



# **UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

La Universidad Católica de Loja

## **ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA**

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

**Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados  
con este fenómeno en el Ecuador 2017**

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Caicedo Acosta, Carolina Elizabeth

DIRECTORA: Matute Piedra, Rosario Amapola, Mgrt.

CENTRO UNIVERSITARIO REGIONAL 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*

## APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Licenciada

Amapola Rosario Matute Piedra

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo titulación Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Ecuador realizado por Caicedo Acosta, Carolina Elizabeth, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, Febrero de 2018

f) .....

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo Caicedo Acosta, Carolina Elizabeth declaro ser autor (a) del presente trabajo de titulación: Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el Ecuador, de la Titulación de Licenciado en Psicología, siendo Amapola Rosario Matute Piedra director (a) del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

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

f. ....

Autor: Caicedo Acosta, Carolina Elizabeth

Cédula: 1802396612

## **DEDICATORIA**

Dedico el presente trabajo a Dios, el creador del universo, quien ha sido el guía de todos mis pasos y quien me ha dado las habilidades para culminar con éxito la carrera de Psicología.

A mi madre, quien ha sido un apoyo fundamental, me ha inculcado los valores y principios que ahora rigen mi vida y siempre me ha motivado a llevar a cabo mis sueños.

A mi padre y mis hermanos por el apoyo brindado a lo largo de mi formación.

A mi tutora Lcda. Amapola Rosario Matute Piedra y a la Mgtr. Rocío Ramírez Zhindón por todo su apoyo y por compartir conmigo sus conocimientos.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a todas las personas que hicieron posible este trabajo, a los directores de la clínica privada de la ciudad de Quito que me abrieron sus puertas para poder desarrollar el tema de la tesis y me apoyaron en el proceso de la recolección de datos.

A todos los médicos y enfermeras que con su labor hacen más simple y menos dolorosa la vida de las personas enfermas.

Un agradecimiento especial a mi tutora Lcda. Amapola Rosario Matute Piedra y a la Mgtr. Rocío Ramírez Zhindón y a todos los docentes de la carrera de Psicología de la Universidad Técnica de Loja, modalidad a distancia, por toda la paciencia y conocimiento impartido a lo largo de mi formación.

Agradezco a toda mi familia por su apoyo en todo el proceso de mi formación académica y por siempre estar ahí para mí.

## INDICE DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN .....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS .....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
INDICE DE CONTENIDOS .....	vi
RESUMEN EJECUTIVO .....	1
ABSTRACT .....	2
INTRODUCCION .....	3
CAPITULO I: MARCO TEORICO.....	5
1.    Conceptualización del Burnout.....	6
2.    Definiciones del Burnout: .....	7
3.    Desarrollo y fase del burnout: .....	9
4.    Consecuencias del Burnout .....	11
5.    Modelo explicativos del burnout .....	12
6.    Prevalencia del burnout:.....	17
7.    Importancia del estudio del burnout .....	19
8.    Variables Asociadas del Burnout .....	23
CAPITULO II: METODOLOGIA.....	28
1.    Objetivos: .....	29
a.    General: .....	29
b.    Específicos:.....	29
2.    Preguntas de Investigación: .....	29
3.    Contexto.....	29
4.    Diseño de Investigación .....	30
5.    Muestra .....	30
6.    Métodos, técnicas e instrumentos de investigación. ....	31

c. Método.....	31
d. Técnicas:.....	32
e. Procedimiento .....	32
f. Instrumentos .....	32
CAPITULO III: ANALISIS DE DATOS .....	36
1. Muestra .....	37
2. Características sociodemográficas .....	37
3. Características laborales.....	38
4. Resultado de las Dimensiones del Burnout.....	39
5. Resultado de los Casos de Burnout.....	40
6. Malestar emocional de los profesionales de la salud .....	40
7. Estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud .....	41
8. Percepción del Apoyo Social.....	42
9. Rasgos de personalidad de los profesionales de la salud.....	42
10. Discusión.....	43
CAPITULO IV: CONCLUSIONES .....	46
CAPITULO V: RECOMENDACIONES .....	47
REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍCAS .....	48
ANEXO 1 .....	54



## RESUMEN EJECUTIVO

La presente investigación sobre la Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el Ecuador, fue realizada en una clínica privada de la ciudad de Quito en el año 2017 y tuvo como objetivo principal establecer la existencia del síndrome en este colectivo.

