurados, de auto administración y de fácil comprensión.

Estos son formularios de preguntas en los que se debe responder de manera dicotómica, anotando su grado de conformidad según una escala o jerarquizando la respuesta.

Los instrumentos utilizados en este estudio, son los siguientes:

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

Este instrumento recoge información sobre variables demográficas y laborales, sean éstas: género, relación personal, número de hijos, edad, años de experiencia en el puesto de trabajo, turno, número de pacientes que atiende al día, número de horas de trabajo, interacción con los pacientes, con los superiores, situación laboral, entre otras (Anexo 1).

Este cuestionario comporta dos partes:

- La primera parte se evalúan las variables personales. El participante debe seleccionar una respuesta que le corresponda.
- La segunda parte se evalúan las variables laborales, las mismas que constan de preguntas en las que el participante debe dar una valoración a la misma, correspondiendo 1: nada, 2: poco, 3: bastante y 4: totalmente valorado.

2.7.2. Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI).

Es el instrumento más utilizado para detectar y medir la existencia de Burnout en el individuo, creado en 1981 por Cristina Maslach. Su objetivo es medir el desgaste profesional (Anexo 2).

Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%, en varios estudios. Está constituido por 22 ítems tipo Likert en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes (Godoy et al., 2011).

La versión española del MBI, es un cuestionario que consta de 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y las actitudes del trabajador hacia su labor y hacia los pacientes. La encuesta se divide en las mismas categorías definidas en el síndrome: cansancio emocional, despersonalización, realización personal. Cada uno de los ítems tiene siete opciones de respuesta, escala tipo Likert de 0 a 6, indicando la frecuencia con la cual ocurre cada una de las afirmaciones: 0: Nunca 1: Pocas veces al año o menos 2: Una vez al mes o menos 3: Unas pocas veces al mes o menos 4: Una vez a la semana 5: Pocas veces a la semana 6: Todos los días Las puntuaciones de la escala total se obtienen al sumar los valores de los 22 ítems.

El coeficiente de consistencia interna obtenida por alfa de Cronbach fue cde 0.818. Esto indica que el instrumento es altamente confiable (Rubio, 2003, p.51).

El cuestionario Maslach se realiza en 10 a 15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome:

- *Cansancio emocional:* Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo.
- *Despersonalización:* Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento.
- *Realización personal:* Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo.

2.7.3. Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28).

Este cuestionario fue creado por Goldberg (1979). Este instrumento es utilizado para identificar pacientes con trastornos psicológicos en el ámbito clínico de los no especialistas en psiquiatría (Godoy, Ríos et al., 2011).

Este cuestionario es autoadministrado, dirigido a la situación actual del examinado. Consta de proposiciones que deben ser respondidas escogiendo una de las posibles respuestas, planteadas al sujeto en escala Likert, donde 1: no, en lo absoluto, 2: no más de lo habitual, 3: bastante más de lo habitual, 4: más de lo habitual (Anexo 3).

Cada ítem tiene cuatro posibles respuestas (puntuadas de 0 a 3, de menor a mayor frecuencia de sintomatología). El rango de puntuaciones de cada escala varía entre 0 y 21, mientras que la escala total va de 0 a 84 puntos.

La consistencia interna del General Health Questionnaire ha sido demostrada en numerosos estudios, siendo el coeficiente de alfa de Cronbach entre 0,82 y 0,85. Esto da indicio de una buena consistencia interna (García, 1999, p. 88 – 90).

Consta de 28 ítems, agrupados en 4 escalas con 7 ítems cada una:

- escala A: *síntomas psicósomáticos*: dolor de cabeza.
- escala B: *síntomas de ansiedad e insomnio*: nerviosismo, pánico, dificultades para dormir.
- escala C: *síntomas de malestar cotidiano*: sentimiento negativo hacia actividades que realizan durante el día.
- escala D: *síntomas depresivos*: sentimiento de desvalía, pensamientos suicidas.

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

Desarrollado por Carver en 1989, este instrumento posee una versión abreviada adaptada y válida en 1997 (Anexo 4).

Su objetivo es conocer y evaluar las estrategias de afrontamiento que dispone cada persona, pudiendo ser estas de tipo pasivo o activo, ante una situación de estrés.

Este cuestionario cuenta con propiedades psicométricas adecuadas. Está compuesto por 14 dimensiones, cada una con dos ítems, y permite evaluar los diversos estilos de afrontamiento; con un alfa de Cronbach que oscila entre 0.6 y 0.8 para cada estrategia (Vargas, Herrera, al., 2010, p.12).

Las variables que abarca este instrumento son:

- *Auto distracción*: escapar del problema o de la situación que la persona vive, impidiendo así pensar en el problema.
- *Afrontamiento activo*: resolver el problema a través de la realización de acciones.
- *Negación*: negar lo que sucede, no hacer frente al problema. Vivir en un mundo de fantasía.
- *Uso de sustancias*: olvidar, resolver o apartar el problema mediante el uso de drogas o consumo de alcohol.
- *Apoyo emocional*: buscar ayuda o apoyo en otras personas que permitan dar solución al problema.
- *Apoyo instrumental*: buscar ayuda o apoyo de manera tangible mediante la utilización de material o guías de ayuda.
- *Abandono de resolución / renuncia*: no hacer frente al problema, no comprometerse, sino por el contrario, dejar que las cosas sucedan de manera normal.
- *Descarga emocional*: expresar sentimientos que han provocado la situación problema para eliminar las emociones negativas.
- *Reformulación positiva*: aprender a reevaluar el problema para sacar el mayor provecho y encontrar un nuevo sentido y una nueva solución a través del aprendizaje vivido.
- *Planteamiento / planificación*: construcción de un proceso y de los pasos a seguir para controlar el conflicto o el problema.
- *Humor*: evitar pensar en el problema de forma negativa.
- *Aceptación*: aceptar y reconocer el problema para así actuar de manera activa o pasiva.

- *Religión*: refugiarse en creencias religiosas.
- *Autocrítica*: darse cuenta de los límites que tiene la persona para manejar la situación utilizando formas de culpabilización.

2.7.5. Cuestionario MOS de Apoyo Social.

“El apoyo social percibido se ha considerado como una variable de gran relevancia en los procesos de salud – enfermedad. Hace referencia a la confianza que tienen los individuos sobre el apoyo social disponible si se necesita” (Aguirre-Acevedo, Arrendondo et al., 2012, p. 143 – 144).

Este cuestionario Medical Outcomes Study- Social SupportSurvey (MOS), es creado por Sherbourne y Stewart en 1991. Su objetivo es evaluar el apoyo social percibido por la persona (Anexo 5).

Es un instrumento breve y multidimensional, permitiendo evaluar tanto los aspectos cuantitativos (red social) como los cualitativos (dimensiones del apoyo social).

El cuestionario consta de 20 ítems: el ítem número 1 hace referencia al tamaño de la red social y los 19 ítems restantes están referidos a cuatro dimensiones del apoyo social funcional. La escala de respuestas posee una escala de tipo Likert de cinco opciones: nunca, pocas veces, algunas veces, la mayoría de veces, siempre.

Los estudios recopilados determinaron una confiabilidad de alfa de Cronbach: a nivel de escala general de .86 a .97; a nivel de dimensiones, de .74 a .96 (Baca, 2016, p. 177 – 190).

- *Red de apoyo social*: esta variable evalúa el número de personas que conforma la red de apoyo social (amigos y familiares).
- *Apoyo social emocional/informacional*: definida como el soporte emocional, orientación y consejos.
- *Apoyo instrumental*: caracterizado por la conducta o material de apoyo.
- *Interacción social positiva*: caracterizado por la disponibilidad de individuos con los cuales hacer cosas divertidas.
- *Apoyo afectivo*: caracterizado por las expresiones de amor y afecto.

2.7.6. Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck (EPQR-A).

Este cuestionario constituye la prueba de autoinforme para la evaluación de la personalidad más elaborada desarrollada por Eynseck (1959). Sin embargo es la prueba más larga, consta de 100 ítems (Anexo 6).

Francis et al. (1992) desarrollaron una forma abreviada EPQR-A (Eynseck Personality Questionnaire Revises-Abbreviated). Esta consta de 24 ítems, los cuales al igual que la primera, evalúan las dimensiones de extraversión, neuroticismo, psicoticismo y sinceridad (Chorto, Olmedo et al., 2002, p. 195-205).

Los datos sobre fiabilidad y validez del EPQ-R son bastante satisfactorios. La fiabilidad test-retest, con un intervalo de un mes, oscila entre 0,86 (en las escalas E y L), 0,82 (en N) y 0,72 (en P) (Fernández-Ballesteros, 2012).

- Neuroticismo: ansiedad, cambio de humor, desórdenes psicósomáticos, deprimido, sentimientos de culpa, poca autoestima, tenso, triste, emotivo, irracional, tímido, pudiendo padecer trastornos distímicos o histéricos.
- Extraversión: Individuo social, impulsivo, optimista, abierto al cambio, vital, activo, dogmático, busca de sensaciones, dominante, asertivo, espíritu aventurero, despreocupación y no inhibición del individuo.
- Psicoticismo: Despreocupación, crueldad, baja empatía, conflictividad, agresivo, frío, egocéntrico, impersonal, impulsivo, antisocial, baja empatía, creatividad y rígido.
- Sinceridad: Emitir respuesta de deseabilidad social, veracidad en la respuesta.

2.8. Recursos.

En la tabla N° 1 se indica los recursos que se utilizaron para la realización del presente estudio.

