

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja



AREA SOCIOHUMANISTICA

TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA

Identificación del Síndrome de Burnout en una Institución de Salud en el sector norte de la ciudad de Quito durante el año 2017

TRABAJO DE TITULACION

AUTOR: Rodríguez González, Cesar David

DIRECTOR: Mgtr. Espinosa Iñiguez, Jhon Remigio

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO

2018



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

Septiembre, 2018

APROBACION DEL DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACION

Director

Mgr. Jhon Remigio Espinosa Iñiguez

DOCENTE DE LA TITULACION

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación Identificación del Síndrome de Burnout en una Institución de Salud en el sector norte de la ciudad de Quito durante el año 2017 realizado por Cesar David Rodríguez González, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, abril del 2018

f)

DECLARACION DE AUTORIA Y CESION DE DERECHOS

Yo Cesar David González declaro ser autor del presente trabajo de titulación: de la Identificación del Síndrome de Burnout en una Institución de Salud en el sector norte de la ciudad de Quito durante el año 2017 titulación de Psicología siendo el Mgtr. Jhon Espinosa Iñiguez 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 invertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del artículo 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 que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la universidad".

F.....

Rodríguez González Cesar David

C.I 1752359966

DEDICATORIA

A Dios por su provisión integral para alcanzar este título universitario, el apoyo constante de mi esposa hermosa e incondicional *Pilar Carrillo* y a los dos valientes que Dios me ha regalado como herencia *Matteo* y *Sergio Paulho*, los cuales son mi inspiración y motivación para alcanzar mis logros.

AGRADECIMIENTO

A Dios por su grandeza en colocar este sueño y permitirme conquistar la profesión de psicólogo.

A la Universidad Técnica Particular de Loja, a cada uno de los profesores en sus distintas cátedras que son el aporte para que yo pueda servir y ejercer profesionalmente como psicólogo a la sociedad.

A Ecuador mi segundo hogar, es el lugar que me permite alcanzar este sueño por medio de esta querida institución y por aquellos que se esfuerzan fuera de su propio país día a día.

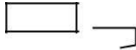
A cada uno de los integrantes del tribunal de grado por sus directrices y asistencia para alcanzar un trabajo de tesis eficiente.

A Mgtr. Jhon Remigio Espinoza Iñiguez como director del trabajo de titulación.

A Mgtr. Rosario Amapola Matute Piedra, presidenta del tribunal.

A Mgtr. José Fernando Negrete Zambrano, vocal uno.

A Yonny Cecilia Tamayo Montero, vocal dos.

Valiente no es el que comienza un desafío, valiente es el que lo termina. 

En una cima alcanzada siempre hay otra por conquistar.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARATULA	i
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORÍA.....	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
RESUMEN.....	1
ABSTACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPITULO 1. MARCO TEORICO.....	5
1.1. Conceptualización del burnout	6
1.2. Desarrollo del término	7
1.2.1. Definiciones de la década 1970.....	7
1.2.2. Definiciones de la década 1980.....	8
1.2.3. Definiciones de la década 1990.....	8
1.2.4. Definiciones de la década 2000.....	9
1.2.5. Definiciones de la década 2010 hasta la actualidad.....	10
1.3. Prevención	11
1.4. Desarrollo y fases del proceso de burnout.....	11
1.4.1. Fase inicial de entusiasmo.	12

1.4.2. Fase de estancamiento.....	12
1.4.3. Fase de frustración	12
1.4.4. Fase de apatía... ..	12
1.4.5 Fase de quemado.....	12
1.5. Modelos de burnout según autores.....	13
1.5.1. Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983).....	13
1.5.2. Leiter y Maslach (1988)	13
1.5.3. Leiter (1993)... ..	14
1.5.4. Lee y Ashforth (1993)	14
1.5.5. Gil-monte, Peiró y Valcárcel (1995)	14
1.6. Consecuencias del Burnout... ..	15
1.7. Modelos basados desde la teoría socio cognitiva.....	18
1.7.1. Modelo de competencia social de Harrison	18
1.7.2. Modelo de autoeficacia de Cherniss.....	19
1.7.3. Modelo de Pines... ..	19
1.7.4. Modelo de autocontrol de Thompson, Page, Cooper	20
1.8. Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social	20
1.8.1. Modelo de comparación social de Buunk y Shaufeli	20
1.8.2. Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freddy.....	21
1.9. Modelos desarrollados desde la Teoría Organizacional.....	21
1.9.1. Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter.....	21
1.9.2. Modelo de Winnubs... ..	21
1.9.3 Modelo de Cox, Kuk y Leiter... ..	22

1.10. Modelos sobre el proceso del síndrome de quemarse en el trabajo.....	22
1.10.1. Modelo tridimensional de Mbi- Hss (Maslach y Jackson)	22
1.10.2. Modelo de Edelwich y Brodsky	22
1.10.3. Modelo de Price y Murphy	23
CAPITULO 2. METODOLOGIA.....	25
2.1. Objetivos.....	26
2.1.1. Objetivo específico.....	26
2.2. Preguntas de investigación.....	27
2.3. Contexto de la investigación	27
2.4. Diseño de investigación.....	27
2.5. Muestra.....	28
2.6. Los criterios considerados para seleccionar la muestra	28
2.6.1. Procedimiento	28
2.6.2. Instrumentos.....	29
2.6.2.1 Inventario de burnout de Maslach (Maslach Burnout Inventory) [Mbi-hss]..	29
2.6.2.2. Cuestionario de salud mental (ghq-28); (Goldberg y Hillier, 1979; versión española de Muñoz, Vázquez-Barquero, Rodríguez, Pastrana y Varo, 1979).....	30
2.6.2.3. Escala multidimensional de evaluación de los estilos de afrontamiento (Brief- Cope).....	30
2.6.2.4. Cuestionario MOS de apoyo social. (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Steward, 1991; versión española Revilla, Luna del Castillo, Bailón y Medina, 2005)	31

2.6.2.5. Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck. Epqr-a; Francis, Brown y Philipchalk, 1992; versión española de Sandín, Valiente y Chorot 1999)	32
CAPITULO 3. RESULTADOS Y ANALISIS	33
3. Resultados y análisis...	34
3.1. Variables socio demográficas.....	34
3.2. Inventario de burnout de Maslach burnout Inventory (MBI); Maslach y Jackson.....	36
3.3. Cuestionario de salud general (Ghq-28).....	37
3.4. Cuestionario de afrontamiento (Brief-cope)	38
3.5. Cuestionario de apoyo social (AP).....	39
3.6. Cuestionario de personalidad (Epqr-a).....	40
CAPITULO 4. DISCUSION.....	41
Conclusiones.....	45
Recomendaciones.....	47
BIBLIOGRAFÍA.....	49

RESUMEN

El presente estudio identifica la prevalencia del Síndrome de Burnout en Profesionales de la Salud y factores asociados, y se realizó en una Institución de Salud Pública en el sector norte de la ciudad de Quito durante el año 2017, sobre una muestra de 10 médicos y 10 enfermeras.

El diseño de investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, de carácter transeccional-descriptivo y transversal con un alcance exploratorio y descriptivo. Para la recolección de datos se utilizaron 6 instrumentos provistos por el equipo de investigación de la UTPL: Cuestionario Sociodemográfico-laboral, Inventario de burnout de Maslach, Cuestionario de salud general, Inventario COPE-28, Cuestionario de apoyo social, Cuestionario de personalidad de Eysenck.

El análisis de datos permitió concluir que no existe prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos, y si existe prevalencia del síndrome en enfermeras en un 10%. Los resultados más sobresalientes de este estudio se encuentran en la salud, el 40% de los médicos con síntomas somáticos y la ansiedad en un 50% en los médicos la población más afectada. El amor y el cariño son el apoyo social percibido por médicos y enfermeras.

PALABRAS CLAVES: Maslach Inventory (MBI), síndrome, prevalencia, burnout.

ABSTRACT

The present study identifies the prevalence of Burnout Syndrome in Health Professionals and the Possible Benefits, and was carried out in a Public Health Institution in the northern sector of the city of Quito during the year 2017, on a sample of 10 physicians and 10 nurses.

The research design is focused on a quantitative, cross-sectional and transversal approach with an exploratory and descriptive scope. For the collection of data, 6 instruments are used for the UTPL research team: Sociodemographic-labor questionnaire, Maslach burnout inventory, General health questionnaire, COPE-28 inventory, Social support questionnaire, Eysenck personality questionnaire.

The data analysis concludes that there is no prevalence of Burnout Syndrome in physicians, and there is a 10% prevalence of the syndrome in nurses. The most outstanding results of this study are in health, 40% of physicians with somatic symptoms and 50% anxiety in physicians the most affected population. Love and affection are the social support perceived by doctors and nurses.

KEYWORDS: Maslach Burnout Inventory (MBI), syndrome, prevalence.

INTRODUCCION

Burnout es una palabra que tiene como significado estar quemado, desgastado emocionalmente perder el entusiasmo por el trabajo. Quinceno y Vinaccia, (2007) El síndrome el cual significa el grupo de síntomas y signos que revelan la alteración de una función somática, relacionados unos con otros por medio de alguna peculiaridad anatómica, fisiológica o bioquímica del organismo.

Freudenberg (1974, citado por Apiquian, 2007) describe:

En el trabajo desempeñado en una clínica para toxicómanos en Nueva York. observó que en la mayoría de los voluntarios de la clínica había una pérdida de energía progresiva hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y depresión, así como desmotivación en el trabajo y agresividad con los pacientes al cabo de un año de estar laborando. Burnout aparece como la sensación de fracaso ante demandas constantes en situaciones de trabajo el cual implica adaptaciones de manera continua acompañada de stress generado ante tales eventos o responsabilidades. (p. 43)

El trabajo de investigación está distribuido en cinco capítulos los cuales se definen en el capítulo 1 marco teórico, capítulo 2 metodología, capítulo 3 resultados y análisis, el capítulo 4 discusión y capítulo 5 conclusiones y recomendaciones.

Stavruola, Griggiths, y Cox. (2004, pp2-5) afirman que:

Los empleadores no pueden proteger a sus empleados contra el estrés originado fuera del trabajo, pero sí pueden protegerlos contra el estrés derivado de su actividad laboral. La legislación exige a los empleadores que se ocupen de la salud y seguridad de sus trabajadores. Se considera que esta obligación incluye la gestión de los riesgos asociados al síndrome burnout laboral y sus efectos en la salud mental y física. Los empleadores deberían familiarizarse con la legislación en relación a este síndrome.

En nuestro contexto “Rivera Delgado clasificó el Burnout en tres diferentes niveles: bajo, moderado, alto. Observó que las especialidades con nivel alto fueron las de anestesiología, nefrología, geriatría, psiquiatría, cirugía plástica, endocrinología y ortopedia” (Cialzeta, 2013, p.16).