Se seleccionó para la investigación a los profesionales de la salud, debido a las condiciones laborales en la que desarrollan su actividad profesional, lo cual los hace más propensos a desarrollar este síndrome.

De la investigación de campo se estableció que el 6,3% de los médicos y el 9,1% de las enfermeras presentan síndrome de Burnout, dentro de las dimensiones evaluadas se evidenció que el 37,5% de los médicos y el 45,5% de las enfermeras presentan un alto grado de agotamiento emocional, en la dimensión de despersonalización el 50% de los doctores y el 40,9% de las enfermeras tuvieron puntajes altos mientras que en el factor de realización personal el 31,3% de los doctores y el 13,6% de las enfermeras obtuvieron puntajes bajos.

Palabras Claves: Síndrome de Burnout, profesionales de la salud, dimensión, agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

## **ABSTRACT**

The present research about the Identification of the Burnout in professionals of the health and the factors relationship with this phenomenon in Ecuador, was done in a private clinic in the city of Quito in the year 2017 and had like main objective establish the existent of this syndrome in this group of professional.

We select for the research to the professionals of the health, because they have different labour conditions, this include extended working hours, constant interaction with the patients, all this factors doing more likely to develop the Burnout syndrome in this kind of professionals.

In the field research we can stablish that 6,3% of the doctors and the 9,1% of the nurses present the Burnout syndrome, inside the dimensions evaluate we can see the 37,5% of the doctors and the 45,5% of nurses present high level of exhaustion, in the dimension of depersonalization the 50% of the doctors and the 40,9% of the nurse had high score, while in the satisfaction in performance the 31,3% of the doctors and the 13,6% of the nurses had low score..

Key Word: Burnout syndrome, professional of the health, exhaustion, depersonalization, satisfaction in performance.

## INTRODUCCION

El presente trabajo sobre la Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Ecuador, tiene como objetivo determinar la prevalencia de este síndrome en el colectivo mencionado, para lo cual se realizó como primer paso el desarrollo del Marco Teórico el cual incluyó la conceptualización del síndrome de Burnout, mediante la revisión bibliográfica de Freudenberg (1974) y Maslach (1976), quienes empezaron a investigar sobre este síndrome desde mediados de los años setenta.

Continuando con el desarrollo del Marco Teórico se analizaron algunas definiciones, en las cuales se establece que el síndrome de Burnout nace y se desarrolla dentro del ámbito laboral y que tiene mayor prevalencia en aquellas profesiones en donde la persona tiene constante trato con el cliente para brindarle ayuda o soporte, como es el caso de los médicos y enfermeras.

A fin de establecer si una persona presenta este síndrome se evalúan tres factores, agotamiento emocional, despersonalización y realización de personal, para lo cual se empleó como herramientas de recolección de datos el Maslach Burnout Inventory (MBI) que fue desarrollado en 1981 por Maslach y Jackson.

La metodología de investigación de campo empleada fue mediante la utilización de encuestas, para lo cual se seleccionó una muestra de 40 profesionales de la salud, que sean médico o enfermeras con al menos un año de experiencia, de una clínica privada ubicada al norte de la ciudad de Quito y se les explicó el alcance de la investigación, la forma en la cual iban a ser procesados los datos, posteriormente se les solicitó llenar y firmar el consentimiento informado, donde se daba a conocer de forma general los aspectos más relevantes de la investigación, procedimiento a realizar y la voluntariedad de participar en el estudio.

A los profesionales de la salud que accedieron a participar en el estudio se les aplicó los siguientes cuestionarios: Sociodemográfico y Laboral, MBI (Maslach Burnout Inventory), Salud Mental (GHQ28), la Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), MOS de Apoyo Social, revisado de Personalidad de Eysenck (EPQR-A).