Tabla Nº 1: Recursos utilizados			
<i>Económicos</i>			
Descripción	Cantidad	Costo unitario	Costo Total
Viajes	10	\$ 5,00	\$ 50,00
Internet	11 meses	\$ 40,00	\$ 440,00
Impresiones	1500	\$ 0,05	\$ 75,00
Cd	3	\$ 4,00	\$ 12,00
Refrigerios	20	\$ 3,00	\$ 60,00
			\$ 637,00
<i>Humanos</i>			
Docentes / Tutores		5	
Medicos		25	
Enfermeras		25	
Autor		1	
<i>Materiales</i>			
Escritorio		1	
Computadora		1	
Impresora		1	
Elaborado por: Paredes, L. (2017)			

CAPÍTULO 3
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

3. Análisis y Discusión.

3.1. Análisis de resultados.

Los resultados numéricos obtenidos en las evaluaciones que se realizaron a 20 médicos y 20 enfermeras, en Instituciones privadas de Salud, en la ciudad de Quito, en el mes de febrero del 2017, son los siguientes:

3.1.1. Cuestionario sociodemográfico y laboral de los profesionales de la salud.

La tabla N°2, corresponde al cuestionario de las Características sociodemográficas de los profesionales de la Salud. En ella se encuentran las variables de género, número total de participantes, edad promedio de los mismos, promedio de número de hijos, pertenencia étnica y estado civil.

Tabla 2. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud

VARIABLES	Médicos/as		Enfermeros/as	
	n	%	n	%
Sexo				
Hombre	15.0	75.0	0.0	0.0
Mujer	5.0	25.0	20.0	100.0
Total de profesionales de la salud	20.0	50.0	20.0	50.0
Edad				
<i>M</i>	44.3		39.7	
<i>DT</i>	13.3		10.5	
Max	81.0		58.0	
Min	26.0		24.0	
Número de hijos/as				
<i>M</i>	1.5		1.7	
<i>DT</i>	1.1		1.5	
Max	3.0		4.0	
Min	0.0		0.0	
Etnia				
Mestizo/a	17.0	85.0	15.0	75.0
Blanco/a	3.0	15.0	3.0	15.0
Afroecuatoriano/a	0.0	0.0	2.0	10.0
Indígena	0.0	0.0	0.0	0.0
Estado civil				
Soltero/a	5.0	25.0	8.0	40.0
Casado/a	11.0	55.0	7.0	35.0
Viudo/a	0.0	0.0	0.0	0.0
Divorciado/a	3.0	15.0	5.0	25.0
Unión libre	1.0	5.0	0.0	0.0

Fuente: Cuestionario sociodemográfico AD HOC

Elaborado por: Paredes, L. (2017)

Se evidencia que el 75% de la población médica, pertenece al género masculino, mientras que el 25% al género femenino. Referente al personal de enfermería, el 100% corresponde al género femenino.

El total de participantes es de 50% en el personal médico y el 50% en el personal de enfermería.

En el personal médico, se observa una edad promedio de 44 años, mientras que en el personal de enfermería se observa una edad promedio de 40 años.

Se observa en el personal médico un promedio de número de hijos de 1, pudiendo alcanzar como máximo un número de 3 hijos.

El personal de enfermería presenta un promedio de número de hijos de 2, pudiendo alcanzar como máximo un número de 4 hijos.

En el personal médico, la pertenencia étnica que prevalece es la mestiza, alcanzando el 85%, seguido de la blanca con un 15%. No presenta etnia afroecuatoriana ni etnia indígena.

En el personal de enfermería, la pertenencia étnica que prevalece es la mestiza con un 75%, seguida de la blanca con un 15%, y la afroecuatoriana de un 10%. No presenta etnia indígena.

Se observa en el personal médico, la variable de estado civil correspondiente a 55% casados, 25% solteros, 15% divorciados y 5% en unión libre.

En el personal de enfermería se constata 35% casados, 40% solteros y 25% divorciados.

La tabla N°3, corresponde al cuestionario de las Características laborales de los profesionales de Salud. En ella se encuentran las variables de ingresos mensuales, experiencia profesional, sector en el que trabaja, tipo de contrato, N° pacientes por día, recursos institucionales y turnos.

Tabla 3. Características laborales de los profesionales de la salud

VARIABLES	Médicos/as		Enfermeros/as	
	N	%	n	%
Ingresos mensuales				
0 a 1000	1.0	5.3	10.0	58.8
1001 a 2000	4.0	21.1	6.0	35.3
2001 a 3000	4.0	21.1	0.0	0.0
3001 a 4000	0.0	0.0	0.0	0.0
4001 a 5000	3.0	15.8	0.0	0.0
5001 a 6000	7.0	36.8	1.0	5.9
Experiencia profesional				
<i>M</i>	16.4		14.1	
<i>DT</i>	14.3		8.3	
Max	50.0		25.0	
Min	3.0		3.0	
Sector en el que trabaja				
Público	0.0	0.0	3.0	15.8
Privado	13.0	68.4	9.0	47.4
Ambos	6.0	31.6	7.0	36.8
Tipo de contrato				
Eventual	1.0	5.6	1.0	5.3
Ocasional	0.0	0.0	2.0	10.5
Plazo fijo	4.0	22.2	4.0	21.1
Nombramiento	1.0	5.6	12.0	63.2
Servicios profesionales	10.0	55.6	0.0	0.0
Ninguno	2.0	11.1	0.0	0.0
Horas diarias de trabajo				
<i>M</i>	8.3		8.8	
<i>DT</i>	2.0		2.3	
Max	12.0		13.0	
Min	6.0		6.0	
Nº de pacientes/día				
<i>M</i>	16.9		14.1	
<i>DT</i>	11.1		8.1	
Max	50.0		35.0	
Min	5.0		6.0	
Recursos Institucionales				
Totalmente	14.0	73.7	16.0	84.2
Mediadamente	5.0	26.3	2.0	10.5
Poco	0.0	0.0	1.0	5.3
Nada	0.0	0.0	0.0	0.0
Turnos				
Si	16.0	80.0	20.0	100.0
No	4.0	20.0	0.0	0.0

Fuente: Cuestionario de variables laborales AD HOC
Elaborado por: Paredes, L. (2017)

Se puede observar que los ingresos mensuales en el personal médico corresponde a 36.8% entre 5001 a 6000 dólares, seguido del 21% entre 3001 a 4000 dólares al igual que entre 1001 a 2000 dólares. En el personal de enfermería, la variable corresponde al 58.8% entre 0 a 1000 dólares y 35.3% entre 1001 a 2000 dólares.

En el personal médico, el promedio de experiencia profesional fue de 16 años y en el personal de enfermería, el promedio corresponde a 14 años.

De los datos encontrados, se reveló que el 64.8% del personal médico trabaja en el sector privado y el 31.6% trabaja tanto en el ámbito privado como en el ámbito público. En el personal de enfermería, se observó que el 47.4% trabaja en el sector privado, el 15.8% en el sector público y el 36.8% trabaja en ambos sectores.

De los resultados obtenidos, se observa que en el personal médico, prevalece el contrato de servicios profesionales con un 55.6%, seguido de contrato a plazo fijo con un 22.2%, un 11.1% no dispone de contrato de trabajo y un 5.6% tienen nombramiento al igual que un 5.6% tiene un contrato eventual.

En el personal de enfermería, prevalece el contrato con nombramiento con un 63.2%, seguido de contrato a plazo fijo con un 21.1%. Se observa en contrato ocasional un 10.5% y por último se incluye el contrato eventual con un 5.3%.

El resultado refleja en el personal médico, un número promedio de pacientes por día de 17, pudiendo alcanzar hasta un máximo de 50. En el personal de enfermería, se observa un número promedio de pacientes de 14 por día, pudiendo alcanzar un máximo de 35 por día.

Se pudo observar que la prevalencia de los recursos necesarios que brindan las instituciones sanitarias, tanto en el personal médico (73.7%) y en el personal de enfermería (84.2%), indican que son proveídos totalmente de los insumos para la realización de su trabajo.

Un 26.3% en el personal médico y un 10.5% en el personal de enfermería, indican que medianamente la institución les provee de recursos para la realización del trabajo. Solo un 5.3% en el personal de enfermería, indican que la institución les provee pocos recursos.

Los datos indican que 80% del personal médico realizan turnos y un 20% no lo realizan. En el personal de enfermería, el 100% indica realizar turnos.

3.1.2. Cuestionario de Percepción de un clima laboral del personal médico y del personal de enfermería.

El cuestionario de Percepción de un clima laboral, es una herramienta de medición, cuyo objetivo es conocer la percepción que tienen las personas que laboran en las instituciones sanitarias, sobre aquellos aspectos sociales y profesionales que conforman su entorno laboral y que facilitan o dificultan su desempeño.

Tabla 4. Percepción del clima laboral de los/as médicos/as y enfermeros/as

		Profesión			
		Médico/a		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
¿Cuán valorado se siente por sus pacientes?	Nada	0	0.0%	1	5.0%
	Poco	2	10.0%	4	20.0%
	Bastante	13	65.0%	11	55.0%
	Totalmente	5	25.0%	4	20.0%
¿Cuán valorado se siente por los familiares de los pacientes?	Nada	1	5.0%	2	10.0%
	Poco	1	5.0%	7	35.0%
	Bastante	14	70.0%	10	50.0%
	Totalmente	4	20.0%	1	5.0%
¿Cuán valorado se siente por sus compañeros de profesión?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	6	30.0%	2	10.0%
	Bastante	7	35.0%	12	60.0%
	Totalmente	7	35.0%	6	30.0%
¿Cuán valorado se siente por los directivos la institución?	Nada	1	5.0%	1	5.0%
	Poco	5	25.0%	4	20.0%
	Bastante	6	30.0%	13	65.0%
	Totalmente	8	40.0%	2	10.0%
¿Está satisfecho con el trabajo que realiza?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	0	0.0%	0	0.0%
	Bastante	4	20.0%	7	36.8%
	Totalmente	16	80.0%	12	63.2%
¿Está satisfecho en su interacción con los pacientes?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	1	5.0%	0	0.0%
	Bastante	7	35.0%	12	60.0%
	Totalmente	12	60.0%	8	40.0%
¿Está satisfecho con el apoyo brindado por parte de los directivos de la institución?	Nada	1	5.0%	2	10.5%
	Poco	3	15.0%	5	26.3%
	Bastante	11	55.0%	9	47.4%
	Totalmente	5	25.0%	3	15.8%
¿Está satisfecho con la colaboración entre compañeros de trabajo?	Nada	0	0.0%	1	5.0%
	Poco	5	25.0%	3	15.0%
	Bastante	10	50.0%	11	55.0%
	Totalmente	5	25.0%	5	25.0%
¿Está satisfecho con la valoración global de su experiencia profesional?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	2	10.0%	3	15.0%
	Bastante	8	40.0%	9	45.0%
	Totalmente	10	50.0%	8	40.0%
¿Está satisfecho está con su situación económica?	Nada	1	5.0%	2	10.0%
	Poco	4	20.0%	7	35.0%
	Bastante	10	50.0%	9	45.0%
	Totalmente	5	25.0%	2	10.0%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y clima laboral AD HOC
Elaborado por: Paredes, L. (2017)

De los resultados obtenidos, se puede recalcar que el personal médico y el personal de enfermería, se sienten bastante valorados por parte de los pacientes, correspondiendo a un 65% en el personal médico y un 55% en el personal de enfermería.