“En Guadalajara, se encuestó a 197 médicos de familia que trabajaban en dos instituciones de salud, utilizando el Inventario de Maslach. Observó una prevalencia de burnout del 41,8%, especialmente en solteros. El 14,3% refirió además estar desmotivado para realizar su trabajo” (Beltrán, et al., 2005).

Se reconoce que este síndrome burnout es uno de los principales problemas para la salud de los trabajadores y el buen funcionamiento de las entidades para las que trabajan. El empleado que se encuentra estresado tiene más factores de riesgos para ser afectado en su salud con enfermedades, al manifestar poca motivación, ser menos productivo y disminuir su seguridad laboral.

Esta investigación se realiza para considerar la influencia del síndrome burnout en el personal de médicos y enfermeras a nivel nacional para considerar los pasos a seguir en cuanto a la consideración de su influencia como síndrome en las vocaciones de todos aquellos que han desarrollado un trabajo en salud.

En los profesionales de la salud no se asimila o se resiste que se evidencie la duda, miedo, aprensión e incertidumbre en su colectivo o de manera individual. Tampoco de los cambios subjetivos que nos ocasiona estar en contacto directo con el dolor, la demanda y el sufrimiento de un ser humano. Trabajadores de la salud también podíamos “sufrir” y experimentar psíquica y físicamente ese sufrimiento, que muchas veces pasa desapercibido. (Beltrán, et al., 2005)

Estructurado el informe, la prevalencia del síndrome de burnout y sus tres dimensiones agotamiento emocional, despersonalización, la calificación es baja realización en médicos y enfermeras de una institución de salud al norte de la ciudad de Quito, durante el año 2017.

Los objetivos de la investigación se centran en:

La caracterización de la muestra socio demográfico y laboral investigada en los médicos y enfermeras de la institución de salud al norte de la ciudad de Quito, durante el año 2017. Determinar las dimensiones del burnout en la muestra investigada en los médicos y enfermeras de la institución de salud al norte de la ciudad de Quito, durante el año 2017. Identificar el malestar emocional de la muestra investigada en los médicos y enfermeras de la institución de salud al norte de la ciudad de Quito, durante el año 2017.

Conocer los modos de afrontamiento más utilizados de los profesionales de salud de médicos y enfermeras de la institución de salud al norte de la ciudad de Quito, durante el año 2017. Identificar el apoyo social procedente de la red social: vínculos informales y vínculos del lugar de trabajo en profesionales de la salud de médicos y enfermeras de la institución de salud al norte de la ciudad de Quito, durante el año 2017.

Identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de instituciones sanitarias en los médicos y enfermeras de la institución de salud al norte de la ciudad de Quito, durante el año 2017. La población objeto de este estudio fue el personal médico y de enfermería que laboran en una institución de salud privada ubicada al norte de la ciudad de Quito.

CAPITULO 1
MARCO TEORICO: SINDROME BURNOUT

1.1. Conceptualización del burnout.

La actividad del hombre desde sus inicios como parte de una comunidad productiva podría ser la agrícola o artesanal entre otras que fueron básicas, estas requirieron de tareas que se volverán complejas y diversas a través del tiempo, los elementos externos e internos que fue viviendo para desarrollar estas funciones iba repercutiendo en cómo se relacionaba con el ambiente para no solo demandar de él en desarrollar una productividad para sustento de su familia y de colaboración con su medio.

Los efectos del desgaste físico como primera transformación pero también de modificaciones de su comportamiento y pensamiento. Quiñones (2013) era individuo dispuesto y solo considerado al trabajo pero no considerado como un trabajador.

El paso de las distintas épocas que ha vivido el ser humano en la historia se encuentra con espacios laborales distintos como labrar la tierra o administrar su medio natural, se desarrolla el conocimiento con los primeros sabios presocráticos donde se considera en el pensamiento griego que el hombre en su trabajo no es solo un cuerpo sino también se incluye el espíritu, el neuma en la palabra griega para el antiguo griego Koine y también o finalmente el alma para encerrar la concepción de un hombre tricotomo, este último elemento de la persona como es el alma, es el que podría ser como un primer panorama primitivo de mostrar al hombre que involucra sus emociones que lo hace ser un mejor o peor sujeto productivo en su contexto social, laboral y propio Barañano (2010).

El hombre es un ser que evoluciona en sus distintas etapas y por este motivo busca el bienestar y obtener el sentido de superación a través de logros relacionales, económicos, laborales, académicos, deportivos entre otros, para llegar a alcanzar estos eventos para una vida mejor, con el proceso va perdiendo su razón de hacer en su determinada actividad al involucrarse de tal forma que la actividad que era buena y podría ser satisfactoria va luego perdiendo poco a poco ese matiz inicial (Borrero, 2008).

Las distintas acciones o demandas que requiere el campo laboral desde sus diversas ocupaciones y cargos, demandan una actividad esforzada y diligente con sus propios recursos de acuerdo a las exigencias y el contexto que se realicen, el individuo debe aplicar distintas destrezas, físicas, mentales y psicológicas para desarrollar el campo laboral de la mejor manera posible.

El constructo "Burnout" deriva del término anglosajón, cuya traducción es "estar quemado", "exhausto", "desgastado", "perder la ilusión por el trabajo". El Síndrome de Burnout es un trastorno de orden psicológico que afecta y altera la capacidad laboral de las personas (Marrau, 2004).

1.2 Desarrollo del término.

1.2.1. Definiciones de la década 1970.

La variedad de definiciones de concepto de burnout en el ámbito del comportamiento clínico es variada desde la aparición del mismo en el año de 1974 por parte de Freudenberg "sensación de fracaso y una existencia agotada o desgastada que resulta de una sobrecarga de exigencias de energías, recursos personales y fuerza espiritual del trabajador" (Apiquian, 2007)

Mesa (2017) El desgaste físico y emocional que provoca la atención a las personas que laboran en espacios clínicos para atender pacientes que van demostrando un síndrome y es denominado porque "se caracteriza por agrupar diversos síntomas de una determinada enfermedad o bien puede describir al grupo de fenómenos propios de una situación específica" (p. 204).

El abordaje inicial de estos síntomas se convierte posteriormente en la base para posteriores investigaciones que parten con el criterio que existe sensaciones negativas y condiciones emocionales contrarias en los trabajadores por el desarrollo de sus actividades.

1.2.2. Definiciones de la década 1980.

Según Maslach (1982) la definición de burnout la define “el síndrome de agotamiento emocional, despersonalización, realización personal reducida que puede desarrollarse en actividades que tienen como objeto el trabajo con otras personas”.

De acuerdo a Maslach (1982, citado por Marrau, 2004) Las evidencias que afectan al individuo en el inicio de la aparición de esta enfermedad, se presenta en etapas y son:

- 1.- Exceso de trabajo.
- 2.- Sobre esfuerzo que lleva a estados de ansiedad y fatiga.
- 3.- Desmoralización y pérdida de ilusión.
- 4.- Pérdida de vocación, decepción de los valores hacia los superiores. (p.55)

En esta década se presenta la consideración del burnout por medio de un esquema de evolución propiamente y en la consideración de los diversos comportamientos que se originan en los trabajadores.

1.2.3. Definiciones de la década 1990.

Una definición importante en esta década fue la de klarreist, (1990), en donde establece que el desarrollo del Bornout es un proceso de deterioro progresivo emocional que se determina por cuatro fases en la siguiente manera: En la primera fase el individuo se encuentra preparado psicológica y físicamente para triunfar, a esto le suma grandes expectativas e ilusiones.

La segunda fase esta denominada como desilusión, ya que esta inducida por la insatisfacción de grandes demandas y expectativas, a pesar de que este individuo está desesperado por conseguir el éxito, aparece la desilusión, irritación e inseguridad y a pesar de haber perdido las esperanzas sigue teniendo en mente su trabajo. La tercera fase es la frustración que tiene como característica la irritabilidad y la falta de moderación es así que de esta manera que el individuo pierde el entusiasmo que tenía y hace culpable a los demás por su falta de éxito y muestra su dureza y cinismo, cae en irresponsabilidad y pierde confianza en su propia capacidad. La cuarta y última fase se debe a que el individuo en su desesperación siente que todo está perdido tiene

sentimientos de fracaso, de apatía, desgracia, soledad e aislamiento. De esta manera podemos decir que experimenta un cuadro de depresión.

Los registros de comportamientos demostrados por los trabajadores evidencian un descenso en el estado emocional paulatino y que tiene como característica una disminución de los recursos propios del individuo para poder cumplir de manera óptima su propio trabajo.

Gil Monte y Peiró (1997; Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 1998 citado por Marrau, 2004) han señalado que esta respuesta aparece cuando fallan las estrategias de afrontamiento; En esta situación, la respuesta desarrollada son sentimientos de baja realización personal en el trabajo y de agotamiento emocional. (p. 55)

El desgaste emocional, físico intelectual y frente a las demandas diarias llevan que la persona que trabaja, viva repercusiones en toda su esfera que le rodea como persona y específicamente va a quitar brillo a su desempeño y a lo óptimo de su trabajo.

1.2.4. Definiciones de la década 2000.

En los últimos años se ha dado un material diverso de investigación, sobre el burnout en los distintos ámbitos a partir del análisis o consideración de distintas profesiones, una de ellas es, el criterio del burnout a partir de un modelo de estrés de la siguiente manera: El modelo de estrés esfuerzo recompensa, Siegrist y Peter, (2000) la base explicativa del desgaste profesional. Teóricamente asume tres principios básicos:

1. Hipótesis extrínseca del desequilibrio esfuerzo-recompensa propone que altos esfuerzos en combinación con bajas recompensas incrementan el riesgo de problemas de salud.
2. Hipótesis Intrínseca de la sobre implicación, una elevada sobre implicación puede incrementar el riesgo de salud.
3. Hipótesis de Interacción, las personas que reporten un desequilibrio extrínseco, esfuerzo-recompensa y a su vez elevados niveles de sobre implicación, tendrán un mayor riesgo de padecer problemas de salud.

Este modelo demuestra los desgastante que se dan en los profesionales, es importante considerar la interacción de variables en el sitio de trabajo y en el trabajador, esta consideración es vital para la comprensión debida de este síndrome, estas consideraciones en el aspecto de las personas que trabajan en la salud se van demostrando en el desenvolvimiento de sus funciones y sus factores internos y externos.

El síndrome de burnout se presenta con actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con quienes trabajan, y hacia el propio rol profesional, así como la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. (Gil-Monte, U una investigación sobre estrés laboral y el síndrome de estar quemado, 2004).