El objetivo de la aplicación de los cuestionarios fue establecer la existencia del síndrome en la muestra analizada y la correlación del mismo con las variables sociodemográficas, condiciones laborales, estrategias de afrontamiento, rasgos de personalidad y técnicas de afrontamiento del individuo.

Con la información recopilada y tabulada en los cuestionarios se llegó a determinar las características sociodemográficas de los profesionales que participaron en el estudio, dando como resultados que el 42% de la muestra eran médicos y el 58% enfermeras, que la edad media para los médicos era de 35,4 años mientras que para la enfermeras era de 37,9 años, las horas trabajadas en promedio por médicos y enfermeras era de 1,3 horas.

Los resultados arrojados por la evaluación de las tres dimensiones del Burnout, determinaron que el 93,8% de los doctores y el 90,9% no presentan este síndrome. Dentro del estudio se analizaron las técnicas de afrontamiento, de las cuales se pudo observar que la más empleada era la del replanteamiento positivo.

Posterior a la tabulación y discusión de la información se pudo concluir que los profesionales de la salud por el estilo de trabajo, carga laboral y constante interacción con el paciente están más expuestos a desarrollar este síndrome y que las técnicas de afrontamiento de cada profesional, así como una red de apoyo adecuada influyen en la mitigación de este tipo de síndromes.

Finalmente es importante señalar que la presente investigación es de utilidad para la organización pues el síndrome de Burnout, no solo merma la calidad de vida de las personas que lo padecen, sino que desemboca en un trato frío y distante a los pacientes, lo cual perjudica a la institución. Adicionalmente cabe recalcar que si bien es cierto este síndrome es mental puede llegar a desencadenar síntomas físicos lo cual perjudica la productividad del profesional que lo padece, incrementando los costos por ausentismo laboral.

**CAPITULO I.**  
**MARCO TEORICO**

## 1. Conceptualización del Burnout

Los primeros artículos sobre Burnout aparecieron en Estados Unidos, a mediados de los años setenta y fueron escritos por los psiquiatras Freudenberger (1974) y por la psicóloga social Maslach (1976).

Freudenberger (1974), observó que aquellos trabajadores que tenían un agotamiento emocional, solían mostrar disminuciones en sus niveles de motivación y compromiso laboral, que no solo afectaba a su entorno laboral sino también a su entorno personal y estaba acompañado de algunos síntomas mentales y físicos; a este estado de cansancio mental Freudenberger lo denominó "Burnout", que en español se traduce como estar quemado/a y se emplea para indicar a aquellos pacientes que están saturados.

Maslach y Schaufeli (1993) mencionan en su libro "Desarrollo del Burnout"; que existen estudios que dan a entender que este estado psicológico existió desde antes, con diferentes nombres como por ejemplo: Reacción al cansancio (Schwartz y Will), pues en 1953 estos autores publicaron el caso de la Srta. Jones, una enfermera psiquiátrica que presentaba fatiga extrema y pérdida de motivación en su trabajo, otro caso fue el del Sr. Greene Graham (1960), un arquitecto quien renunció a su trabajo, desilusionado del mismo y se fue a vivir a la selva africana.

A pesar de haber existido casos documentados de burnout anteriormente no fue hasta mediados de los años 70 donde se enfatizó en el estudio de este síndrome, pues se piensa que fue en este momento de cambios: económicos, políticos y sociales por los que atravesaba la sociedad y donde se vivía una de las primeras crisis económicas mundiales tras la finalización de la segunda guerra mundial, que desembocó en la devaluación del dólar producto del agotamiento económico del modelo Keynesiano, el cual analizaba la economía basado en variables macroeconómicas de producción, consumo y empleabilidad.

La crisis petrolera, el incremento en la inflación americana e incrementos en los niveles de desempleo, lo que originó que existiera mayor estrés en la población, dando como resultado un cambio en el sistema social dando paso a una sociedad más individualista y competitiva, pues al existir pocas plazas de trabajo e ingresos limitados para la contratación de personal dentro de las compañías la carga laboral se incrementó y por

ende las horas trabajadas, además que se mermaron las condiciones laborales, apareciendo así mayor número de personas afectadas por este síndrome.