El 25% del personal médico y el 20% del personal de enfermería, se encuentran totalmente valorados. El 10% del personal médico y el 20% del personal de enfermería, se encuentran poco valorados por los pacientes. Solo el 5% del personal de enfermería no se siente valorado por sus pacientes.

Se puede observar en los resultados obtenidos, que el 70% en el personal médico y el 50% en el personal de enfermería, se encuentran bastante valorados por los familiares de los pacientes.

El 20% del personal médico se siente totalmente valorado. El personal de enfermería alcanza un 5%. En el personal médico se observa que 5% se siente poco valorado y un 5% nada valorado por los familiares de los pacientes. En el personal de enfermería, el 35% se siente poco valorado y un 10% se siente nada valorado por los familiares de los pacientes.

El personal médico, siente ser totalmente valorado por sus compañeros de profesión en un 35% e igualmente, bastante valorado en un 35%. En lo que se refiere a las enfermeras, los resultados reflejan que el 60% se siente bastante valorado y un 30% se siente totalmente valorado por sus compañeros. El 30% del personal médico indica sentirse poco valorado por sus compañeros en relación al 10% correspondiente al personal de enfermería.

Los resultados obtenidos indican que el 40% del personal médico se siente totalmente valorado y un 30% bastante valorado. Los resultados del personal de enfermería, indican que el 10% se siente totalmente valorado y un 65% se siente bastante valorado. El 25% del personal médico y el 20% en el personal de enfermería, se sienten poco valorados. Tanto en el personal médico como en el personal de enfermería, un 5% no se siente valorados por los directivos de la institución.

Los resultados reflejan que el 80% del personal médico y el 63.2% del personal de enfermería se encuentran totalmente satisfechos con su trabajo. El 20% del personal médico se encuentra bastante satisfecho en comparación con un 36.8% de las enfermeras.

Se resalta que el 60% del personal médico se encuentra totalmente satisfecho con la interacción con los pacientes y un 35% bastante satisfecho. Solamente un 5% se encuentra poco satisfecho. En lo que se refiere al personal de enfermería, se constata que el 40% se encuentra totalmente satisfecho y un 60% bastante satisfecho con la interacción con los pacientes.

El 25% del personal médico se encuentra totalmente satisfecho y un 55% bastante satisfecho con el apoyo de la directiva. El 15.8% del personal de enfermería se encuentra totalmente satisfecho y el 47.4% se encuentra bastante satisfecho con dicho apoyo. Al contrario, el 15% del personal médico se encuentra poco satisfecho y solo un 5% nada satisfecho. El 26.3% del personal de enfermería se encuentra poco satisfecho y un 10.5% nada satisfecho con el apoyo de la directiva.

Tanto en el personal médico como en el personal de enfermería el 25% se encuentra totalmente satisfecho con la colaboración entre compañeros, en relación a un 50% del personal médico y un 55% del personal de enfermería, bastante satisfecho con la misma.

Se observa que un 25% del personal médico, se encuentra poco satisfecho en comparación con el 15% del personal de enfermería. Solo un 5% del personal de enfermería no se encuentra satisfecho con esta colaboración.

Se puede observar que el 50% del personal médico y el 40% del personal de enfermería se encuentran totalmente satisfechos con su experiencia profesional.

El 40% del personal médico y un 45% del personal de enfermería, se encuentran bastante satisfechos y solo el 10% del personal médico y el 15% del personal de enfermería, se encuentra poco satisfechos.

Cabe recalcar que el 25% del personal médico se encuentra totalmente satisfecho y un 50% bastante satisfecho con su situación económica. El 20% del personal médico se encuentra poco satisfecho con la misma. Solo un 5% no se encuentra nada satisfecho con su situación económica. En el personal de enfermería, se resalta que el 10% se encuentra totalmente satisfecho y un 45% se encuentra bastante satisfecho con su situación económica. De igual manera, se refleja que un 35% se encuentra poco satisfecho y 10% nada satisfecho con su situación económica.

3.1.3. Inventario de Burnout de Maslach (Maslach Burnout Inventory [MBI]).

En la tabla N°5, se analiza los resultados del primer instrumento, científicamente válido, para medir el Burnout, estrés crónico (Buzzetti, 2005, pág. 62), o igualmente, el síndrome de estar quemado por el trabajo.

Este instrumento es tridimensional, es decir, mide tres dimensiones que conforman dicho síntoma: Agotamiento emocional, Despersonalización y Realización Personal.

Tabla 5. Resultados de las dimensiones del burnout en los profesionales de la salud

		Profesión			
		Médico/a		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Agotamiento emocional	Bajo	12	60.0%	15	75.0%
	Medio	4	20.0%	2	10.0%
	Alto	4	20.0%	3	15.0%
Despersonalización	Bajo	12	60.0%	15	75.0%
	Medio	2	10.0%	4	20.0%
	Alto	6	30.0%	1	5.0%
Realización personal	Bajo	14	70.0%	5	25.0%
	Medio	4	20.0%	4	20.0%
	Alto	2	10.0%	11	55.0%

Fuente: Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson, 1986)
Elaborado por: Paredes, L. (2017)

Los resultados reflejan que el 60% del personal médico y el 75% del personal de enfermería, presentan un bajo nivel de agotamiento emocional. El 20% del personal médico presentan un nivel medio y alto. El 10% y el 15% del personal de enfermería demuestran un alto nivel de agotamiento emocional.

Se observa que el 60% del personal médico y el 75% del personal de enfermería obtienen un bajo nivel de despersonalización. El 10% del personal médico y el 20% del personal de enfermería poseen un medio nivel y el 30% del personal médico y el 5% del personal de enfermería presentan un alto nivel de despersonalización.

Los datos indican que el 70% del personal médico presenta un nivel bajo de realización personal, un 20% de nivel medio y un 10% un nivel alto.

En el personal de enfermería, se encontraron los siguientes datos: el 25% corresponde a un nivel bajo, el 20% a un nivel medio y el 55% a un nivel alto de realización personal.

En la tabla N°6, se muestra los resultados de los casos de Burnout en los profesionales de Salud encuestados.

Burnout.

Tabla 6. Resultados de los casos de burnout en los profesionales de la salud.

		Profesión			
		Médico/a		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Burnout	No presencia	19	95.0%	20	100.0%
	Presencia	1	5.0%	0	0.0%

Fuente: Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson, 1986)
Elaborado por: Paredes, L. (2017)

De los resultados obtenidos en el estudio, se refleja que el 95% del personal médico, no presenta síntomas del síndrome, correspondiendo esto a 19 personas de las 20 evaluadas. Solo un 5%, es decir, una persona presenta el síndrome. En el personal de enfermería, no se reporta ningún caso del síndrome.

3.1.4. Cuestionario de Salud General (GHQ-28).

Es un cuestionario creado en 1972 por Goldberg. El mismo es usado en varias investigaciones de salud, siendo éstas: Mujeres embarazadas, pacientes con dependencia a diferentes drogas, pacientes no clínicos, etc.

La tabla N° 7, indica la versión GHQ-28 (1979), que se compone de 4 escalas: síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave.

Tabla 7. Malestar emocional de los profesionales de la salud.

		Profesión			
		Médico/a		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Síntomas somáticos	No caso	16	84.2%	12	60.0%
	Caso	3	15.8%	8	40.0%
Ansiedad	No caso	14	70.0%	12	63.2%
	Caso	6	30.0%	7	36.8%
Disfunción social	No caso	18	100.0%	19	95.0%
	Caso	0	0.0%	1	5.0%
Depresión	No caso	17	89.5%	17	85.0%
	Caso	2	10.5%	3	15.0%

Fuente: Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire [GHQ-28]; Goldberg y Hillier, 1979) / Elaborado por: Paredes, L. (2017)

De la tabla expuesta, se observa que el 84.2% del personal médico y el 60% en el personal de enfermería, no presentan síntomas somáticos. Un 15.8% del personal médico y el 40% del personal de enfermería, si presentan casos con síntomas somáticos.

El 70% del personal médico y el 63.2% del personal de enfermería no presenta casos de ansiedad e insomnio. Los valores positivos corresponden a un 30% en el personal médico y a un 36.8% en el personal de enfermería. No se evidencia ningún caso con síntoma de disfunción social en el personal médico. El personal de enfermería presenta un 5%.

Se observa el 89.5% en el personal médico y el 85% en el personal de enfermería que no presentan síntomas de depresión.

3.1.5. Cuestionario de Afrontamiento (BRIEF-COPE).

En la tabla N°8 se analiza el instrumento, creado por Carver, en 1997 que permite evaluar los diversos estilos de afrontamiento del individuo frente a factores estresantes, ya sean estos en el ámbito de la salud, profesional o personal.