Las evidencias estructuran que la persona que trabaja y llega a experimentar el Burnout tiene una afectación hacia los demás y hacia sí mismo por medio de conflictos que se van ampliando de acuerdo a la manifestación del propio síndrome.

La prevención primaria es una formación que debe realizarse en el campo laboral de manera continua para cuidar de las personas en sus campos de acción, esto logra resultados mejores, La dinámicas de los roles de trabajo serán más eficaces y se mantendrá su buen desempeño en el tiempo al reconocerse que hay una amalgama de condiciones que facilitan o no la condición de sentirse quemado, el campo laboral es una condición para una vida que goce de bienestar pero si se observa y se toma las consideraciones de los elementos respectivos que ayuden a la prevención.

1.2.5. Definiciones de la década 2010 hasta la actualidad.

En el desarrollo de este periodo, encontramos estas definiciones (Alvarez,2011) expresa; El síndrome de Bornout es un desgaste profesional u ocupacional que se origina como una respuesta a presiones continuas, y como consecuencia el individuo presenta factores estresores interpersonales y emocionales que son relacionados con su desempeño laboral.

“Se considera al estrés laboral como una interacción desfavorable entre los atributos del trabajador y las condiciones del trabajo y al síndrome de Bornout, como

resultante del estrés crónico caracterizado por el agotamiento, despersonalización y baja realización personal” (Valdiviezo y López, 2017,p.30).

Los efectos de esta condición del Burnout pueden evidenciar que el estrés esta contenido conjuntamente con la depresión, como partes de la demostración propia de este síndrome.

1.3. Prevención.

En el campo laboral es pertinente la prevención y desarrollarla de manera continua, considerando todos los alcances que presenta para cuidar de la salud emocional, relacional y profesional de los trabajadores, a partir de una acción directiva y participativa de todo el colectivo.

Hernández (2014) en prevención de síndrome burnout se identifica así:

- Prevención primaria: es la más coherente con los principios de un sistema de una gestión de la prevención de riesgos laborales porque se dirigen a la organización y a las conductas de grupo. Como medidas de gestión y comunicación se deben asegurar apoyos adecuados a la actuación de individuos y equipos de trabajo.
- Prevención secundaria: se orienta a los individuos provocando cambios en las actitudes de las personas y mejorando sus recursos de afrontamiento para su trabajo.
- Prevención terciaria: afronta los daños ocasionados en la salud, por lo que no es propiamente una prevención sino reparación. (p10-11)

1.4. Desarrollo y Fases del proceso de burnout.

Un síndrome demuestra unas patologías específicas las cuales se van a describir para que sirvan y para determinar cuál es la realidad psicológica que está soportando un individuo, en esta consideración esta la exposición de Vega (2001) Integrando los diversos estudios que describen la transición por etapas del síndrome de quemarse en el trabajo, se pueden destacar cinco fases en el desarrollo del síndrome:

1.4.1. Fase inicial, de entusiasmo.

Se experimenta, ante el nuevo puesto de trabajo, entusiasmo, gran energía y se dan expectativas positivas. No importa alargar la jornada laboral.

1.4.2. Fase de estancamiento.

No se cumplen las expectativas profesionales. Se empiezan a valorar las contraprestaciones del trabajo, percibiendo que la relación entre el esfuerzo y la recompensa no es equilibrada. En esta fase tiene lugar un desequilibrio entre las demandas y los recursos (estrés); por tanto, definitoria de un problema de estrés psicosocial. El profesional se siente incapaz para dar una respuesta eficaz.

1.4.3. Fase de frustración.

Se puede describir una tercera fase en donde la frustración, desilusión o desmoralización hace presencia en el individuo. El trabajo carece de sentido, cualquier cosa irrita y provoca conflictos en el grupo de trabajo. La salud puede empezar a fallar y aparecer problemas emocionales, fisiológicos y conductuales.

1.4.4. Fase de apatía.

En la cuarta fase se suceden una serie de cambios actitudinales y conductuales (afrontamiento defensivo) como la tendencia a tratar a los clientes de forma distanciada y mecánica, la anteposición cínica de la satisfacción de las propias necesidades al mejor servicio al cliente y por un afrontamiento defensivo evitativo de las tareas estresantes y de retirada personal. Estos son mecanismos de defensa de los individuos.

1.4.5 Fase de quemado.

Colapso emocional y cognitivo, fundamentalmente, con importantes consecuencias para la salud. Además, puede obligar al trabajador a dejar el empleo y arrastrarle a una vida profesional de frustración e insatisfacción.

Esta descripción de la evolución del síndrome de quemarse en el trabajo tiene carácter cíclico. Así, se puede repetir en el mismo o en diferentes trabajos y en diferentes momentos de la vida laboral.

1.5. Modelos de Burnout Según Autores.

1.5.1. Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983).

En este modelo Miravalles (2013) describe como:

Modelos elaborados desde la teoría organizacional. En estas teorías pone énfasis en los estresores organizacionales y en las estrategias de afrontamiento empleadas. Todos incluyen el síndrome de quemarse como respuesta al estrés laboral. Como el modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983). Para estos autores el Síndrome Burnout tiene tres dimensiones: despersonalización, baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional. El estrés laboral está generado básicamente por una sobrecarga laboral y por pobreza de rol. (párr. 32)

El estrés y el afrontamiento son catalizadores que se manifieste de manera paulatina o rápida el síndrome de burnout.

1.5.2. Leiter y Maslach (1988).

Desde este planteamiento, los sentimientos de cansancio emocional son el elemento central del Síndrome, generando despersonalización (intento fallido de manejar los sentimientos persistentes de cansancio emocional mediante el distanciamiento personal) y falta de realización personal en el trabajo, además de otras consecuencias (aumento del absentismo o falta de compromiso con el trabajo) (Leiter, 1988). Concretamente, señalan que como consecuencia de los estresores laborales, los sujetos desarrollan sentimientos de cansancio emocional que, posteriormente, dan lugar a la aparición de actitudes de despersonalización orientadas hacia su trabajo, y como consecuencia de todo ello pierden el compromiso personal de implicación en el trabajo.

1.5.3 Leiter (1993).

Leiter (1989) relata una secuencia en la que el fenómeno vendría iniciado por el Cansancio Emocional asociado a la sobre exigencia de las tareas, al cual el trabajador reaccionaría aislándose mediante la Despersonalización, con un trato desinteresado hacia los clientes, la ausencia del compromiso con el trabajo, lo que redundaría en el

agotamiento, y llevaría a la persona a la percepción de una baja realización personal por los 16 escasos resultados derivados de su esfuerzo diario, dando como resultado al síndrome.

En este nuevo modelo se mantiene la relación hipotetizada entre cansancio emocional y despersonalización, es decir, la respuesta inicial del sujeto ante los estresores del entorno son los sentimientos de cansancio emocional, que según aumentan y se cronifican se desarrollan actitudes de despersonalización como una manera de abordarlos.

1.5.4. Lee y Ashforth (1993).

Los resultados de estudio realizados, sugieren que el estrés de rol afecta directamente el agotamiento emocional y está relacionado con la despersonalización indirecta a través de la dimensión de agotamiento emocional. Asimismo, en un meta-análisis realizado por Lee y Ashforth (1996), se observa que diferentes estresores laborales (ambigüedad y conflicto del rol, sobrecarga, eventos estresantes, estrés del rol y presión en el trabajo) correlacionan de modo más intenso con la dimensión agotamiento emocional. No obstante, también se observó una relación positiva entre las variables y los sentimientos de despersonalización en el trabajo.

1.5.5. Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995).

Se integran las emociones y condiciones como variables mediadoras en relación al Burnout y las respuestas conductuales. Es decir el Burnout se manifiesta con el desarrollo de:

1. Bajos sentimientos en la realización personal en el puesto de trabajo.
2. Altos sentimiento de cansancio emocional.
3. Despersonalización como una estrategia de afrontamiento.

Una alternativa a las insuficiencias de las perspectivas anteriores, desarrollan una visión del proceso del Síndrome de Burnout en la que se integra el papel de las cogniciones y emociones como variables mediadoras en la relación entre el estrés laboral percibido y las respuestas actitudinales y conductuales. En este sentido, el síndrome se inicia con el desarrollo de bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y paralelamente altos sentimientos de cansancio emocional, surgiendo las actitudes de despersonalización

como estrategia de afrontamiento, ante la experiencia crónica de las otras dos dimensiones.

Cada uno de los autores propone las características relevantes del síndrome Burnout a partir de sus propias investigaciones donde se confirma que las condiciones emocionales se presentan de forma negativa y se demuestran regulares funciones de desempeño, distanciamiento emocional y agotamiento con tendencia a elevarse.

1.6. Consecuencias del burnout.

Las consecuencias que se originan en el síndrome de burnout son variadas en el campo de las que están con la responsabilidad de los distintos pacientes, según el estrés de los médicos y enfermeras la presión que tiene en la actividad médica de acuerdo a Cooper (1997) Las principales fuentes de presión en la profesión médica es la falta de apoyo gubernamental, falta de información sobre la puesta en práctica de los cambios, los cambios inherentes a la profesión, salario no apropiado al volumen de trabajo, falta de tiempo de relax, de no interacción, ser un buen médico no implica ser ascendido.

Las consecuencias se pueden encontrar en la organización donde se encuentra la persona que es médico o aquella que tiene la responsabilidad de brindar atención a la salud, cada organización tiene sus propios estándares, políticas y expectativas de lo que debe hacer en determinada persona en una función que le corresponde o es asignada. La relación ascendente o descendente puede marcar ritmos distintos de estrés dentro del desenvolvimiento de un sujeto.

La actividad que hace también tiene ciertos efectos, podría darse un rol en el cual la persona demostrar los conocimientos para su tarea y poseer el capital experiencial para realizarlo pero el contacto continuo con las personas que debe interactuar, asistir o atender desde distintas formas de relacionarse sea cliente, paciente, estudiante lleva a que su rol tenga dificultades en desempeñarse, y no lograr objetivos, convirtiéndose que en un inicio era un rol agradable y dispuesto ahora sea ambiguo para ejecutar.

Las decisiones que el sujeto que trabaja en el campo de la salud cuando se involucra en determinaciones que tienen que ver con las personas puede presentar despersonalización

posterior en su función, perdiendo empatía, sensibilidad y menos consideración al ejercer una función que luego puede convertirse en mecánica y con despropósito al final.