Es importante mencionar que si bien el término fue empleado por primera vez por Freudenberger (1974), es Marshall (1977) quien da a conocer el mismo de forma global en la convención de la Asociación Americana de Psicólogos y define el término como “El síndrome del desgaste profesional de las personas que trabajan en diversos sectores de servicios humanos, siempre en contacto directo con los usuarios, especialmente personal sanitario y profesores” (Martínez, 2010, p.45).

A partir de mediados de los años 70 donde se empezó a estudiar este síndrome han existido varios psicólogos como: Freudenberger (1974); Maslach (1977); Burke (1971); que se han dedicado a investigar el mismo, sin embargo no fue hasta la década de los años 80 donde se llegó a acuerdos básicos sobre cómo definir el burnout, para que el mismo no sea confundido con otras patologías como estrés, agotamiento crónico o depresión. Shiron (1989, pp. 34):

El Burnout no se solapa con otros constructos de orden psicológico. Centrándonos estrictamente en las diferencias del Burnout con otros conceptos psicológicos y psicopatológicos, se puede demostrar que este síndrome se diferencia del Estrés General, Estrés Laboral, Fatiga Física, Depresión, Tedio o Aburrimiento, Insatisfacción Laboral y Acontecimientos Vitales y Crisis de la Edad Media de la Vida; aunque se compartan algunos síntomas o procesos de evolución similares. (p.34)

## **2. Definiciones del Burnout:**

Brill (1984), definió al Burnout como: “Un estado disfuncional relacionado con el trabajo, en una persona que no padece otra alteración psicopatológica significativa”. Posteriormente Marshall y Jackson (1986) amplían el término y definen al Burnout como “Una respuesta de estrés crónico formada por tres factores fundamentales: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal”

Burke (1987), indica que el Burnout es “Un proceso de adaptación del estrés laboral, que se caracteriza por desorientación profesional, desgaste, sentimientos de culpa por falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional y aislamiento”.

Schaufeli y Enzmann (1998) han definido al burnout como “Un estado mental persistente, negativo, relacionado con el trabajo en individuos normales que se caracteriza principalmente por agotamiento emocional, que se acompaña de distrés, un

sentimiento de reducida competencia, poca motivación y el desarrollo de actitudes disfuncionales en el trabajo”.

Gil-Monte y Peiró (1997), a fin de conceptualizar el síndrome de Burnout consideran necesario abarcar el termino desde dos puntos de vista, la perspectiva clínica que se enfoca en las consecuencias físicas que puede presentar una persona producto del constante estrés laboral, concepto alineado a las primeras investigaciones realizadas por Freudenberger.

Los trabajos realizados por Leiter, Maslach y Jackson (1996), menciona que desde el enfoque psicosocial se debe considerar dos aspectos fundamentales: la personalidad del individuo y las condiciones laborales en las que se desenvuelve el mismo y como ambas se interrelacionan entre sí.

Farber (2000) hizo mención a que el síndrome de Burnout es una respuesta a las condiciones laborales actuales y a la competitividad existente en los lugares de trabajo que buscan producir más pero con la utilización de menos recursos, lo cual desemboca en que cada vez más profesionales de diversas ramas presente este tipo de síndrome.

Cabe señalar que algunos autores mencionan que los personas más expuestas a sufrir este síndrome son aquellas que tienen trato directo y constantes de servicio a otras personas; así Leiter (1991) menciona que los profesionales de la salud son más propensos a padecer este síndrome debido a las exigencias del cargo, entre las cuales podemos destacar: el trato constante con personas, horarios rotativos, número de horas de descanso limitado y ambiente tensionante; otro autor que hace referencia a este tema es García (1991) quien pone de manifiesto que los profesionales más expuestos a riesgos psicoemocionales son las profesiones enfocados a servicios humanitarios.

De los criterios expuestos podemos ver que todos los autores coinciden en que el síndrome de Burnout se desarrolla dentro del ámbito laboral y se caracteriza por una desilusión, cansancio y falta de realización personal por parte de la persona, por varios motivos o estresores ambientales, es importante rescatar que si bien en un inicio se pensó que este síndrome podrían desarrollar personas enfocada a brindar ayuda humanitaria como los profesionales de la salud, hoy en día el concepto se ha extendido a todas las profesiones.