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

	Profesión							
	Médico/a				Enfermero/a			
	M	DT	Máx.	Mín.	M	DT	Máx.	Mín.
Auto distracción	1.3	1.5	5.0	.0	2.2	1.8	6.0	.0
Afrontamiento activo	1.8	1.5	4.0	.0	2.3	1.7	4.0	.0
Negación	.3	.7	2.0	.0	.9	1.5	6.0	.0
Uso de sustancias	.2	.6	2.0	.0	.2	.5	2.0	.0
Apoyo emocional	.7	1.1	3.0	.0	1.3	1.5	4.0	.0
Apoyo instrumental	.9	1.0	4.0	.0	1.3	1.4	4.0	.0
Retirada de comportamiento	.4	.8	2.0	.0	1.1	1.5	4.0	.0
Desahogo	1.1	1.2	3.0	.0	1.4	1.6	6.0	.0
Replanteamiento positivo	1.9	1.8	5.0	.0	1.7	2.1	6.0	.0
Planificación	2.1	1.8	5.0	.0	2.0	2.1	6.0	.0
Humor	.9	1.5	5.0	.0	.6	.7	2.0	.0
Aceptación	2.3	2.2	6.0	.0	1.9	1.9	6.0	.0
Religión	1.4	1.8	6.0	.0	1.8	1.8	6.0	.0
Culpa de si mismo	1.2	1.2	4.0	.0	1.4	1.8	6.0	.0

Fuente: Inventario COPE-28 (Brief COPE; Carver, 1997).
Elaborado por: Paredes, L. (2017)

De los 16 ítems analizados, se evidenció en el personal médico, los estilos de afrontamiento más utilizados y que poseen una media alta, estos son: Aceptación (2.3), Planificación (2.1), Replanteamiento (1.9) y Afrontamiento activo (1.8). Los menos utilizados y que presentan una media baja son: Uso de sustancias (0.2), Negación (0.3), Retirada de comportamiento (0.4) y apoyo emocional (0.7).

En el personal de enfermería, los estilos de afrontamiento más utilizados y que presentan una media alta corresponde a: Afrontamiento activo (2.3), Auto distracción (2.2), Planificación (2.0) y Aceptación (1.9). Los menos utilizados y que presentan una media baja, se observan: Uso de sustancias (0.2), Humor (0.6), Negación (0.9), Retirada de comportamiento (1.1).

3.1.6. Cuestionario de Apoyo Social (AP).

En la Tabla N°9, se recopilan los resultados de este constructo, que es multidimensional y se utiliza para medir el apoyo social.

Tabla 9. Percepción del apoyo social de los profesionales de la salud.

	Profesión							
	Médico/a				Enfermero/a			
	M	DT	Máx.	Mín.	M	DT	Máx.	Mín.
Apoyo emocional	79.6	21.1	100.0	27.5	76.4	17.6	100.0	40.0
Apoyo instrumental	78.0	22.0	100.0	40.0	75.0	18.0	100.0	40.0
Relaciones sociales	81.3	22.1	100.0	40.0	81.6	20.6	100.0	40.0
Amor y cariño	87.3	19.5	100.0	46.7	84.9	20.2	100.0	40.0

Fuente: Cuestionario de Apoyo Social MOS (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Steward, 1991).
Elaborado por: Paredes, L. (2017)

Se puede observar que tanto para el personal médico como para el personal de enfermería, se encuentran en un alto nivel de apoyo social., predominando la variable de amor y cariño, correspondiendo a una media de 87.3 (DT 19.5) para el personal médico y una media de 84.9 (DT 20.2) para el personal de enfermería.

Se percibe en la escala de relaciones sociales una media para el personal médico de 81.3 (DT 22.1) y para el personal de enfermería de 81.6 (DT 20.6). En cuanto al apoyo emocional se refleja una media de 79.6 (DT 21.1) y 76.4 (DT 17.6) para el respectivamente. La variable que presenta la media más baja es de apoyo instrumental, así en el personal médico se obtiene una media de 78 (DT 22) y en el personal de enfermería de 75 (DT 18).

3.1.7. Cuestionario de Personalidad (EPQR-A)

En la tabla N°10, se interpreta y analiza los rasgos de personalidad de los profesionales de Salud, (EPQR-A). Este es una prueba de autoinforme para la evaluación de la personalidad creada por Eynsenck (1952) y revisada y modificada por Francis et al. (1992).

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

	Profesión							
	Médico/a				Enfermero/a			
	M	DT.	Máx.	Mín.	M	DT.	Máx.	Mín.
Neuroticismo	1.5	1.7	5.0	.0	1.4	2.0	6.0	.0
Extroversión	4.3	1.9	6.0	.0	4.5	1.7	6.0	.0
Psicoticismo	1.5	.8	3.0	.0	1.6	.7	3.0	1.0

Fuente: Cuestionario de Personalidad de Eysenck Revisado-Abreviado (Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated [EPQR-A]); Francis. Brown y Philipchalk, 1992)
Elaborado por: Paredes, L. (2017)

De la muestra realizada, se puede observar que tanto para el personal médico como para el personal de enfermería, la media más alta es extroversión, distribuida en 4.3 (DT 1.9) y 4.5 (1.7) respectivamente.

En el personal médico, hay una igualdad tanto en el neuroticismo y en psicoticismo, presentando una media de 1.5 (DT 1.7). En el personal de enfermería, las variables son diferentes. El psicoticismo presenta una media de 1.6 (DT 0.7) y el neuroticismo una media de 1.4 (DT 2.0).

3.1.8. Correlación entre neuroticismo y las dimensiones del síndrome de Burnout.

Tabla 11. Correlación entre neuroticismo y las dimensiones del síndrome de Burnout.

	Neuroticismo		
	<i>r</i>	<i>P</i>	N
Burnout	.252	.187	29
Agotamiento emocional	.442*	.013	31
Despersonalización	.548**	.000	37
Realización personal	-.389*	0.23	34

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

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

De la investigación realizada, en los profesionales de salud de las dos Instituciones hospitalarias, ubicadas en el centro norte y norte de la ciudad de Quito, en la tabla N°11, se evidencia una correlación significativa entre neuroticismo y agotamiento emocional, $r(31) = .442$, $p = .013$.

Entre neuroticismo y despersonalización, $r(37) = .548$, $p = .000$ e igualmente una relación significativa entre neuroticismo y realización personal, $r(34) = -.389$, $p = .023$.

3.2. Discusión de resultados.

A continuación se presenta la relación existente entre el síndrome de Burnout en instituciones médicas del sistema sanitario ecuatoriano, y los rasgos de personalidad de los sujetos estudiados, en función de los parámetros establecidos en el apartado 3.1 del presente capítulo.

Como se dijo, las características descriptivas y demográficas de la muestra de sujetos de los profesionales de la salud, está constituida por cuarenta profesionales, 50% médicos y 50% enfermeras (tabla 2). El primer grupo presentó un promedio de edad de 44 años, una pertenencia étnica mayoritaria mestiza, estado civil casado y con un hijo en promedio; cabe destacar que el 75% pertenece al género masculino y el 25 % al femenino.

El segundo grupo estudiado, está conformado en su totalidad por profesionales de género femenino³, con una edad promedio de 40 años, estado civil principalmente soltero, con un promedio de dos hijos, y presenta una pertenencia étnica mayoritariamente mestiza. Como se distingue, si bien la prevalencia la población mestiza puede entenderse en correspondencia con el resultado en el censo de población y vivienda del año 2010 del Ecuador (INEC, 2010) en el cual el grupo étnico mestizo alcanza el 72.6% y el 71.3% en hombres y mujeres respectivamente, la tabla 1 evidencia que, a diferencia de lo que sucede en el grupo de los médicos, hay presencia de afroecuatorianos en el grupo de las enfermeras. Este resultado, lleva a preguntarse por las barreras educativas, socioeconómicas o por qué no, prevalencias de estereotipos, que esta población puede encontrar en el campo de la profesión médica⁴.

En el mismo orden de ideas, se puede insistir en que la ausencia de personal masculino en este grupo de enfermeras, coincide con la tendencia de otros países latinoamericanos en cuanto a los profesionales del área de la salud. Para el caso de Ciudad de México por ejemplo, Alatorre Wynter (Alatorre Wynter, 2007, p. 22) determina que el 90% de profesionales de enfermería, pertenece al género femenino. De esta manera se visualiza que en el caso de las instituciones estudiadas en la ciudad de Quito, se sigue reforzando la

3. Aunque, no se puede dejar de señalar la persistencia de la naturalización de las labores de cuidado como pertenecientes a las mujeres, a pesar de los supuestos cambios sociales, pues se entiende que hay profesionales hombres en enfermería (Bourdieu, 2000: cap.3).

4. Esto a pesar de que existen políticas públicas al respecto, como el decreto Ejecutivo No. 60 expedido el 28 de septiembre de 2009, publicado en el Registro oficial No. 45, de fecha 13 de octubre del 2009 que declara la elaboración del Plan Plurinacional contra el Racismo para eliminar las distintas, formas y prácticas sistemáticas de discriminación racial. En los artículos 3 y 4, este decreto manifiesta la adopción de políticas laborales orientadas al establecimiento de acciones afirmativas en los sectores sociales discriminados. Todo ello con base en el numeral 2 de acuerdo del artículo 11, el numeral 2 del artículo 57 y el numeral 3 del artículo 57 de la constitución del Ecuador. (Flacso, 2012).

presunción de que la mujer tiene preferencia “innata” por carreras dirigidas a la atención y mejoramiento por el grupo de personas, carreras entre las cuales se encuentran la enfermería, magisterio, psicología, trabajo social, etc. (Bourdieu, 2000, p. 77 – 78)⁵, mientras que los hombres optarían “naturalmente” por las carreras relacionadas con el manejo y control del entorno social y natural, como la medicina (especialmente cirugía), las ingenierías, la informática, la economía, la política, etc. (Bourdieu, 2000, pp. 74 – 75).