La consecuencia de tener redes de apoyo débiles o ausentes es un factor preponderante para la existencia o la futura evolución hacia un burnout, el apoyo con los otros es necesario de forma continua para desarrollar una vida más amena, la falta de ellos crea un desbalance muy importante en mantener una dinámica apropiada en el trabajo de médicos o enfermeras, es la falta de una pieza que puede originar que la retroalimentación, estímulo, consideración no hagan parte de la persona y se encuentre con el tanque emocional vacío porque no hay esa pertinencia o la posibilidad de sentirse vulnerable frente a los acontecimientos que posee diariamente el vivir. Una red de apoyo de amigos, familiares y compañeros son un soporte transcendental su retiro o falta son un vacío transcendental para quien lo sufre, una vida acompañada solo de la soledad y olvido, es una vida que va perdiendo fuerza y espíritu.

En toda labor, específicamente en el sector salud, también debe tener estructura de recompensas que motiven permanente a una acción positiva y de mejor servicio a los pacientes y sus familias, cuando no hay las recompensas verbales, públicas, ejecutivas se puede pensar que el trabajo no es realizado de una manera conforme, esta ausencia hace que mengue el sentido del valor de lo que se realiza o se ofrece.

La autonomía al perderla o verse disminuida también ocasiona el síndrome burnout porque una característica del ser humano desde su aparición es la búsqueda continua de independencia, si esta existe, es un ser humano más adaptado, completo con el sentir apropiado de mantener la oportunidad de seguir en su autonomía con el destino de crecer como persona, profesional, empleado etc.

Los factores personales no estarán ausentes en las consecuencias para el síndrome que hacemos mención, algunos de ellos es la familia, educación, salud, planes de vida por realizar si un hombre en este caso no considera que su aporte a su propia familia económicamente no es el apropiado, existirá una autoestima baja y esta realidad llegará a su trabajo sin la posibilidad de obtener logros profundos, la familia si soporta dificultades de distinta índole se convertirá en una marca que mentalmente y emotivamente deja un impacto en la persona, por ejemplo la separación o el divorcio, es una pérdida generan

altos niveles de estrés que estarán enlazado al desempeño laboral distinguiéndose a la baja del mismo.

La salud es un factor básico si existe algo que involucre a la salud negativamente será un efecto dómينو que se afectara emocionalmente, económicamente y físicamente. Los planes de vida al estar incompletos, existirá entonces la posibilidad de salir a buscar esas metas existenciales que lleve al médico o enfermera a nivel personal de satisfacción y plenitud.

En la ausencia de cubrir expectativas profesionales un trabajador tendrá una visión corta de realizar una carrera organizacional que pueda servir tanto al empleado como a la organización, al no existir carreras laborales que abran paso para aquellos que buscar trascender en su gran mayoría, no mantendrán un compromiso con la institución y al identificar que no existe posibilidades apropiadas de llegar a obtener una realización profesional más acorde, la realidad de burnout será una constante en aquella persona que se encuentra como en un techo de cristal en cuanto a la imposibilidad de tener una mejor calidad de vida de forma integral.

No se puede desconocer que hay otras variables que tienen efecto negativo con el síndrome de burnout como puede ser el sexo, la edad, la cultura. En la consideración de la variable del sexo, la mujer en este caso tiene menores reconocimientos que el hombre en cuanto a su trabajo, el poder adquisitivo del hombre tiene diferencias con el de la mujer, y las posibilidades reales de un mejor ingreso o posibilidades laborales de mejor nivel no los obtiene en el mismo nivel que los hombres.

En la edad, lo que se demuestra es que los jóvenes son aquellos que tiene más posibilidad de trabajo, situación diferente para aquellos que no son jóvenes sino que su etapa evolutiva es la de jóvenes adultos es decir aquellos que están sobre los treinta años y de menor influencia laboral para aquellos que son plenamente adultos, esta preocupación y realidad es el interrogante constante que se hacen las propias personas al encontrarse enfrentadas con esta condición de no ser acogidos de la misma forma en relación con aquellos que están en edades más tempranas. En la cultura se puede observar que las ciudades tienen acogida a personas de diferentes provincias, son personas que buscan mejores posibilidades económicas y de vida, en ocasiones sus

aspiraciones se ven con los tropiezos de la falta de aceptación por sus orígenes, la opción de volver a sus lugares de origen por diferentes razones es su alternativa o vivir de manera limitada, en los diversos equipos de trabajo las relaciones interpersonales varía al encontrarse personas de distintas culturas y regiones locales.

1.7. Modelos basados desde la Teoría Socio Cognitiva.

A mediados De los años ochenta tuvieron un gran auge los modelos sociales basados en teoría socio cognitiva de Bandura. Bustos (2004) Su teoría trata de conjugar la importancia de los factores ambientales “conductismo” y personales “cognitivism” en la determinación de la conducta en el contexto del aprendizaje social. Estos modelos sociales destacan el papel fundamental de la variables cognitivas en la explicación del síndrome como las actitudes, las creencias, el auto concepto y la auto eficacia.

Los modelos basados en teoría socio cognitiva considera: la cognición de los individuos repercute en su desempeño y el efecto del desempeño afecta la cognición, y por la acumulación de los resultados del medio en los demás y el nivel de seguridad por parte del individuo en su propia capacidad, que determinara el funcionamiento que la persona dispondrá para conseguir sus tareas y su respuesta a la adversidad para alcanzarla, se considerara la actitud emocional a las condiciones negativas y el tipo de afrontamiento.

1.7.1. Modelo de competencia social de Harrison.

Harrison (1983) por ejemplo: en sus aproximaciones teóricas, analiza la importancia de los aspectos motivacionales en el proceso de desgaste profesional, en esta ocasión centrándose en la motivación para la ayuda como factor clave para el desempeño en los profesiones asistenciales.

Así, la consecución de los objetivos profesionales estará determinada por la existencia de elementos facilitadores (factores de ayuda) o de dificultad (factores barrera) influyendo esto en los sentimientos de competencia o facilitando el desarrollo del desgaste profesional.

1.7.2. Modelo de autoeficacia de Cherniss.

En el modelo de Cherniss (1993) en los que la autoeficacia percibida es la variable relevante para el desarrollo del síndrome; a este modelo también pertenece Thompson, Page y Cooper (1993), en el que es la autoconfianza profesional y su influencia sobre la realización personal en el trabajo la variable que determina el desarrollo del síndrome.

1.7.3. Modelo de Pines.

De acuerdo a López (2012) La descripción que hace sobre este modelo implica en el desarrollo del Síndrome de Burnout, parte de sujetos que están muy motivados por su labor y que se identifican altamente con su trabajo, atribuyéndole un significado existencial. Cuando fracasan en alcanzar sus objetivos, se frustran sus expectativas y sienten que no es posible realizar una contribución significativa a la vida. Este planteamiento es similar al modelo de Harrison (1993), aunque se consideran dos conceptos claves:

- Motivación.
- Sentido existencial, para hacer referencia a aquellos casos en que los profesionales justifican su existencia por la labor (humanitaria y de ayuda) que desarrollan en su puesto de trabajo.

Por tanto, el Síndrome de Burnout es el resultado de un proceso de desilusión, un fallo en la búsqueda de un sentido existencial en sujetos altamente motivados, por lo que sólo los sujetos que intenten darle un sentido existencial a su trabajo llegarán a padecer el Síndrome, mientras que las consecuencias que puede experimentar un sujeto que no esté inicialmente muy motivado será estrés, alienación, depresión o fatiga, pero no Síndrome de Burnout.

1.7.4. Modelo de autocontrol de Thompson, Page, Cooper.

El modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993). En los tres primeros modelos la autoeficacia percibida es la variable relevante para el desarrollo del síndrome, en este modelo de Thompson et al. (1993) es la autoconfianza profesional y su influencia sobre la realización personal en el trabajo la variable que determina el desarrollo del síndrome.

En la exposición de los diferentes modelos, específicamente el de Gil-Monte, considero que es el que hace una referencia de manera objetiva sobre la manifestación y la acción progresiva del síndrome de burnout en los siguientes procesos que determina: bajos sentimientos en la realización personal en el puesto de trabajo. Altos sentimiento de cansancio emocional y despersonalización como una estrategia de afrontamiento.

1.8. Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social.

Cruz (2015) describe el modelo como: Esta teoría defiende que el burnout se da cuando los trabajadores perciben que no hay equidad en sus relaciones interpersonales, por lo que los sujetos perciben continuamente que aportan más de lo que reciben a cambio de su implicación personal y el esfuerzo que ponen en la tarea.(p.28)

1.8.1. Modelo de Comparación Social de Buunk y Shaufeli.

Cruz (2015) describe este modelo de la siguiente manera: La etiología del síndrome de burnout en enfermeros y enfermeras. En este caso el burnout tiene dos etiologías diferentes: los procesos de intercambio social con los pacientes y los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros. Con respecto a la primera etiología, los procesos de intercambio social con los pacientes, hay tres estresores que desencadenan el burnout, que son incertidumbre que se refiere a no saber cómo se debe actuar, la percepción de equidad que hace referencia a la percepción de los trabajadores sobre lo que aportan y lo que reciben en sus relaciones, y la falta de control que se refiere a la posibilidad de control por parte de los enfermeros y enfermeras de los resultados de sus acciones laborales. En los procesos de afiliación social y comparación con los compañeros, los enfermeros y enfermeras no buscan apoyo social en situaciones de

estrés, si no que evitan la presencia de compañeros y su apoyo por el temor a ser evaluados como incompetentes y por miedo a la crítica.

1.8.2. Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freddy.

“En este modelo se indica que cuando los trabajadores sienten amenaza o frustración en lo que les motiva surge el estrés y este disminuye los recursos de los profesionales influyendo de manera importante en el desarrollo del burnout” (Cruz, 2015, p.28).

En el modelo de comparación social el más propicio para la comprensión a partir de esta perspectiva es este último es el de Hobfoll y Freddy porque indica dos elementos básicos como la amenaza o la frustración para que se desencadene realmente el burnout.

1.9. Modelos Desarrollados desde la Teoría Organizacional.

Tudela (2013) Esta teoría defiende que los desencadenantes del burnout son el clima, la estructura y la cultura organizacional, las disfunciones del rol y la falta de salud organizacional. Atribuye una gran importancia a los estresores del contexto de la organización y a las estrategias de afrontamiento que se usan ante el burnout.

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

“Este modelo presenta el síndrome de burnout como un proceso en el que lo primero que ocurre es una pérdida del compromiso inicial por parte de los trabajadores como una forma de respuesta al estrés laboral y a la tensión que les genera” (Tudela, 2013, párr.18).