Después del análisis de los diferentes conceptos podemos decir que el Síndrome de Burnout es un estado de agotamiento mental con respecto al ámbito laboral de una persona, que tiene una duración mayor a un año; que se caracteriza por mostrar síntomas de agotamiento mental acompañado por baja motivación y realización personal que puede desembocar en conductas agresivas, ansiosas o estados depresivos (Ramos y Buendía, 2001)

A fin de no confundir el síndrome de burnout con el de estrés, es importante mencionar que el primero se da exclusivamente en el contexto del ámbito laboral y se centra en los aspectos negativos que ocasionan las ineficaces técnicas de afrontamiento de una persona en este campo, mientras que el estrés puede ser considerado bueno o malo dependiendo del nivel de intensidad, adicionalmente el estrés puede ser empleado en diversos contextos de la vida de las personas (Agudelo, Buela y Spielberger, 2007).

Dentro de los estudios realizados por Cherniss (1993), pone de manifiesto que existen ciertas características de la personalidad de los profesionales que los hacen más proclives al desarrollo de este síndrome, pues si bien es cierto existen estresores externos, el síndrome se desarrolla debido a la falta de una adecuada respuesta de afrontamiento por parte del profesional.

A fin de contar herramientas cuantitativas que se puedan emplear para diagnosticar el síndrome de burnout, se desarrollaron los siguientes test: Cuestionario de desgaste profesional en enfermería (Moreno, Garrosa y Gonzalez, 2005); MBI-GS (Schaufeli et al., 1996); Cuestionario sobre el estrés en el lugar de trabajo (Kompier y Levi, 1995); Escala de Burnout en directores de colegios (Friedman, 1995); Burnout Measure (Pines y Aronson, 1988), entre otros, siendo una de las más empleadas la de Maslach Burnout Inventory (MBI), que se centra en los ejes de: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo, para lo cual se solicita a la persona que conteste veinte y dos enunciados que hacen referencia a los sentimientos y pensamientos respecto a su interacción laboral. El MBI emplea una escala de Likert, con seis rangos que van desde: nunca a diariamente y clasifica al síndrome de Burnout en Leve, Moderado y Alto. (MBI esta como Anexo1)

### **3. Desarrollo y fase del burnout:**

Los autores que han intentado describir las etapas que atraviesan las personas que desarrollan el síndrome de Burnout son: Farber (1991), quien hace referencia a seis

etapas: entusiasmos y dedicación; ira y frustración; falta de reconocimiento, disminución del compromiso; aparecimiento de síntomas físicos y finalmente agotamiento; Modelo Procesal de Leiter (1993), el cual está basado en el modelo de Leiter y Maslach, menciona los siguientes momentos: desequilibrio, cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal.

Lee y Ashforth (1993), mencionan que el estrés laboral por las funciones que debe cumplir una persona en su ámbito laboral está ligadas a la despersonalización y el agotamiento emocional. Posteriormente en 1996, Lee y Ashforth señalaron algunos estresores que pueden ser desencadenantes del síndrome de Burnout, entre los cuales mencionaron: la sobrecarga laboral, ambientes de trabajos ambiguos, falta de horarios fijos, entre otros.

Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995); el modelo estructural de estos autores se basa en que el síndrome de Burnout nace del estrés laboral ocasionado por problemas originados por la inconsistencia en el rol, pues como sabemos el estrés es una percepción de cada individuo y por lo tanto las estrategias de afrontamiento varían de persona a persona, de ahí que cuando la persona no cuenta con buenas estrategias que le permitan disminuir sus niveles de estrés desarrollara este síndrome.