Al análisis la variable de género, y frente a la interrogante del por qué en el grupo de médicos prevalece el sexo masculino y en el grupo de enfermeras el género femenino, se puede recalcar que hay una incidencia cultural que se ha venido observando durante el desarrollo de la sociedad en el país y que apenas en el año 1921, en Ecuador, se da el primer paso de que una mujer obtiene un título de doctor en Medicina (wikipedia).⁶

El comportamiento psicológico del hombre y la mujer frente a la situación laboral es diferente ya que el hombre se caracteriza por ser más analítico, objetivo y orientado a resultados, mientras que las mujeres son más emocionales, subjetivas y orientadas a las relaciones, estas diferencias no afectan a la obtención de los resultados dentro de los profesionales de la salud, por el contrario se complementan de una manera importante cumpliendo sus objetivos desde su propio rol, sin embargo, están presente en la sociedad ecuatoriana los roles tradicionales de género, lo cual según la socióloga Natalia Sierra, explicaría la razón por la cual las mujeres optan por carreras consideradas más ‘femeninas’ y ligadas al cuidado, a la atención social y al interés social (Acosta, 2016).

Referente a la remuneración, la encuesta nacional de ingresos y gastos en hogares urbanos y Rurales (ENIGHUR, 2012), indica que el promedio salarial de ingreso en zona urbana es de 1046 dólares. En el caso de este estudio, se puede visualizar que el 53% del personal médico percibe un ingreso de 4000 a 6000 dólares, mientras que el 84% del personal de enfermería percibe un ingreso de 1000 a 2000 dólares (Tabla 3), igualmente se debe citar el hecho de que según el INEC, para el caso ecuatoriano y para el año 2016, se determina que el valor de la canasta familiar básica asciende a 727.19 dólares y la canasta familiar vital, llega a 510.19 dólares (INEC, 2016, p. 46). Queda claro que el personal médico sobrepasa largamente el promedio de ingresos nacional y el de la capacidad de satisfacer la

5. Según Cuji, entre las propuestas académicas más demandadas por las estudiantes de Ecuador están Enfermería, Obstetricia, Medicina, Derecho, Administración de empresas y Psicología Clínica, Contabilidad y Auditoría, Odontología, Psicología, Comunicación Social, Trabajo Social, Ingeniería Civil, Medicina Veterinaria, Ingeniería Ambiental y Arquitectura. Recuperado de: <http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/septimo-dia/51/las-carreras-ligadas-con-la-salud-atraen-mas-a-las-mujeres-ecuatorianas>

6. Dra. Matilde Hidalgo de Procel, primera médica graduada el 21 de noviembre de 1921 en Quito.

canasta familiar básica. No obstante, es importante señalar que hay aquí tres elementos o factores importantes a tener en cuenta:

1. Esta remuneración se alcanza, según la media (Tabla 3) después de 16 años de experiencia laboral⁷.
2. El 98% del personal médico de la muestra trabaja en el sector público y privado⁸.
3. El 57% de la muestra analizada trabaja bajo la figura de presentación de servicios profesionales lo cual indica que el grado de inestabilidad laboral es elevado⁹.

Las diferentes combinaciones de estos tres factores, o su conjunto, lleva a considerar la alta probabilidad de que se presenten las circunstancias propicias para que surja una brecha entre las expectativas laborales, profesionales, personales y sociales de los médicos. Esto debido a que, siguiendo a Cyrulink (2014), el momento en que el objetivo profesional y personal se concentra en el éxito profesional, es muy probable un desequilibrio interno en el individuo que conlleve al desarrollo de la neurosis, provocando síntomas de ansiedad, síntomas depresivos e inclusive síntomas psicóticos. En tal contexto, es fácil inferir que las estrategias de afrontamiento y el locus de control interno de cada individuo son puestas constantemente a prueba, a saber, que éstas reducen la probabilidad de padecer y aumentar la satisfacción laboral, coincidiendo con investigaciones de Kosaba et al. (1985), Moreno et al. (2001), Rich et Rich (1987) y Hudek-Knezevic, Jasna et al. (2006). En estrecha relación con ello el rol del apoyo social es clave como lo estipulan en los estudios Rotter (1966), Revicki y May (1983), Mc Intre (1984), Fuqua y Couture (1986) y Wilson y Chiwakota (1989), Seidmann et al. (1991), Guerrero et al. (2001).

En relación con lo dicho en el párrafo anterior, los resultados de la investigación (Tabla 8), muestran que las estrategias de afrontamiento que posee el personal médico estudiado son mayoritariamente activas; es decir, aceptan la situación estresante y dolorosa, planifican y se organizan de mejor manera, reconsideran los conflictos desde diferentes puntos de vista y toman la iniciativa en sus relaciones y decisiones.

7. Martínez y López indican que los trabajadores con poca experiencia profesional presentan más riesgo de desarrollar la sintomatología porque se sienten poco listos y en su proceso de adaptación son más vulnerables al equilibrar las expectativas idealistas ante un contexto real de recompensas personales profesionales y económicas (Martínez & López, 2005).

8. Considerando el sector para el que trabajan, se encuentra que los médicos en un 68% prestan servicios para el sector privado, en tanto que las enfermeras, lo hacen un 47%. Estas observaciones, de alguna manera ratifican el aporte en la creación de plazas de trabajo en el Ecuador de 9 generadas por el sector privado y una por el sector público. (INEC, 2016, p. 31).

9. Bajo los estudios de Wade, Cooley et al. (1986) indica que la inseguridad económica facilita la aparición del síndrome. (Wade, Cooley et al., 1986, p. 161 – 173).

En cuanto al apoyo social (Tabla 9), disponen como media de un alto nivel de apoyo afectivo y poseen una mayor concentración de amigos y familiares, cuentan con un mejor manejo de conductas de autocontrol y toman la iniciativa para que las situaciones sean más llevaderas.

Referente a las enfermeras, los resultados arrojan que también presentan un estilo de afrontamiento primordialmente activo, saben distraerse solas y en compañía, planifican y organizan los eventos de forma prioritaria y aceptan las situaciones conflictivas con serenidad, (Tabla 8).

En lo que concierne el apoyo social, no lo perciben con la misma intensidad que el personal médico (Tabla 9); esta variable puede ser determinante en la puntuación significativa que aparece en el síntoma de ansiedad (37%) y desarrollo de síntomas somáticos (40%). No obstante, no presentan prevalencia del síndrome, sin embargo, estas cifras deben ser consideradas ya que pueden concluir con en el desarrollo del síndrome como lo indica en los estudios Cebeira et al., (2001), Perez et al. (2002), Colom Marañón (2012); los datos (Tabla 5) apuntan a que ello se debe a la presencia de menos agotamiento emocional, menor despersonalización y mayor realización personal, aumentando su autoestima, autoconfianza, autoeficiencia como lo desarrolló Bandura, y lo afirma Leither (1992), Peinado y Garcés de los Fayos Ruiz (1998), Flor Castello (2012), contribuyendo a su salud y bienestar y aumentando su calidad de vida.

Continuando con lo expuesto anteriormente, y en comparación con estudios realizados, el compartir con sus compañeros de trabajo sus experiencias, pedir consejos técnicos, pedir ayuda intra o extra profesional, ayuda a soportar el arduo trabajo que gestionan el personal médico como el personal de enfermería. El soporte social provoca un feedback positivo así lo afirman Canouï, Mauranges et al. (2008), Cordes y Dougherty (1993), Freddy et al. (1994), Sarros et al. (1989).

Estos datos se pueden relacionar con lo expuesto por Hobfoll y Fredy en el modelo de consecución de recursos (1993), en el cual indica sé que los estresores laborales amenazan los recursos de los trabajadores al generar inseguridad sobre sus habilidades para alcanzar el éxito profesional, de allí que la ganancia de recursos es importante, por ello, el tipo de estrategias que empleen los trabajadores también influirán sobre el síndrome de Burnout".

En consecuencia, el hecho de que no se den casos del síndrome de Burnout en su grupo, mientras que en el de los médicos sí, parece estar relacionado con un mayor agotamiento emocional, una mayor despersonalización de estos últimos (Tabla 5) y una menor índice de

realización personal. Mayor agotamiento y despersonalización elevan, como sostienen Maslash (1991), Peinado y Garcés de los Fayos (1988) , las posibilidades de que se presente el síndrome, como en efecto sucede con el 5% del personal médico de la muestra (tabla 6), reconfortando el análisis de Cordes y Dougherty (1993), Gil-Monte (1994), Gil-Monte y Peiró (1996), el Modelo de Cherniss (1993), a diferencia del grupo de los profesionales de enfermería, donde la realización personal es alta refleja que la autoeficacia es un factor que aporta al bienestar de sus miembros; esto es así porque el individuo puede afrontar el problema con mayor eficiencia dependiendo de la personalidad del profesional, que no es, sino la capacidad de decidir y actuar en el momento oportuno, esto es lo que se conoce como la autoeficacia. Como lo indica Bandura “La autoeficacia es la percepción o evaluación que la persona hace de su aptitud para resolver satisfactoriamente las situaciones vitales” (Colom Marañón, 2012, p. 471).

Como resultado de lo dicho, y contra las apariencias generales (Tabla 7), se desarrollará como síntoma del síndrome de Burnout la depresión. Depresión que en este caso al corresponder a una muestra mayoritariamente masculina, se haya típicamente (Rutz, Wallinder, et al., 1997) enmascarada por la agresividad, irritabilidad, expresiones de cólera y la dificultad en expresar verbalmente las emociones. Desde la perspectiva psicosocial, se considera el síndrome de Burnout como un proceso en el que intervienen componentes cognitivos (baja realización personal en el trabajo), emocionales (agotamiento emocional) y actitudinales (despersonalización) (Gil-Monte y Peiró, 2000).

Desafortunadamente, el estado de ansiedad registrado en ambos grupos (Tabla 7) está bastante generalizado en la actualidad por las condiciones laborales de nuestra sociedad, e imprime una violencia psicológica hacia el individuo, quien pierde su tranquilidad emocional y se siente solo frente a las nuevas demandas y exigencias que ha adquirido el trabajo tal y como es entendido en dicha sociedad, centrado en la productividad, la competencia y la priorización de resultados por encima de la realización, solidaridad y el disfrute del desarrollo del potencial humano, esto se lo afirma igualmente en los estudios de Maglio (2012), Mansilla (2012), Velazquez (2012), Cyrulnik (2014), OIT (2016), entre otros.