1.9.2. Modelo de Winnubst.

Tudela (2013) expone la propuesta de este modelo:

La primera característica esencial de este modelo es que el síndrome de burnout afecta a toda clase de trabajadores. El autor nos muestra en este modelo como influyen como antecedentes en el desarrollo del síndrome de burnout como el clima, la cultura y la estructura organizacional así como el apoyo social en la organización. (parr. 16)

1.9.3. Modelo de Cox, Kuk y Leiter.

Cruz (2015) Indica que el burnout se da en las profesiones humanitarias, y que el componente básico de este es el agotamiento emocional. Ante este agotamiento surge la despersonalización como estrategia de afrontamiento, y por último, como resultado de la evaluación cognitiva del estrés al que hace frente el profesional surge la baja realización personal, influyendo las experiencias de expectativas frustradas con respecto al trabajo. (p.31)

Las labores con personas directamente son el campo donde más se presenta y evoluciona el síndrome de burnout por las demandas y desafíos propios de esta actividad.

1.10. Modelos Sobre el Proceso del Síndrome de Quemarse en el Trabajo.

1.10.1. Modelo Tridimensional de MBI- HSS (Maslach y Jackson).

Manso (2006) menciona que por más de dos décadas, el Maslach Burnout Inventory en su versión Human Services Survey- (MBI-HSS) (Maslach & Jackson, 1981; Maslach, Jackson & Leiter, 1996) ha sido el instrumento más ampliamente utilizado para medir el síndrome de burnout en profesiones asistenciales, tanto en los Estados Unidos, así como en otros países. El MBI-HSS concibe el burnout como un constructo tridimensional caracterizado por sentimientos de agotamiento emocional (sensación de no poder dar más de sí en el ámbito emocional y afectivo), despersonalización (desarrollo de sentimientos de insensibilidad y actitudes negativas hacia los destinatarios de la labor profesional) y reducida realización profesional (sentimientos de improductividad o falta de logros en el desempeño profesional). (párr. 2)

1.10.2. Modelo de Edelwich y Brodsky.

Edelwich y Brodsky (1980, citado por Martínez, 2010).Expone sobre este modelo: el Burnout aparece cuando el deseo del sujeto de marcar una diferencia en la vida del otro se ve frustrado, ya que las razones por la que 11 las personas se dedican a ayudar a los

demás tienen por objeto confirmar su sentido de poder. También señalan que el tener muy alto entusiasmo inicial, baja remuneración económica independientemente del nivel jerárquico y educación, no tener apoyo ni refuerzo en la institución, el uso inadecuado de los recursos, y ser empleado joven son variables que aumentan la probabilidad de desarrollar el síndrome de Burnout. Estas características se dan, por ejemplo, en el personal de enfermería, que es donde se ha centrado la mayor parte de las investigaciones, y en el que se encuentra que el desfase existente entre el espíritu altruista, la formación recibida y la realidad laboral es más alto. (p.11)

1.10.3. Modelo de Price y Murphy.

Feresin (2009) describe y enumera el modelo de la siguiente manera: El burnout es un proceso de adaptación al estrés laboral. Se da en 6 fases sintomáticas:

1. Desorientación.
2. Labilidad emocional.
3. Culpa debido al fracaso profesional.
4. Soledad y tristeza, que si se supera puede desembocar en la siguiente fase.
5. Solicitud de ayuda.
6. Equilibrio. (p. 7)

La manifestación del síndrome burnout se tipifica en este último modelo como el tipo de manejo que tenga el trabajador para el estrés, considero que este es el factor trascendental para el posterior desarrollo del síndrome.

CAPITULO 2
METODOLÓGIA: SINDROME BURNOUT

2.1. Objetivos.

- Identificar la prevalencia del síndrome de burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización) en médicos y enfermeras de una institución de salud al norte de la ciudad de Quito, durante el año 2017.

2.1.1. Objetivos específicos.

Identificar las características sociodemográficas y laborales de médicos y enfermeras de la institución de salud al norte de la ciudad de Quito, durante el año 2017.

Determinar las dimensiones del burnout en los médicos y enfermeras de la institución de salud al norte de la ciudad de Quito, durante el año 2017.

Conocer los modos de afrontamiento más utilizados de los profesionales de la salud al norte de la ciudad de Quito, durante el año 2017.

Identificar el apoyo social procedente de la red social: vínculos informales y vínculos del lugar de trabajo en profesionales de la salud de médicos y enfermeras de la institución de salud al norte de la ciudad de Quito, durante el año 2017.

Identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de instituciones sanitarias de la institución de salud al norte de la ciudad de Quito, durante el año 2017.

2.2. Preguntas de investigación:

¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales de la muestra investigada?

¿Cuál es la prevalencia del síndrome de burnout en los profesionales de salud (médicos/as y enfermeras) de la muestra investigada.

¿Cuál de las tres dimensiones del síndrome de burnout es la que presenta un alto nivel?

¿Cuáles son los rasgos de personalidad y las características de salud mental de la muestra investigada?

2.3. Contexto de la investigación.

La investigación consideró a las personas que realizan desde su función de médicos y enfermeros en distintos espacios de trabajo ejercen sus labores a partir de su preparación científica, con recursos técnicos y humanos. Desarrollan una medicina general y enfermería en su caso con varios años de experiencia. Los lugares de trabajo cumplen con la capacidad física y de recursos básicos para ejecutar sus actividades de servicio demostrando la calidad requerida. Las funciones se realizan a partir de un trato apropiado y en la consideración a los pacientes, manteniendo en los espacios una relación acorde entre el profesional de la salud y el paciente atendido. Prestan servicios de salud de mediana y alta complejidad, con niveles de excelencia en seguridad y humanización, que garantizan el bienestar o desarrollo a nuestros grupos de interés.

2.4. Diseño de investigación.

El método empleado en el presente estudio fue exploratorio, en donde se examina un tema que no se ha estudiado antes o se ha abordado en otros contextos, analiza información desde otras perspectivas con el fin de elaborar mejor la investigación (Hernández, 1994).

El diseño de la investigación presentó las siguientes características: cuantitativa, la información analizada de los instrumentos aplicados fue numérica, no experimental ya que no se manipularon las variables, por lo tanto se observaron los fenómenos en su ambiente real, transaccional (transversal) pues se analizó el nivel de las variables en un momento dado, descriptivo porque los temas que se seleccionaron sirvieron para recoger la información con la que se detalló la investigación, exploratorio en donde se examinó un tema no estudiado antes, y se analiza para realizar un mejor trabajo y correlacional puesto que se valoró la relación que hay entre variables asociadas al fenómeno estudiado (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

El tipo de investigación utilizada fue descriptiva-transversal, pues las variables seleccionadas recogieron la información que sirvió para desarrollar el estudio, además la información recolectada se la obtuvo en un momento dado.

2.5. Muestra.

La población objeto de este estudio fue el personal médico y de enfermería que laboran en una institución de salud privada ubicada al norte de la ciudad de Quito.

La muestra fue de accesibilidad, no probabilística y accidental, la muestra recolectora de información fueron 20 profesionales de la salud (10 médicos/as y 10 enfermeros/as), de instituciones de salud públicas y privada ubicadas en el Distrito Metropolitano de Quito, quienes cumplieron con los criterios de inclusión de muestra.

La investigación se desarrollo cumpliendo las normas éticas respetando el acuerdo de Helsinki, el estudio no representó riesgo alguno para los participantes, y se garantizó absoluta confidencialidad de los datos personales otorgados en el consentimiento informado.

2.6. Los criterios considerados para seleccionar la muestra.

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

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

2.6.1. Procedimiento.

En la realización se realizo la aplicación de los test y todo el proceso de forma individual y en consideración a esto se procedió a buscar a médicos/as y enfermeras en distintos establecimientos o consultorios médicos para pedir la colaboración dándoles a conocer la finalidad de la investigación, a quienes aceptaban participar se pidió el consentimiento informado y se explicó los parámetros de la batería para que puedan realizarla de la mejor manera.

Al culminar este proceso se depuró la información descartando los cuestionarios incompletos y los que no tenían el consentimiento informado, finalmente el procesamiento de datos se realizó a través del SPSS-23 se trabajó con datos descriptivo y correlaciones.

2.6.2. Instrumentos.

Los instrumentos fueron utilizados para recolectar la información que permitió cumplir con los objetivos trazados.

Cuestionario de variables socio demográficas y laborales AD-HOC.

Enfocado en obtener información sociodemográficas (género, edad, número de hijos, etnia, estado civil, ingresos mensuales, experiencia profesional, sector de trabajo, tipo de contrato, turnos, número de pacientes, recursos institucionales y clima laboral).

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

En lo que respecta al inventario de burnout de Maslach [MBI-HSS] versión española de Seisdedos (1997) el cuestionario evalúa las tres dimensiones del burnout: a) agotamiento emocional (indica nivel de cansancio y si la persona está exhausta por su trabajo), b) despersonalización (niveles de distanciamiento laboral), c) realización personal (niveles de satisfacción en el trabajo), este cuestionario utiliza la escala de Likert con puntuaciones de 0 a 6.

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

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

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

Este es un cuestionario auto-administrado, utilizado para conocer como la persona aprecia su estado de salud. Está compuesto por 28 ítems utilizados para comprobar la existencia de problemas psiquiátricos menores y estado de la salud mental del encuestado. En lo que respecta a las propiedades psicométricas cuenta con el punto de corte de 5/6 indicador de la existencia de un caso probable, con sensibilidad = 84.6% y especificidad = 82% (Lobo, Pérez-Echeverría y Artal, 1986), y con un valor de alfa de Cronbach de 0.89. Evalúa por medio de cuatro sub-escalas:

Síntomas somáticos: Dolores de cabeza, escalofríos, agotamiento entre otros.

Ansiedad: Nerviosismo, pánico, dificultades para dormir.

Disfunción social: Sentimientos hacia las actividades que realiza durante el día.

Depresión: Sentimientos de desvalorización, pensamientos de muerte.

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

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

Afrontamiento activo: Actividades y acciones ejecutadas para solucionar el problema.

Auto-distracción: Centrarse en actividades que no permitan pensar en el problema y así olvidarlo.

Negación: Rechazar lo que está ocurriendo para no enfrentar el problema.

Uso de sustancias: Ingerir sustancias para esquivar y no hacer frente al problema. poder afrontarla.

Uso de apoyo emocional: Buscar en terceros afecto y apoyo.

Uso de apoyo instrumental: Busca ayuda en guías que expliquen la situación problemática por la que se está pasando.

Retirada de comportamiento: Hacer a un lado el problema, sin asumirlo dejando que se resuelva solo.

Desahogo: Desahogo de los sentimientos que ha provocado el problema.

Replanteamiento positiva: Sacar algo bueno del problema aprendiendo de él.

Planificación: Formulación de un proceso a seguir para controlar el problema.

Humor: Quitarle importancia al problema para no pensar en ello.

Aceptación: Reconocer el problema y aceptarlo de manera tranquila.

Religión: Refugio en espiritualidad.

Culpa de sí mismo: Auto culparse de los problemas por los que se atraviesa.