El síndrome de burnout es un proceso que atraviesa por varios estadios, de acuerdo a los autores mencionados (Farber, 1991; Leiter, 1993; Lee y Ashforth, 1993; Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 1995); ellos coinciden en que uno de los principales aspectos para el desarrollo de este síndrome es la falta de compatibilidad entre los recursos internos y las demandas externa, que ocasionan que la persona se sienta frustrada al no poder cubrir las demanda de los otros, lo que emocionalmente les produce ciertos sentimientos negativos que merman su conducta y van agotando mentalmente y físicamente al individuo, posteriormente a esta agotamiento aparecen como medida de afrontamiento la despersonalización, lo que conlleva a conductas frías, poco empáticas y de evitación, dando como resultado que el individuo no se sienta realizado como profesional (Gil-Monte, et al., 1995).

El burnout al ser una enfermedad mental caracterizada por el agotamiento, desemboca en el aparecimiento de síntomas físicos, producto de una disminución en las defensas del cuerpo, propiciando así la aparición de enfermedades respiratorias, nerviosas entre otras.

Es importante mencionar que el ser humano es un ser integral e indivisible, pues si bien es cierto el síndrome de burnout se origina en el campo laboral, esto no quiere decir que no afecta a otras áreas del individuo, como a su aspecto familiar, físico y emocional (Gil-Monte, 2001).

#### **4. Consecuencias del Burnout**

El síndrome de Burnout a pesar de tener su origen en el campo laboral, produce afectaciones en varias aristas de la vida de los profesionales, como en el campo de la salud, del trabajo y del entorno familiar.

En el ámbito de la salud, el síndrome de burnout puede verse reflejado mediante la psicomatización, es decir trasladar el malestar psicológico a la parte física, llegando a desarrollar los siguientes malestares o síntomas: dolores de cabeza, fatiga, problemas de insomnio, problemas gastrointestinales, como por ejemplo: gastritis, colon irritable; problemas musculo esqueléticos como: contracturas musculares (Álvarez y Fernández, 1991).

Es importante mencionar que de acuerdo a Schwarzer y Fuchs (1995) las personas con síndrome de burnout pueden llegar a utilizar como vía de escape a sus síntomas el uso de algunas sustancias como el alcohol, el tabaco o la sobre ingesta de fármacos, desarrollando otro tipo de enfermedades hepáticas, del sistema respiratorio o enfermedades cardiacas.

Álvarez y Fernández (1991), refieren que dentro del campo psicológico se pueden presentar los siguientes síntomas: irritabilidad, agresividad, ansiedad, depresión, crisis de pánico, aislamiento.

Las consecuencias del burnout en el ámbito laboral de acuerdo a Ramos (1999) se puede evidenciar con: incremento del ausentismo laboral; problemas de conducta dentro del trabajo, incremento en el número de errores, bajo desempeño laboral, disminución del compromiso del colaborador, incremento de los índices de rotación y disminución en los índices de productividad.

De acuerdo a lo mencionado por Buendía y Ramos (2001), los trabajadores que presentan burnout suelen verse afectados por la baja calidad de sus relaciones interpersonales, pues al estar más irritables son más propensos a: discrepancias dentro

del hogar o con amigos, disminución de las actividades sociales, aislamiento, bajo nivel de comunicación, negativismo.

Las consecuencias del síndrome de Burnout afecta a todas las dimensiones del individuo, pues desde el punto de vista psicológico se sabe que el ser humano no es capaz de manejar de forma aislada el mundo personal y laboral, lo que quiere decir que los problemas del trabajo afectan a la vida persona y viceversa (Buendía y Ramos, 2001).

El agotamiento físico y emocional que sufren las personas que padecen de este síntoma afecta la calidad de vida debido a que a más de las enfermedades físicas que puede manifestar la persona, se puede caer en la utilización de sustancias como el alcohol o el tabaco que pueden ser vistas como una forma de escape del estrés laboral al cual está sometido el profesional (Cooper et al., 1990).

Dentro de los profesionales de la salud se ve un abuso en la utilización de fármacos, pues al tener acceso fácil a los mismos, se puede sobre emplear los mismos, para intentar mermar los síntomas físicos producto del estrés laboral crónico (Álvarez y Fernández, 1991).

La vida afectiva y personal de los individuos con este síndrome se manifiesta en: el poco contacto social con personas fuera de su entorno laboral, pocas actividades de ocio que no estén vinculadas a su ámbito laboral, relaciones interpersonales deficientes, lo que dificulta contar con una red de apoyo que facilite a las persona disipar el estrés laboral.