El síndrome de Burnout, se presenta por desórdenes de los elementos que conforman la personalidad y de la misma manera, su eliminación dependerá del tipo de rasgos de personalidad (neuroticismo, extroversión y psicoticismo) de cada individuo, resultando ser determinante para la eficacia de su tratamiento (Eysenck, 1971). Estos rasgos ejercen una influencia importante en su capacidad de autorrealización, sentirse bien consigo mismo y

con los demás, y están en relación estrecha con las técnicas de afrontamientos que se utilicen, entre otros aspectos.

Tanto para el personal médico como para el personal de enfermería, la dimensión de extroversión (Tabla 10) presenta la media más alta (4.3 y 4.5 respectivamente), es decir, son individuos sociales, impulsivos, optimistas, abiertos al cambio, vitales, activos, dogmáticos, en busca de sensaciones y divertidos. Este rasgo es un buen factor de protección como lo indican en las investigaciones Vinet et al. (1999), Brody et al. (2000), Olmedo (1997), Manassero et al. (1994), Fontana y Aboserie (1993), al afirmar que existe una correlación negativa entre el rasgo de extraversión y estrés laboral. A pesar de lo dicho, no se puede dejar de anotar que de todas formas las enfermeras presentaron un nivel de apoyo social inferior al personal médico con nueve puntos porcentuales de diferencia respecto a ellos (Tabla 9); esta diferencia ratifica las observaciones de la Teoría de Intercambio Social, la cual afirma que “el personal de enfermería no busca apoyo social en situaciones de estrés, evita la compañía de los compañeros de trabajo y rehúye su apoyo por miedo a ser criticado o tachado de incompetentes (Manzanilla, 2012, p.6).

Los datos de la investigación muestran que en ambos grupos, se mantienen en niveles bajos las dimensiones de neuroticismo y psicoticismo, entendiendo este como crueles, conflictivos, agresivos, fríos, egocéntricos, impulsivos y antisociales, es bastante bajo.

Neuroticismo En la investigación se evidenció una correlación significativa entre neuroticismo y agotamiento emocional (Tabla 11), lo cual indica, que a mayor puntaje en este rasgo mayor será el agotamiento emocional ($r = .31, p = .013$). En esta línea argumental coinciden los trabajos de Piedmont, R.L. (1993), Zellars, Perrewé y Hochwarter (2000) y Zellars y Perrewé (2001), McManus, Keeling y Paice, (2004), Hochwälder (2009) A.L. García-Izquierdo, Ramos-Villagrasa y García-Izquierdo (2009) Fernández (2009) y McManus et al. (2011). Esta situación se debería considerar, ya que implicaría que la población investigada podría desarrollar tipos de conducta y comportamiento de ansiedad, nerviosismo, bruscos cambio de humor, desórdenes psicósomáticos, depresión, sentimientos de culpa, poca autoestima, tensión, despreocupados por los demás, correspondiendo con las observaciones de Chang et al. (2001).

Existe una correlación muy significativa entre neuroticismo y despersonalización, por lo que se concluye que mientras mayor sea el puntaje en este rasgo de personalidad, mayor será la despersonalización. Esta situación podría generar que el personal comience a tomar actitudes defensivas frente al cansancio emocional, que la lleven a tomar distancia con su

trabajo y con el personal que cuida y atiende, presentando comportamientos de ansiedad, agresividad, cinismo, irritabilidad, percepción de inadecuación y falta de control.

Finalmente se aprecia que existe una relación significativa entre neuroticismo y realización personal, lo cual revela que a mayor puntaje en neuroticismo es menor la realización personal, estos datos afirman los enunciados de Manassero et al. (1994), Vinet et al (1997), Hudek-Knezevic, Jasna et al. (2006).

Según Cyrulnik (2014), esta es la versión clásica de Burnout: presencia de desequilibrio interno en el individuo, desarrollo de la neurosis, aparición de síntomas de ansiedad, síntomas depresivos e inclusive síntomas psicóticos. Como se sabe, la afectación de solo dos rasgos de personalidad puede originar el apareamiento de la neurosis. Incluso desde la perspectiva teórica de Hudek-Knezevic, Kapric, et al. (2006), que considera cinco rasgos de la personalidad, se coincide con los resultados de este trabajo, pues sostiene que el neuroticismo favorece el agotamiento emocional y la despersonalización asociada a una disminución en la realización personal.

En España por ejemplo, se ha encontrado que médico/as y profesionales de enfermería, poseen una mejor salud física que la población en general pero una peor salud mental, lo cual se asocia más que al contacto con la muerte y la enfermedad, al hecho de estar expuesto a factores de riesgo psicosocial, la falta de recompensa profesional, las largas jornadas laborales y la falta de recursos personales y materiales para afrontar esta carga emocional (Saavedra San Roman, 2013, pág. 114).

En el rasgo de psicoticismo, las cifras arrojadas del estudio (media 1.5 y 1.4), indican una baja probabilidad de aparición del Burnout, por ende, una baja probabilidad de sufrir patologías en la población aquí analizada.

El síndrome de Burnout, es un problema característico del trabajo dirigido a la atención personal a la comunidad, sin olvidar el peso cultural y social donde se desenvuelve el individuo, apoyando de esta manera el estudio de Faber (1993). Lo cual implica que este grupo, mantiene y está siempre en una actitud de apertura, de empatía, de servicio hacia los demás. Siendo un trabajo tan demandante a nivel físico como a nivel personal, puede generarse una alteración en la calidad de la relación terapéutica, relación profesional y repercutir en el rendimiento profesional, coincidiendo con estudios realizados por Cherniss (1980 - 1993), Edelwich y Brodsky (1980), Freudenberger (1980), Pines y Aaronson (1991).

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CONCLUSIONES

La presente investigación, se centró en el estudio de una población de 40 médicos y 40 enfermeras de dos Instituciones sanitarias situadas en la ciudad de Quito, en el período 2016 – 2017, arrojó a las siguientes conclusiones:

- Se identificó la prevalencia del síndrome de Burnout con un 5% correspondiente al personal médico, el cual presenta un mayor nivel en la dimensión de agotamiento emocional, mayor nivel en despersonalización y menor nivel en la realización personal.
- No se evidenció una correlación entre el síndrome de Burnout y el neuroticismo. Sin embargo, se encontró que este rasgo de personalidad influye positivamente en las dimensiones que conforman el mismo, es decir, a mayor rasgo de neuroticismo mayor agotamiento emocional, mayor despersonalización y menor realización personal. Así se remarca que el rasgo de personalidad del neuroticismo es un factor de riesgo para el desarrollo del síndrome.
- Los datos permitieron identificar que en ambos grupos el rasgo de personalidad sobresaliente es el de extraversión.
- En el grupo que presentó el síndrome de Burnout se observó que a pesar de percibir una alta remuneración, tiene como factor estresante el tipo de contrato de trabajo: sector privado por prestación de servicios profesionales (68.4%), pues la inestabilidad se vincula con un sentimiento de angustia.
- Según los resultados, las estrategias de afrontamiento utilizadas por la población estudiada, son primordialmente de carácter activo y centrado en el problema. Esto al parecer interviene como variable de protección frente a los factores que podrían afectar el equilibrio general del individuo, y por lo tanto, frente al síndrome.
- Las estrategias de afrontamiento activas prevalecen en la población investigada. Las estrategias de afrontamiento pasivas son insignificativas.
- Con respecto a las variables del apoyo social, se encontró que el personal de enfermería presenta un nivel ligeramente inferior al de la población médica. Esta variable según los datos, se relacionó con la aparición de niveles llamativos en síntomas somáticos y síntomas de ansiedad en el personal de enfermería.

- En cuanto a las variables sociodemográficas, es de resaltar que el grupo donde se encontró la prevalencia del síndrome está compuesto mayoritariamente por hombres (75%), mostrándolos más susceptibles al agotamiento emocional y a la despersonalización. Esto mientras que el personal de enfermería, compuesto en su totalidad por mujeres, refleja menos índices de despersonalización y agotamiento emocional, con cifras menores en un 25% en ambas dimensiones respecto al grupo de los médicos.
- Otro factor sociodemográfico que resaltó, fue la pertenencia étnica de la totalidad del grupo de médicos, que es mestiza, frente al grupo de las enfermeras donde se evidenció una prevalencia de 10% de pertenencia étnica afroecuatoriana, llevando a preguntarse por las barreras educativas, socioeconómicas y estereotipos, que esta población puede encontrar en el campo de la profesión médica.

Se puede concluir que el síndrome Burnout conocido como “la epidemia laboral del siglo XXI (Marco, 2016) nos lleva a un punto importante de reflexión: considerar qué es el trabajo hoy, como afecta al individuo y cuáles son sus exigencias.

Es importante recalcar que el bienestar del profesional de salud, repercute directamente en la salud física y psicológica de la población, ya que el éste debería estar en condiciones de atender de manera cortés, relajada, profesional y empática, por lo tanto, a todos nos concierne esta problemática, ya que la enfermedad y la salud son problemas sociales no problemas individuales. Maglio (2012) sostiene: “La solidaridad no es una, es la única solución posible”.