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

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

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

Apoyo emocional: Alguien que preste guía y consejo.

Apoyo instrumental: Alguien que presta ayuda en casa.

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

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

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

El alfa de Cronbach en relación a las dimensiones son: extraversión 0.74, neuroticismo 0.78, psicoticismo 0.63 y sinceridad de 0.54 (Sandín, Valiente, Montes, Chorot y Germán, 2002).

CAPITULO 3

RESULTADOS Y ANALISIS: SINDROME BURNOUT

Los resultados obtenidos a través del análisis estadístico realizado con los datos recogidos serán descritos de acuerdo a los requerimientos y objetivos de la investigación. Así mismo, estos resultados se encuentran detallados en tablas diseñadas específicamente para la interpretación de datos con la ayuda y asesoría del equipo de investigación de la UTP.

He aquí las características socio demográficas de la población para posterior a ello, explicar y describir las características laborales de los profesionales de la salud.

3.1. Variables socio demográficas.

En este apartado, se interpreta y analiza 3 tablas (tabla 1 Características socio demográficas de los profesionales de la salud, Tabla 2. Características laborales profesionales de la salud y Tabla3. Percepción del clima laboral de los/as Médicos)

En la tabla 1. Se analiza la participación mayoritaria en cuanto a sexo, estado civil, etnia y media de edad, número de hijos.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud

	Profesión			
	Médicos/a		Enfermero/a	
	N	% de columna	N	% de columna
Sexo				
Hombre	5,0	50,0	1,0	10,0
Mujer	5,0	50,0	9,0	90,0
Edad				
<i>M</i>	47,4		39,6	
<i>DT</i>	12,1		9,1	
Max	65,0		55,0	
Min	27,0		25,0	
Número de hijos/as				
<i>M</i>	1,6		1,3	
<i>DT</i>	1,0		1,1	
Max	3,0		3,0	
Min	0,0		0,0	
Etnia				
Mestizo/a	8,0	80,0	8,0	80,0
Blanco/a	2,0	20,0	2,0	20,0
Afroecuatoriano/a	0,0	0,0	0,0	0,0
Indígena	0,0	0,0	0,0	0,0

Estado civil				
Soltero/a	1,0	10,0	2,0	20,0
Casado/a	8,0	80,0	7,0	70,0
Viudo/a	0,0	0,0	0,0	0,0
Divorciado/a	1,0	10,0	1,0	10,0
Unión libre	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuente: Cuestionario sociodemográfico AD HOC
Elaborado por: Rodríguez, C.(2017)

Respecto a los datos obtenidos la edad media es de 47.4 en población de médicos y 39.6% en población enfermeros. Los números de hijos en personal médico el promedio es 1.6% y en el personal de enfermería 1.3%. La etnia que prevalece es en ambos grupos es la mestiza, en la población de médicos es un 80% y en la población de enfermeras un 80% En el estado civil es de casados tanto en la población de médicos un 80% y en la población de enfermeros un 70%

En la tabla 2. Vamos analizar la participación mayoritaria en cuanto a ingresos mensuales, sector en el que trabaja, tipo de contrato, recursos institucionales y pacientes al día, y experiencia profesional.

Tabla 2. Características laborales de los profesionales de la salud

	Profesión			
	Médico/a		Enfermero/a	
	N	% de columna	N	% de columna
Ingresos mensuales				
0 a 1000	2,0	20,0	5,0	50,0
1001 a 2000	5,0	50,0	5,0	50,0
2001 a 3000	1,0	10,0	0,0	0,0
3001 a 4000	1,0	10,0	0,0	0,0
4001 a 5000	1,0	10,0	0,0	0,0
5001 a 6000	0,0	0,0	0,0	0,0
Experiencia profesional				
<i>M</i>	19,0		10,4	
<i>DT</i>	12,1		7,9	
Max	36,0		27,0	
Min	4,0		2,0	
Sector en el que trabaja				
Público	4,0	40,0	5,0	50,0
Privado	4,0	40,0	5,0	50,0
Ambos	2,0	20,0	0,0	0,0
Tipo de contrato				
Eventual	2,0	20,0	0,0	0,0
Ocasional	1,0	10,0	4,0	40,0
Plazo fijo	1,0	10,0	1,0	10,0
Nombramiento	4,0	40,0	3,0	30,0
Servicios profesionales	1,0	10,0	1,0	10,0
Ninguno	1,0	10,0	1,0	10,0
Horas de trabajo/día				
<i>M</i>	8,9		8,9	
<i>DT</i>	1,9		2,2	
Max	12,0		12,0	

Min	6,0		6,0	
Nº de pacientes/día				
<i>M</i>	16,0		22,8	
<i>DT</i>	8,2		19,6	
Max	25,0		60,0	
Min	1,0		0,0	
Recursos Institucionales				
Totalmente	3,0	30,0	5,0	50,0
Mediadamente	5,0	50,0	5,0	50,0
Poco	2,0	20,0	0,0	0,0
Nada	0,0	0,0	0,0	0,0
Turnos				
Si	6,0	60,0	6,0	60,0
No	4,0	40,0	4,0	40,0

Fuente: Cuestionario de variables laborales AD HOC
Elaborado por: Rodríguez, C.(2017)

En cuanto a las características laborales de los profesionales de salud se pudo apreciar que la remuneración salarial que prevalece en ambos grupos oscila entre 1001 a 2000 dólares, siendo para médicos del 50% y enfermeras el 50%. En el sector que laboran en su mayoría es publico siendo en médicos el 40% y enfermeras el %. El tipo de contrato que prevaleció es en nombramiento en médicos 40% y en enfermeras, el tipo de contrato es ocasional el 40%. El número de promedio de pacientes que son atendidos diariamente son en médicos 16% y en enfermería el 22.8% la atención es un máximo de 60 y un mínimo de 1 paciente.

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

En este apartado, interpretaremos y analizaremos dos tablas (tabla 4. Resultados de las dimensiones del burnout en los profesionales de la salud. Tabla 5 Resultados de los casos de burnout en los profesionales de la salud.

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

Tabla 3. 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	4	40,0%	4	40,0%
	Medio	2	20,0%	4	40,0%
	Alto	4	40,0%	2	20,0%

Despersonalización	Bajo	6	60,0%	7	70,0%
	Medio	2	20,0%	2	20,0%
	Alto	2	20,0%	1	10,0%
Realización personal	Alto	5	50,0%	5	50,0%
	Medio	4	40,0%	1	10,0%
	Bajo	1	10,0%	4	40,0%

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

En lo referente al Inventario del Síndrome de burnout (MBI) en la dimensión de agotamiento emocional en la muestra de médicos 40% y de enfermeras 20% obtuvieron un nivel alto; el personal médico consiguió un 10% en baja realización personal, mientras que en las enfermeras se obtuvo 40% en el nivel bajo en la misma dimensión.

En la tabla 4. Indica el número de casos de burnout existentes en la población.

Tabla 4. 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	10	100,0%	9	90,0%
	Presencia	0	0,0%	1	10,0%

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

Según los datos obtenidos en la aplicación del MBI se determina que existen cero casos de burnout en médicos que representan al 0,0 %, mientras que en la muestra de personal de enfermería se reporta un caso que representa al 10%.

3.3. Cuestionario de salud general (ghq-28).

En este apartado, interpretamos y se analiza la tabla 1 (Tabla 6. Malestar emocional de los profesionales de la salud.)

En la tabla 5. Analiza los casos encontrados en cada una de las escalas (síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social, depresión) en grupos comparativos es decir que casos se presentan más en médicos/as o enfermeros/as.

Tabla 5. Malestar emocional de los profesionales de la salud.

		Profesión			
		Médico/a		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Síntomas somáticos	No caso	6	60,0%	8	80,0%
	Caso	4	40,0%	2	20,0%
Ansiedad	No caso	5	50,0%	8	80,0%
	Caso	5	50,0%	2	20,0%
Disfuncion social	No caso	9	90,0%	9	90,0%
	Caso	1	10,0%	1	10,0%
Depresión	No caso	9	90,0%	10	100,0%
	Caso	1	10,0%	0	0,0%

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

En lo referente a la salud general los síntomas que más se presentan de acuerdo al cuestionario aplicado fueron los somáticos y ansiedad en ambos grupos, pero en cuanto a la escala de ansiedad la diferencia entre el personal de salud si existe en médicos el 50% y enfermeros el 20%; mientras en la escala de síntomas somáticos existe una diferencia del 20%.

3.4. Cuestionario de afrontamiento (Brief-cope).

En este apartado, interpretaremos y analizaremos 1 tabla (tabla7. Estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud.)

En la tabla 6. Compara entre médicos y enfermeras las 4 estrategias de afrontamiento que tengan la media más alta.

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

	Profesión							
	Médico/a				Enfermero/a			
	M	DT	Máx.	Mín.	M	DT	Máx.	Mín.
Auto distracción	1,90	1,52	4,00	,00	1,30	1,34	3,00	,00
Afrontamiento activo	2,60	1,96	5,00	,00	2,10	1,52	5,00	,00
Negación	,33	,71	2,00	,00	,22	,67	2,00	,00
Uso de sustancias	,40	,97	3,00	,00	,10	,32	1,00	,00
Apoyo emocional	1,40	1,78	5,00	,00	,90	,99	3,00	,00
Apoyo instrumental	1,10	1,60	4,00	,00	1,30	1,25	4,00	,00
Retirada de comportamiento	,60	1,26	4,00	,00	1,00	1,05	3,00	,00
Desahogo	1,00	1,63	5,00	,00	1,30	1,57	4,00	,00
Replanteamiento positivo	1,70	1,70	5,00	,00	2,00	1,85	6,00	,00
Planificación	2,00	1,70	5,00	,00	2,22	1,92	6,00	,00
Humor	,20	,63	2,00	,00	,30	,48	1,00	,00
Aceptación	1,20	1,48	4,00	,00	1,60	1,43	4,00	,00
Religión	1,50	2,12	5,00	,00	2,60	2,01	6,00	1,00
Culpa de si mismo	1,70	2,00	5,00	,00	1,00	1,49	4,00	,00

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

En afrontamiento se observó (2.60) negación (.33) apoyo emocional (1.40) poseen una media más alta en los muestra de los médicos; mientras que en la muestra de personal de enfermería las estrategias de afrontamiento que sobresalen con una media alta son: desahogo (1.30) replanteamiento positivo (2.00) `planificación (2.22) aceptación (1,60) religión (2,60).

3.5. Cuestionario de apoyo social (AP).

En este apartado, se interpreta y analiza 1 tabla (Tabla 8. Percepción del apoyo social de los profesionales de la salud.

En la tabla 7. Compara la media más alta entre los grupos.