Las empresas se ven afectadas por los colaboradores que sufren burnout debido que: se incrementan los índices de ausentismo por bajas médicas, mermando así la productividad organizacional; se puede incrementar el número de accidentes laborales ocasionados por el incremento de errores en las actividades cotidianas, mal ambiente laboral e incrementos de los índices de rotación laboral con la correspondiente pérdida de conocimiento (Martínez, 2010).

## **5. Modelo explicativos del burnout**

Existen algunos modelos explicativos sobre el síndrome de Burnout, entre los cuales podemos mencionar los siguientes modelos:

Basados desde la teoría Sociocognitiva del Yo, la percepción de la realidad del individuo está dada por el conocimiento que este tiene, el cual es modificable en base a experiencias. La motivación de la persona para el logro de los objetivos está dada por la autoconfianza de este; también se enfoca en la percepción que tiene el ser humano de su entorno, relacionado estrechamente con la autoestima del individuo, por ende sus emociones, sentimientos y reacciones estarán en consecuencia de como perciba que se ve afectado su autoconfianza (Thompson et al, 1993). Este modelo pone énfasis en los recursos internos del individuo como autoeficacia, autoestima, autoconcepto, todo aquello que viene de adentro de la persona; dentro de este modelo se encuentran los formulados por Harrison et al. (1983).

El modelo de Competencia Social de Harrison (1983), se enfoca en los profesionales de la salud y en como el entusiasmo inicial de los profesionales en esta rama se ve disminuido debido a los problemas o barreras con las que se topan en los centros de trabajo; lo que dificulta el logro de los objetivos iniciales planteados, si este sentimiento se mantiene por mucho tiempo se crea el entorno preciso para el apareamiento del síndrome de Burnout.

Algunos factores limitantes que ocasionan la pérdida de motivación del ser humano en su lugar de trabajo son: la falta de recursos, la poca clarificación del rol, el desajuste de las competencias técnicas y sociales de las personas con el cargo, la sobrecarga laboral y el ambiente de trabajo, entre otros.

El modelo de Autoeficacia de Cherniss (1993), para este autor la autoeficacia de la persona radica en su creencia de que podrá tener éxito independientemente del contexto externo, sin embargo cuando el nivel de autoeficacia es bajo y la persona percibe que el ambiente en el cual desarrolla sus actividades no le permite cumplir sus objetivos se desmotiva y empieza a desarrollar el síndrome de burnout; motivo por el cual aquellas personas con un nivel de autoeficacia alto son menos propensa a desarrollar el síndrome de burnout.

Cherniss (1982) divide al proceso de burnout en tres estadios o fases entre las cuales podemos identificar, la primera es el Estrés, que es la discordancia entre los recursos internos y la demanda de trabajo, lo que provoca en las personas frustración al no poder suplir las demandas externas; la segunda fase es el Agotamiento, el cual hace referencia a los sentimientos con los que el individuo responde al nivel de estrés que

presenta, aquí encontramos los niveles de tensión, fatiga, malestar, entre otros y la última fase la del Afrontamiento Defensivo, que las personas emplean como mecanismo de defensa el distanciamiento y la despersonalización en su entorno laboral, pudiendo llegar a aislarse.

Pines (1993), menciona que las personas más propensas a sufrir el síndrome de Burnout son aquellos que buscan su realización personal en la ayuda a otros y al no poder suplir dicha expectativa aparece el síndrome, pues tenían altas expectativas que no fueron cubiertas, produciendo desmotivación y cansancio emocional y físico en el sujeto.

Modelo de Autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993), señalan que existen cuatro factores que afectan a la persona y crean las condiciones para el desarrollo de este síndrome, estos factores son: “las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del sujeto, el nivel de autoconciencia, las expectativas de éxito personal, los sentimientos de autoconfianza” (p.56).