RECOMENDACIONES

Las conclusiones de la presente investigación, permiten hacer las siguientes recomendaciones:

- A nivel organizacional, recalcar a las Instituciones Sanitarias la importancia en la toma de medidas de prevención, utilizando y promocionando estilos de vida saludables para el personal, respetando su cargo de trabajo, sus funciones, sus horarios, entre otros, para de esta manera aumentar y mejorar el rendimiento del personal afin de lograr un alto nivel de eficacia, eficiencia y bienestar. Esto se puede llevar a cabo organizando seminarios, cursos y encuentros con todo el equipo que ejerce en la institución.
- A nivel personal, para el personal médico y personal de enfermería, fortalecer la autoestima, la seguridad, el sentido de pertenencia y las relaciones interpersonales que como se ha observado son factores de contrapeso y prevención del desarrollo de éste síndrome. Este es un trabajo a nivel personal, para ello es importante contactar e integrar grupos de diferentes actividades, ya sean deportivas, musicales, culturales, etc.
- A nivel científico, es necesario profundizar con nuevas investigaciones en relación al síndrome de Burnout considerando de manera más exhaustiva la variable del género, en la medida en que esta influye en la orientación profesional, motivaciones personales y profesionales, grados de autoexigencia y estrés y adecuación personal frente a las exigencias sociales respecto al género.
- A nivel académico, resaltar a la Universidad Técnica Particular de Loja, la importancia de este tipo de investigaciones, sin embargo, disminuir y seleccionar la cantidad de cuestionarios que se aplican al personal investigado, para obtener de esta manera, el mejor rendimiento de cada individuo cuestionado.
- A nivel nacional, en la ciudad de Quito, como política pública, se debería concientizar al distrito metropolitano de la ciudad de Quito, de los factores de riesgo y de protección, para tomar las medidas necesarias en la prevención, en las instituciones de su jurisdicción.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 7 Graus. (s/f). *Significados.com.br*. Obtenido de <https://www.significados.com/trabajo/>
- Acosta, C. (11 de Diciembre de 2016). Qué carreras estudian las mujeres ecuatorianas? *El telégrafo*.
- Aguirre-Acevedo, D. C., Castilla Tang, J. F., Jaramillo Pérez, M. A., Ochoa Arizal, N. L., Oliveros Torres, M., Palacio Sañudo, J. E., . . . Rogers, H. L. (2012). *Validación en Colombia del cuestionario MOS de Apoyo Social*. Obtenido de International Journal of psychological research, Vol.5, N°1:
<http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=299023539016>
- Alatorre Wynter, E. (Enero - Abril de 2007). *La investigación en enfermería: Una mirada desde el enfoque de género*. Obtenido de Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM, vol.4, N°1, Año 4: <file:///C:/Users/User%202/Downloads/30302-64773-1-PB.pdf>
- Amador Guevara, J. (s.f.). *Hospital y Salud Pública*. Obtenido de <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v5n8/art3.pdf>
- Arnold, Randall, & al. (2012). *Psicología del trabajo*. México: Pearson Education.
- Baca, D. (2016). Confiabilidad y validez del Cuestionario de Apoyo Social en pacientes con cáncer. *Revista psicológica final IIPSI*, 177-190.
- Bitá. (1991). *Síndrome Burnout o del Agotamiento Profesional, México*. Obtenido de Monografías.com: www.monografías.com/trabajos91/sindrome-burnout-o-del-agotamiento-profesional/sindrome-burnout-o-del-agotamiento-profesional.shtml
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Breso. (2006). *Documento Divulgativo: Síndrome de estas quemado por el trabajo "burnout" III: Instrumento de Medición, España*. Obtenido de Notas Técnicas de Prevención NTP 732:
http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_732.pdf

- Bugel. (2003). *Fédération des maisons médicales, "Le burnout - quand s'ouvrent les portes du vide", Belgique*. Obtenido de Santé conjugée, N°32:
www.maisonmedicale.org/Sommaire-no32-Le-burn-out-quand-s.html
- Buzzetti. (2005). *Memoria para optar al título de psicólogo: "Validación del Maslach burnout Inventory (MBI), en dirigentes del colegio de profesores A.G. de Chile, Chile*. Obtenido de Universidad de Chile:
www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2005/buzzetti_m/sources/buzzetti_m.pdf
- Calin, & Garcés De Los Fayos Ruiz. (2010). El síndrome de Burnout. *Anales de psicología, España*, vol. 26, N° 1.
- Canoüi, P., Mauranges, A., & Florentin, A. (2008). *Le Burn-out a l'hôpital. Le syndrome de l'épuisement professionnel*. Paris: Elsevier Masson.
- Chorto, P., Olmedo, M., Sandin, B., Santed, M., & Valiente, R. (2002). Versión española del cuestionario EPQR-A abreviado: Análisis exploratorio de la estructura factorial. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, vol.7, N°3, 195-205. Obtenido de *Revista de psicopatología y psicología clínica*, vol. 7, N°3:
[/C:/Users/%204/cuestiona%20de%20personalidad%20EPQR-A.pdf](http://C:/Users/%204/cuestiona%20de%20personalidad%20EPQR-A.pdf)
- Coello, C. (25 de febrero de 2016). *Ecuador no tiene políticas de prevención contra el Burnout*. Obtenido de Redacción médica:
<http://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/ecuador-no-tiene-pol-tica-de-prevenci-n-contra-el-burnout-87258>
- Coello, C. (25 de Febrero de 2016). *Ecuador no tiene políticas de prevención contra el Burnout*. Obtenido de Salud laboral: <http://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/ecuador-no-tiene-pol-tica-de-prevenci-n-contra-el-burnout-87258>
- Colom Marañón, B. R. (2012). *Psicología de las diferencias Individuales*. España: Ediciones Pirámide.
- Concepto Definicion. (06 de junio de 2011). *Conceptodefinicion.de*. Obtenido de <http://conceptodefinicion.de/trabajo/>
- Cordes, C., & Dougherty, T. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *Academy of management*, 621-656.

- Curz Valdés, B., Austria Corrales, F., Herrera Kienhelger, L., & Salas Hernández, J. (Diciembre de 2011). *Prevalencia del síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento durante una epidemia por influenza AH1N1*. Obtenido de Suma psicológica, Vol. 18, N°2, Bogotá.:
<http://www.scielo.org.co/pdf/sumps/v18n2/v18n2a02.pdf>
- Cyrulnik, B. (24 de Septiembre de 2014). Le Burn-out. (D. LAUFER, Entrevistador)
- Díaz, Hernandez, & al. (2012). *Carga Mental de Trabajo*. España: 1ra. Edición.
- Díaz, S. (16 de junio de 2014). Burnout: cuando el tabajo te quema. *Clarín, Entremujeres*.
- Diccionario de la Lengua Española (DRAE). (2017). En A. d. española, *Diccionario de la Lengua Española (DRAE)*. Madrid, España: Espasa.
- ENIGHUR. (2012). *Resumen metodológico y principales resultados*. Quito: Inec.
- EUROPEAN WORKING CONDITIONS SURVEYS. (2015). *Fundación Europea para la mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo*. Obtenido de Eurofound:
www.eurofound.europa.eu/es/surveys/european-working-conditions-surveys/sixth-european-working-conditions-survey-2015
- Fernández-Ballesteros, R. (2012). *Evaluación psicológica*. Madrid: Pirámide.
- Fidalgo. (2000). *Documento Divulgativo: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" II: Consecuencias, evaluación y prevención, España*. Obtenido de Notas técnicas de Prevención NTP
705:www.insht.es/inshtWeb/Contenidos/Documentacion/.../NTP/Ficheros/.../ntp..._705.pdf
- Fidalgo. (2000). *Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" I: Definición y proceso de generación, España*. Obtenido de Notas técnicas de prevención NTP 704:
www.insight.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/.../NTP/Ficheros/.../ntp_704.pdf
- Flasco, M. C. (abril - junio de 2012). Las acciones afirmativas y el decreto 60. *Observatorio sobre discriminación racial y exclusión étnica, boletín informativo N°002*, 4-5.
- Flor Castello, L. P. (diciembre de 2012). "Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el hospital provincial general

docente de la ciudad de Riobamba". *Trabajo de fin de titulación*. Riobamba, Chimborazo, Ecuador.

Forbes Alvarez, R. (2011). El síndrome de burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa. *Exito empresarial, N°162*, 1-3.

Fromm, E. (2016). *L'art d'aimer*. Paris: Belfond.

Galan, & Camacho. (2012). *Estrés y Salud: Investigación básica y aplicada*. México: 1ra. Edición.

García García, K., Ferreira Salazar, C., Macías Leiva, L., Perez Avellaneda, A., & Tomisch, C. (2010). *Mujeres y Hombres del Ecuador en Cifras III*. Quito: Editorial Ecuador.

García Viniegras, C. (1999). Manual para la utilización del Cuestionario de Salud General de Goldberg. *Revista cubana de Medicina General Integral*, 88-97.

García, & Del Hoyo Delgado. (2002). *Documentos Divulgativos: "La Carga Mental de Trabajo"*, España. Obtenido de Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo:

www.insht.es/2F...%2FLa%2520carga%2520de%2520trabajo%2520mental%2Fcarga%2520mental.pdf&oq=www.insht.es%2F...%2FLa%2520carga%2520de%2520trabajo%2520mental%2Fcarga%2520mental.pdf&aqs=chrome...69i58j69i57.2797j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8

Gil-Monte, P., & Peiró, J. M. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de psicología, vol.15, N°2*, 261-268. Obtenido de Anales de psicología, vol.15, N°2:
http://www.um.es/analesps/v15/v15_2pdf/12v98_05Llag2.PDF

Gil-Monte, P. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de Burnout) en profesionales de enfermería. *Revista electrónica de psicología, Año1, N°1*, 19 - 33.