Tabla 7. 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	70,75	19,55	100,00	45,00	73,75	18,83	100,00	42,50
Apoyo instrumental	73,00	20,71	100,00	25,00	67,00	24,52	100,00	30,00
Relaciones sociales	78,50	15,99	100,00	55,00	81,00	17,92	100,00	45,00
Amor y cariño	83,33	18,66	100,00	40,00	84,67	18,07	100,00	53,33

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

En cuanto al apoyo social se puede determinar que la media más alta para médicos es amor y cariño 83.33 y para el personal de enfermería 84.67; luego se percibe la escala de relaciones sociales para el personal médico con una media 78.50 y enfermeras 81.00 finalmente apoyo emocional con una media de 70.75 para médicos y 73.75 para enfermeras.

3.6. Cuestionario de personalidad (epqr-a).

En este apartado, interpretaremos y analizaremos 1 tabla (tabla 9. Rasgos de personalidad de los profesionales de la salud.)

En la tabla 8. Analiza el rasgo más alto y comparado entre los grupos.

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

	Profesión							
	Médico/a				Enfermero/a			
	M	DT.	Máx.	Mín.	M	DT.	Máx.	Mín.
Neuroticismo	1,90	2,13	5,00	,00	1,70	1,70	4,00	,00
Extroversión	3,70	2,36	6,00	,00	5,00	,87	6,00	4,00
Psicoticismo	1,90	,99	4,00	1,00	1,40	,84	3,00	,00

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

El rasgo de personalidad más alto fue el de extroversión en ambos grupos con una media de 5.00 para personal de enfermería y 3.70 para médicos, seguido de neuroticismo para médicos 1.90 y enfermería 1.70.

CAPITULO 4

DISCUSION: SINDROME BURNOUT

La discusión se encuentra planteada de acuerdo a los requerimientos y objetivos de la investigación, con estos parámetros se realizó la interpretación a partir de una perspectiva exploratoria y descriptiva de los datos obtenidos en las poblaciones investigadas.

Se puede determinar que la prevalencia del síndrome de burnout en la institución de salud al norte de la ciudad de Quito, se encuentra en un 10% pero únicamente en la población de enfermeras. Es un resultado que se lo puede considerar bajo ya que por otro lado el 90% de la población de enfermeras no presentan el síndrome. En el caso de médicos no existen casos identificados con Burnout, sin embargo pese a ser un resultado alentador no se debe descuidar el hecho que existen algunos casos que presentan síntomas asociados que los hace vulnerables a contraer la enfermedad.

La baja incidencia del síndrome coincide con los resultados de algunas investigaciones realizadas en poblaciones similares, como es el caso de Carrillo, Gómez, De la Torre y León (2012) quienes encontraron que: “En el grupo encuestado no se presentaron los criterios completos para el diagnóstico de síndrome de Burnout, pero sí una baja realización personal” (p 208). Pese a estos resultados no se debe dejar de lado el hecho de que existen evidencias que existe presencia de varios síntomas y factores que ponen en riesgo al personal de salud de la institución.

En la dimensión de agotamiento emocional, los valores en médicos demuestran que el 40% de ellos presentan esta característica, a diferencia de las enfermeras en donde el 20% se encuentran en este rango, evidenciando una diferencia significativa entre ambos grupos en esta variable. Por otro lado la dimensión de despersonalización investigación se registra en resultados bajos, en los médicos 60% y las enfermera en un 70%. Estos resultados asemejan con los de Landazury (2011) quien en su investigación concluye que: “el síndrome de desgaste profesional (burnout) en el personal de Médicos y Enfermeras del Hospital Quito No. 1 Policía Nacional, es baja y por el contrario la variable realización personal registra alta puntuación” (p.217). Ambas investigaciones realizadas en la misma ciudad presentan realidades similares sin embargo no se debe ignorar algunos aspectos que pueden devenir en casos de estrés laboral extremos.

Uno de los aspectos importantes de la investigación, es caracterizar a la población investigada a través de algunos datos sociodemográficos recogidos en el estudio. Según

esto tenemos que la edad promedio de médicos y enfermeras es de 43.5 años, que viene a ser una edad importante ya que podría decirse que existe una madurez emocional y laboral algo más desarrollada que en los más jóvenes, convirtiéndose así en un factor protector. Por otro lado tenemos el número de hijos en el personal de salud en donde el promedio es 1.4 hijos por persona. La baja incidencia del burnout es por la presencia de los hijos en esta investigación.

Morín (2013) establece. “Los que tienen hijos pueden ser más resistentes al síndrome, debido a que la implicancia con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales” (p.10). En cuanto al estado civil la muestra de médicos un 80% son casados, mientras que el 70% de enfermeras se encuentran en el mismo estado, presentándose una diferencia ligeramente mayor entre uno y otro grupo. Algunas de las características de los profesionales de la salud investigados son favorables para protegerlos de contraer el síndrome, tal y como lo explica: Aldrete, Navarro; González y Contreras. (2014). En el resultado de la característica específica del estado civil se considera como un factor protector de acuerdo a la investigación. “Tener pareja se asocia a bajos niveles de Burnout general y sus sub-escalas desgaste emocional, cinismo y eficacia profesional” (Opazo, Pino y Potthoff, 2012, p.62).

En cuanto a las características laborales de médicos y enfermeras tenemos que indicar en esta investigación resalta la cantidad máxima de pacientes atendidos al día, en las labores de los médicos el máximo es 25 pacientes atendidos en un día y en las enfermeras el resultado son 60 pacientes atendidos durante un día en su labores, en este sentido existen investigaciones que indican el riesgo de la sobrecarga laboral como por ejemplo Kareaga, Exeberria y Smith (2008) precisan que: “La sobrecarga resulta ser una variable laboral importante que predice altos niveles de cansancio emocional y bajo bienestar psicológico”. (párr.32).

En el elemento de los recursos institucionales presenta una relación importante, en cuanto a la labor de los médicos y enfermeras, el resultado es del 50% con la medida de medianamente, el cual representa el suministro y acceso de los recursos necesarios para desempeñarse óptimamente, lo cual se convierte en un factor directo que disminuye la capacidad de la función profesional.

En los profesionales de la salud de la institución al norte de la ciudad de Quito durante el año 2017 el malestar emocional de la muestra investigada evidencia que los síntomas que más se presentan de acuerdo al cuestionario aplicado fueron los malestares de síntomas somáticos 40% en los médicos. En las enfermeras, el malestar de ansiedad en un 20% de ellas, a partir de estos resultados se puede determinar como factores de riesgo los síntomas somáticos que están vulnerando el estado emocional de los médicos.

El modo de afrontamiento más utilizado es replanteamiento positivo, planificación y la religión que permite el fortalecimiento emocional para el ejercicio de su vocación, más en el espectro de las enfermeras en un 60% como es el índice de resultados de esta investigación, este registro de factores de afrontamiento específicos tienen un aporte para prevenir el estrés laboral.

En la percepción del apoyo social para la realización del trabajo como es el amor y el cariño conjuntamente con las relaciones sociales, positivamente sostiene la labor de los médicos y enfermeras. El apoyo emocional alto en las enfermeras del 73% puede deberse a su situación de poseer familias, esposo, hijos, etc. Inciden en las cargas emocionales que las enfermeras tienen menos descanso, menor recuperación, remuneración limitada y mayor tipo de afrontamiento por la cantidad de pacientes y conjuntamente la limitada obtención de recursos pero el apoyo emocional es un factor de gran influencia para la baja presencia del burnout.

Los rasgos de personalidad de los profesionales de instituciones sanitarias, alberga la recreación, las relaciones interpersonales positivas y la retroalimentación que son acciones para fortalecer un rasgo latente de personalidad extrovertida en una calificación alta de esta variable del 60% que manifiestan de manera similar los médicos y las enfermeras. “Los resultados parecen confirmar que el modelo de personalidad resistente ejerce una influencia moduladora en los procesos de estrés y burnout” (Ortega, Godeleva, Ortiz y Coronel, 2007, p.9).

El síndrome se hace visible en la población investigada y su influencia a otras escalas no se presenta por la retroalimentación emocional que reciben los profesionales de salud por medio del apoyo social y emocional.

CONCLUSIONES

- Las características sociodemográficas de los datos obtenidos son generalmente profesionales con un promedio de un hijo como responsabilidad familiar tanto en médicos como enfermeras. El estado civil es de casados en un índice mayor en toda la población y es un elemento importante en el contexto de cada uno de los profesionales de la salud y en los factores que se pueden considerar para la presencia o no del síndrome de burnout.
- En la investigación se encontró evidencia del síndrome Burnout, se presenta en una prevalencia menor en los profesionales de la salud, solamente en una población de 10% de las enfermeras.
- La presente investigación considera que el síndrome se desarrolla desde el agotamiento emocional y la despersonalización, estas son variables que se deben reconocer porque son la antesala para una posterior presencia del síndrome y son características que reflejan las emociones negativas en el ejercicio del trabajo de los médicos y enfermeras.
- En la determinación de las dimensiones del burnout en los médicos y enfermeras, la repercusión del síndrome de Burnout directamente se ubicó en un 10% de la población de enfermeros/as lo cual lleva a la consideración de que son una población diferente en sus demandas y dinámicas propiamente de trabajo para lo cual la exigencia y el desgaste físico, y social.
- El malestar emocional de ansiedad se manifiesta en los médicos, en la mitad de la población investigada, y los síntomas somáticos con la ansiedad se encuentran presentes en las enfermeras.
- Las estrategias de afrontamiento de mayor influencia por parte de los médicos es la negación y en las enfermeras es la religión.
- Los resultados evidencian una necesidad notable de reducir los niveles de estrés y considerar medidas preventivas para el equilibrio emocional, es necesario el ejecutar acciones que permitan desarrollar o aumentar el afrontamiento a parte de los se encuentran a una escala alta de apoyo.
- Se presenta un estrés en aumento en los profesionales de la salud en médicos pero mayormente en enfermeras por el mayor número de pacientes que deben atender.

- Los resultados que se registran en la investigación pueden ocasionar bajo rendimiento, accidentes laborales, ausencias laborales y afectación psicológica en aquellos que se da la prevalencia del síndrome por los efectos que se originan a partir de este en el funcionamiento laboral.

RECOMENDACIONES: SINDROME BURNOUT

Es necesario tomar en cuenta que los datos que se obtuvieron en esta investigación tienen como fin el sostener o considerar una mejor eficiencia personal y profesional a través de la consideración y prevención del síndrome de burnout en la población de médicos y enfermeras que brindan a sus propios pacientes.

Es pertinente que se desarrollen investigaciones longitudinales con su respectivo seguimiento, para considerar la evolución e influencia del burnout y sus dimensiones en esta población.