Godoy Fernández, C., Ríos, M., & Sánchez-Meca, J. (enero de 2011). *Síndrome de quemarse por el trabajo, personalidad resistente y malestar psicológico en personal de enfermería*. Obtenido de Anales de psicología, vol.27, N°1:
revistas.um.es/analesps/article/viewFile/113491/107481

- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M., & Florencia. (2007). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Revista Española de Salud Pública*, 215-230. Obtenido de Revista Española de Salud Pública vol. 83, N°2.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Herrera, G. P., Rodríguez, L., Sepulverda, G. J., & Vargas, S. P. (enero - junio de 2010). *Investigación en Enfermería: Imágen y Desarrollo*, Vol. 12, N°1. Obtenido de file:///C:/Users/User%202/Documents/Cuestionario%20de%20Afrontamiento%20Brief-COPE.pdf
- Hudek-Knezevic, J., Kapric, N., & Kardum, I. (2006). *Burnout in dispositional context: the role of personality traits, social support and coping styles*. Obtenido de Review of psychology, Vol.13, N°2:
<http://mjsec.ffzg.hr/revija.psi/vol%2013%202%202006/hudek%20et%20al.pdf>
- INEC. (2016). *Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo, Indicadores Laborales*. Quito: ENEMDU.
- INEC. (Febrero 2017). *Informe Ejecutivo Canastas analíticas febrero 2017*. Quito: INEC.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (mayo de 2017). *Indice de Precios al Consumidor (IPC) Canastas*. Obtenido de Canasta:
<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/canasta/>
- IOL, International Labour Organization. (2013). *LEGOSH Occupational Safety and Health, Suiza*. Obtenido de International Labour Organization:
www.iol.org/dyn/legosh/en/f?p=14100:1100:0::NO:1100:P1100_ISO_CODE3,P1100_YEAR:ECU,2013:NO
- Journal of Social Issues. (2013). *Staff Burn-out, "Herbert J. FEUDENBERGER"*. Obtenido de Wiley Online Library: www.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x/abstract
- Lara. (s.f.). *La Carga Mental de Trabajo*. Obtenido de Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo:

www.insht.es/Ergonomia2/Contenidos/Promocionales/Carga%20Mental/ficheros/DTE CargaMental.pdf

Ley Orgánica de Salud, 67/2006, Ley 67, Registro oficial, suplemento 423 (Congreso Nacional 22 de Diciembre de 2006).

Ley Orgánica de Salud, 67/2006, Ley 67, Registro oficial suplemento 423 (Congreso Nacional 22 de diciembre de 2006). Obtenido de Ministerio Coordinador de Desarrollo Social: http://www.desarrollosocial.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY_ORGANICA_DE_SALUD.pdf

Maglio, F. (16 de 03 de 2012). De qué y por qué nos enfermamos los trabajadores de salud: El Burnout como enfermedad laboral.

Manassero, M. A., García Buades, E., Torrens, G., Ramis, C., Vazquez, A., & Ferrer, V. (2005). Burnout en la enseñanza: Aspectos atribucionales. *Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones*, vol. 21, N° 1-2, 89-105.

Mansilla. (2012). *Manual de riesgos psicosociales en el trabajo: Teoría y Práctica*. España: Académica Española (EAE).

Millon, T., & Davis, R. (1999). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM IV*. Barcelona: Masson.

Miravalles. (s.f.). *Cuestionario de Maslach Burnout Inventory*. Obtenido de Gabinete de psicología: <http://www.javiermiravalles.es/sindrome%20burnout/Cuestionario%20de%20Maslach%20Burnout%20Inventory.pdf>

Montejo Martín, E. (2014). *El síndrome de Burnout en el profesorado de la ESO*. Obtenido de Universidad Complutense de Madrid: <http://eprints.ucm.es/28333/1/T35729.pdf>

Montesinos. (2010). *Tesis para obtener el grado de maestría en ciencias en Salud ocupacional, seguridad e higiene: "Estudio comparativo del síndrome de desgaste profesional en profesores del Instituto tecnológico de Orizaba y de la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía"*. Obtenido de Instituto Politécnico Nacional, Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía: [/www.repositoriodigital.ipn.mx/bitstream/handle/123456789/8862/EMMANUEL%20MONTESINOS%20GARCIA.pdf?sequence=1](http://www.repositoriodigital.ipn.mx/bitstream/handle/123456789/8862/EMMANUEL%20MONTESINOS%20GARCIA.pdf?sequence=1)

- Moreno. (2010). *Burnout asistencial: Identificación, prevención y medición en factores precipitantes, N° 11, España*. Obtenido de Revista Electrónica Internacional de la Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología:
www.psicolaciona.org/11/burnout.html
- Moreno-Jimenez, Gonzalez, & al. (2001). *Empleo, estrés y salud: "Desgaste Profesional (Burnout), Personalidad y Salud percibida", España*. Obtenido de Universidad autónoma de Madrid:
[//www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/Desgaste%20profesional-personalidad-y-salud-percibida.pdf](http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/Desgaste%20profesional-personalidad-y-salud-percibida.pdf)
- Mosquera, D. (10 de junio de 2016). *Médicos jóvenes están más expuestos al burnout*. Obtenido de Redacción médica:
<http://www.redaccionmedica.ec/secciones/profesionales/m-dicos-j-venes-est-n-m-s-expuestos-al-burnout-87988>
- Observatorio Vasco de acoso moral. (2012). *La Salud Mental de las y los trabajadores*. España: La Ley.
- OIT, Organización Internacional del Trabajo. (28 de abril de 2016). *"Estrés en el Trabajo: Un reto colectivo", Día Mundial de la Seguridad y la Salud en el Trabajo, Suiza*. Obtenido de Internacional Labour Organization: www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_466549.pdf
- OIT, Organización Internacional del Trabajo. (2016). *Trabajo decente y la agenda 2030 de Desarrollo Sostenible, obj. 8, Suiza*. Obtenido de Internacional Labour Organization: www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_470340.pdf
- Ortiz Parada, M. S., Castelvi Oyarce, M., Espinoza Cárdenas, L., Linqueo Sepúlveda, P., Parra Garrido, R., & Villagra Leal, E. (20 De Enero - Marzo de 2012). *Tipos de Personalidad y Síndrome de burnout en educadoras de párvulo en Chile*. Obtenido de Universitas Psicológica/ vol.11 / N°1:
<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/viewFile/657/1532>
- Paulhan. (2016). *Le concept de Coping, Francia*. Obtenido de L'année psychologique:
www.persee.fr/docAsPDF/psy_0003-5033_1992_num_92_4_29539.pdf

- Peinado, & Garcés de los Fayos Ruiz. (1998). Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: el síndrome del asistente desasistido. *Anales de psicología, España*, vol. 14, N° 1.
- Perruchoud. (2008). *Memoire de fin d'études: "Epuisement professionnel des soignants exerçant leur profession dans un service d'oncologie valaisan: état de lieux et prévention"*. Obtenido de Centre de Sion, Suiza: www.doc.rero.ch/record/10667/files/perruchous_jacinthe.pdf
- Roth, E., & Pinto, B. (Agosto de 2010). *"Síndrome de Burnout, Personalidad y Satisfacción Laboral en enfermeras de la ciudad de La Paz"*. Obtenido de Universidad Católica Boliviana San Pablo: <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v8n2/v8n2a4.pdf>
- Rubio Jiménez, J. C. (2003). *Fuentes de estrés. Síndrome de Burnout y Actividades disfuncionales en Orientadores de Instituto de Enseñanza Secundaria*. Badajoz: Universidad de Extremadura.
- Saavedra San Roman, A. I. (8 de Enero de 2013). *Relacion entre género y salud en los profesionales de enfermería*. Obtenido de Universidad Complutense de Madrid: <http://eprints.ucm.es/21688/1/T34528.pdf>
- Schwartzmann, L. (2004). *Estrés laboral. Síndrome de Desgaste (quemado)*. Obtenido de ¿Estamos hablando de lo mismo?: www.cienciaytrabajo.cl
- Thomaé, M. N., Ayala, A., Sphan, M. S., & Stortti, M. A. (Enero de 2006). *Etiología y Prevención del síndrome de Burnout en los trabajos de salud*. Obtenido de Revista de Post-grado de la Vía. Cátedra de Medicina, N°153: http://med.unne.edu.ar/revista/revista153/5_153.pdf
- Vazquez. (2012). *Trabajo de titulación: "Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en la Clínica San Francisco de la ciudad de Quito"*. Ecuador: Universidad Técnica Particular de Loja.
- Velazquez. (2011). *"Impacto Laboral del Estrés"*. España: Lettera publicaciones, 1ra. Edición.
- Wade, D., Cooley, E., & Savicki, V. (1986). A longitudinal study of burnout. *Children and youth Services Review*, 161-173.

Zapata. (2012). *El síndrome de Burnout y los Trabajadores sociales Municipales. Un acercamiento*. Chile: UNIVERSIDAD ARTURO PRAT.

ANEXOS

ANEXO 1

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

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

Datos Personales

Género Masculino Femenino

Edad ____ años

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

La zona en la que trabaja es: Urbana Rural

Etnia Mestizo Blanco Afro ecuatoriano Indígena

Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado o separado Unión Libre

Número de Hijos: _____

Recibe su remuneración salarial: si no

La remuneración se encuentra entre:

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

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

Datos Laborales

Profesión: Médico/a Especialidad de medicina en: _____
Enfermera

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado Público Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales Ninguno

Horas que trabaja Diariamente _____
Trabaja usted en turno SI No

Durante la jornada del trabajo que porcentaje dedica a la atención de pacientes:
Ninguno 25 % 25-50% 50-75% 75% o más

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

Totalmente Medianamente Poco Nada

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

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

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

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

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

ANEXO 2

Cuestionario Maslach Burnout Inventory (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							
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							
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.							

ANEXO 3

Cuestionario de Salud Mental (GHQ – 28)

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

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

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

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

Modificado de la versión original de Goldberg (1970). Versión Lobo y Cols (1981).

ANEXO 4

Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (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	He estado haciendo esto un poco	He estado haciendo esto	He estado haciendo esto

1. Me he estado centrando en el trabajo y otras actividades para apartar mi mente de cosas	0	1	2	3
2. He estado concentrando mis esfuerzos en hacer algo acerca de la situación en la que	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,	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 5

Cuestionario (MOS) de Apoyo Social

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

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

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

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

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

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

ANEXO 6

Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck (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 está 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 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).

ANEXO 7

Consentimiento informado

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

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

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

FECHA:

NOMBRE:

NUMERO DE CEDULA:

.....

FIRMA