Las acciones apropiadas como presentar talleres de información y prevención integral del síndrome de burnout con el propósito de evitar la extensión del mismo en este caso en los profesionales de la salud. En aquellos que tienen el síndrome la recomendación es manifestar asistencia, apoyo y seguimiento en el tratamiento para disminuir los efectos y brindar servicios de esta forma servicios apropiados y de acuerdo a la demanda de los pacientes o usuarios a los cuales sirven profesionalmente o vocacionalmente.

La consideración por parte del establecimiento para realizar actividades para cuidar de la salud psicológica como talleres y prácticas que tengan como objetivo el desarrollar autoestima, relaciones interpersonales, trascendencia personal, gestionar nuevos espacios temporales de trabajo para cambiar los espacios de trabajo, elaborar actividades para enfrentar el estrés y momentos de recreación grupal; de la misma manera tomar en cuenta tiempos de descanso entre los distintos periodos de trabajo con el fin de reducir cargas emocionales causados por eventos laborales o personales.

En el trabajo continuo de investigación se recomienda que se considere en las poblaciones a mayor número de instituciones para que la muestra tomada tenga más representación y de esta manera alcanzar resultados que puedan generalizarse para la ciudad de Quito.

La investigación demostró algunas limitaciones en su ejecución por la falta de motivación y tiempo en los médicos y enfermeras para aplicar los test planificados esto demuestra la falta de valor que tiene el reconocimiento del Síndrome de Burnout en aquellos que trabajan en el campo de la salud.

En esta investigación se encuentra la necesidad de replicar este tipo de investigación en otros contextos no considerados, debe ser prioritaria su consideración para el cuidado de los profesionales de la salud.

Es necesario informar y concientizar sobre los modos de afrontamiento más utilizados en los profesionales de salud como los médicos y enfermeras.

Es trascendental considerar específicamente la población que labora en el campo de la enfermería, es oportuno emprender investigaciones de la afectación del síndrome con un estudio comparativo con la población de los médicos para que se pueda dar asistencia a cada uno de ellos a partir de su propia vulnerabilidad en el campo de trabajo de la salud.

BIBLIOGRAFIA

Citas de texto físico

1. Bustos Villar E. (2004) ¿Es posible evitar el estrés?: Motivos y estrategias. Buenos Aires.
2. Burnout: Consecuencias y soluciones. Luis Felipe Ali El Sahili González. Editorial El Manual Moderno.
3. Borrero A. (2008) La universidad. Estudios sobre sus orígenes, dinámicas y tendencias: Vol. 6. Bogotá. Editorial. Universidad Pontificia Javeriana.
4. Galvez, Moreno, Mingote. (2011) El desgaste profesional del médico: Revisión y guía de buenas prácticas. Ediciones Díaz de Santos. España. Ediciones Díaz de Santos.
8. Edelwich, j y Bordsky, a. (1980) Burn-out: Stages of disillusionment in the helpings professions. Nueva York: Human SciencePress. En el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar.
9. García Guadalupe Manzano. (2008) Localización Síndrome de Burnout y riesgos psicosociales en personal de enfermería. ISSN 0214-347X, Nº. 91-92, 2008, págs. 23-31.
10. Gil-Monte, P. R. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Ediciones Pirámide. Gil Monte, P. R. (2007).
11. Gil-Monte, P. R., y Peiró, J. M. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. Anales de psicología, 15, 261-268.
12. Gil Monte, Pedro. El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. 2005.p Madrid: Ediciones Pirámide.
13. Maicon Carlin. El síndrome de Burnout: comprensión del pasado, análisis del presente y perspectivas de futuro. Editorial Deportiva Waucelen. España. 2014.
14. Martínez Pérez, Anabella (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia. nº 112. Septiembre. 2010.
15. Mesa J. (2017) Cupertino y la Medicina California. Windmills Editions.

16. Lara López V. (2012) Rasgos, trastornos de personalidad y comorbilidad psiquiátrica de profesionales sanitarios con síndrome de burnout. López Agrelo. Madrid.
17. Leiter. (1991). coping patterns as predictors of burnout. the function of control and escapist coping patterns. journal of organizational behaviour, 297-308.
18. Price, D y Murphy, p. (1984). Staff burnout in the prespective of grief theory. Death Education.
19. Serrano Maria Isabel. (2002). La Educación para la Salud Del Siglo XXI: Comunicación y Salud.

Referencias electrónicas

1. Alvarez. (2011). Recuperado de:
<http://dspace.utpl.s/bitstream/123456789/17/3/Herrera%20V%C3%A1squez%2C%20Lorena%20Sabrina%20Tesis.pdf>.
2. Apiquian A. (2007). El síndrome del burnout en las empresas. Recuperado de:
<https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-30022/sindrome%20burnout.pdf>
3. Barañano A. (2010). Introducción a la antropología social y cultural. Materiales docentes para su estudio. Recuperado de:
http://eprints.ucm.es/11353/1/Introducci%C3%B3n_a_la_Antropolog%C3%ADa_Social_y_Cultural.pdf
4. Beltrán, Pando, Torres, Salazar y Franco. (2005). Factores psicosociales y síndrome de burnout en médicos de familia. México. Recuperado de:
<http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/1346>
5. Canovas E. (2012). Estudio de prevalencia, factores de riesgo del Síndrome de Burnout y encuesta de satisfacción laboral en personal sanitario de un Área de Salud de la Región de Murcia. Recuperado de:
<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/310222/TEEC.pdf;sequence=1>
6. Carrillo, Gómez, De la Torre y León (2012). Prevalencia de síndrome de Burnout en una Unidad de Terapia Intensiva. Recuperado de:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/medsur/ms-2012/ms124c.pdf>

7. Cialzeta J. (2013). Tesis Síndrome de Burnout Cialzeta. Recuperado de:
http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/Cialzeta_jorge_raul.pdf
8. Cruz K. (2015). Diagnóstico del síndrome de burnout en los trabajadores de la empresa edec s.a. del municipio de chiquinquirá, Boyacá. Recuperado de:
<http://stadium.unad.edu.co/preview/UNAD.php?url=/bitstream/10596/3499/1/1053339226.pdf>
9. Definición de síndrome. Recuperado de: <http://definicion.de/sindrome/>
10. Feresin C. (2009). Nuevas consideraciones sobre burnout o síndrome de quemarse en el trabajo (SQT). Recuperado de:
http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/040_trabajo1/cdcongreso/CD/TRABAJOS%20LIBRES/SALUD%20MENTAL/1.pdf
11. Gil-Monte y Peiró. (1999). Anales de psicología 1999, vol. 15, nº 2, 261-268©
Copyright 1999: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia (España). ISSN: 0212-9728 Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo Universidad de Valencia. Recuperado de:
<http://www.estres.edusanluis.com.ar/2013/12/modelos-teoricos-y-explicativos-del.html>
12. Gil-Monte. (2004). Una investigación sobre el estrés laboral y el síndrome de estar quemado. Revista Iberoamericana de Educación.
13. González M. 2010. Análisis sobre manifestaciones de burnout e identificación de fuentes de estrés en ejecutivos de recursos humanos. Recuperado de:
<http://eprints.uanl.mx/2145/1/1080175101.pdf>
14. Hernáez C. (2014). Prevención del síndrome de burnout en el profesional de enfermería. Recuperado de:
<https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/12007/1/TFG-H304.pdf>
15. Kareaga, Exeberria y Smith (2008). Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. Versión On-line ISSN 2174-0534 versión impresa ISSN 1576-5962 Rev. psicol. trab. organ. vol.24 no.2 Madrid 2008. Recuperado de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1576-59622008000200006

16. Klarreist. (1990). Recuperado de:
dspace.usc.es/bitstream/1034714632/1/rep_1118.pdf.
17. Landázuri J. (2011). "Síndrome de desgaste profesional (burnout) en el personal de Médicos y Enfermeras del Hospital Quito No. 1 Policía Nacional. Recuperado de:
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/3665/1/T-UCE-0007-107.pdf>
18. Manso F. (2006). Confiabilidad y validez factorial del Maslach Burnout Inventory versión Human Services Survey en una muestra de asistentes sociales chilenos. Recuperado de: <http://www.psicologiacientifica.com/maslach-burnout-inventory-confiabilidad/>
19. Martínez A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia. nº 112. Septiembre. 2010. Recuperado de:
<http://webs.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/PDFs/Anbelacop.pdf>
20. Marrau. (2004). El síndrome de Burnout y sus posibles consecuencias en el trabajo docente. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/184/18401004.pdf>
21. Miravalles. (s.f). Modelos explicativo del síndrome de Burnout. Recuperado de:
<http://www.javiermiravalles.es/sindrome%20burnout/Modelos%20explicativos.html>
22. Muñoz, Osorio, Robles y Romero. (2014). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de referencia Ibagué 2014. Recuperado de:
<http://repository.ut.edu.co/jspui/bitstream/001/1161/1/RIUT-CEA-spa-2014-%20S%C3%ADndrome%20De%20Burnout%20En%20El%20Personal%20De%20Enfermer%C3%ADa%20De%20Un%20Hospital%20De%20Referencia%20Ibagu%C3%A9%202012.pdf>
23. Morín V. (2013). Desgaste Profesional en Médicos Pediatras. Recuperado de:
http://www.um.edu.uy/docs/desgaste_profesional.pdf.
24. Opazo, Pino y Potthoff. (2012). Factores personales, familiares y laborales asociados al síndrome de burnout en el personal de enfermería del hospital base Valdivia. Recuperado de <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2012/fmo.61f/doc/fmo.61f.pdf>.
25. Ortega, Godeleva, Ortiz y Coronel. (2007). Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente Burnout in doctors and nurses and

their relationship with the construct of hardiness personality. Recuperado de: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/viewFile/730/1287>.

26. Quiñones C. (2013). El trabajo no es artículo de comercio. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1870467013719754>

27. Quiceno M. y Vinaccia S. (2007). Síndrome de quemarse en el trabajo. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v10n2/v10n2a12.pdf>

28. Stavruola, Griggiths, y Cox. (2004). La organización del trabajo y el estrés. Recuperado de: http://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf

29. Tudela F. (2013). La prevención y el afrontamiento del síndrome de burnout en los docentes de Educación Primaria. Universidad Internacional de La Rioja Facultad de Educación. Recuperado de: <http://www.invassat.gva.es/documents/161660384/161741933/TUDELA+CARRILLO++Francisco+Andres++2013+.+La+prevenci%C3%B3n+y+el+afrontamiento+del+s%C3%ADndr+ome+de+burnout+en+los+docentes+de+Educaci%C3%B3n+Primaria/e4f8f888-58c6-40d7-a1d3-ab98eab14940>