Thompson, Page y Cooper (1993) menciona que las técnicas de afrontamiento de las personas que manifiestan el síndrome de burnout son ineficaces ante situaciones de riesgos percibidas en los factores mencionados anteriormente; dentro de su estudio llegaron a la conclusión de que los individuos con un nivel de autoconciencia alta son más propensos a desarrollar este síndrome debido a que suelen tener una alta autopercepción, incrementando así los sentimientos de frustración cuando no se cubren las expectativas de éxito personal.

Elaborados desde la Teoría del Intercambio Social, Buunk y Schaufeli (1993), Hobfoll y Freedy (1993). Al ser una sociedad gregaria el ser humano tiene la necesidad básica de vivir en grupo o en comunidades de esta interrelación muchas veces nace el querer compararse con sus pares y cuando se da esta comparación y se percibe que la personas contra la cual se compara está en mejor situación puede darse en los individuos sentimientos de injusticia, lo cual podría desembocar en el desarrollo del síndrome de Burnout.

Modelo de comparación Social de Buunk y Shaufeli (1993), hay tres estresores fundamentales relacionados al proceso de intercambio social que puede desembocar en el desarrollo de burnout, estos son: incertidumbre, la persona no sabe cómo actuar pues

existe una discrepancia entre sus sentimientos y pensamientos; percepción de equidad, el individuo no percibe que se reciba una recompensa acorde a lo entregado en sus interacciones sociales y falta de control, en el campo de los trabajos catalogados como humanitarios pues al trabajar con personas no se tiene control sobre las acciones de los profesionales, es decir el profesional no controla su trabajo pues este depende de la percepción de quien recibe la ayuda o el servicio.

Modelo de Conservación de recursos de Hobfoll y Freddy (1993); debido a la falta de recursos tanto internos como externos los individuos pueden desarrollar sentimientos de carencia y preocupación al querer retener dichos recursos, incrementando de esta forma el nivel de estrés y poniendo a las personas en un nivel de vulnerabilidad alto para el desarrollo de este síndrome.

Desarrollados desde la Teoría organizacional, basado en los estresores que pueden existir dentro del contexto laboral y los cuales están ligados a: la cultura y clima laboral, liderazgo, perfiles profesional y claridad en los roles, entre otros aspectos (Golembiewski, Munzenrider y Carter, 1988).

Fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1988), el síndrome de Burnout es un proceso que se da en etapas, considerando que lo primero que aparece es la despersonalización del individuo por algunos factores como por ejemplo: ambigüedad con el rol, incompatibilidad entre el rol y el perfil de colaborador, lo que desemboca en sentimientos de frustración e ira y como mecanismo de defensa la despersonalización, con lo cual se desarrollaría la segunda fase, una baja realización personal y finalmente se produce el agotamiento emocional.

Winnubst (1993), el desarrollo del síndrome de Burnout en las organizaciones depende de la cultura organizacional, las relaciones interpersonales y apoyo social que se dé dentro de las mismas, este autor defiende que el síndrome de Burnout puede afectar a cualquier profesional.

Cox, Kuk y Leiter (1993), enfocan su modelo en que el síndrome de Burnout solo se da en los profesionales que se desempeñan en los campos humanitarios y que el agotamiento emocional es el eje central del mismo, pues consideran que la despersonalización es una técnica de afrontamiento y la baja realización personal es el resultado de dicha técnica.

Sobre el proceso del Síndrome de Quemarse en el Trabajo, Maslach y Jackson (1986), crean el modelo Tridimensional de MBI- HSS, el cual es la base para la construcción del Maslach Burnout Inventory (MBI), que se centra en los ejes de: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo.

Edelwich y Brodsky (1980), menciona que existen cuatro etapas por las que atraviesan los profesionales: Entusiasmo, por el nuevo reto y el hecho de haber sido seleccionado para la posición, estancamiento, al aterrizar en la realidad del cargo y entender que algunas de sus expectativas iniciales no se encuentran satisfechas, frustración, al no conseguir lo que se esperaba y apatía, hace referencia a la imposibilidad de hacerle frente a la frustración por falta de recursos de afrontamiento. En la última etapa es cuando se empiezan a manifestarse los primeros síntomas de Burnout que varían de una persona a otra y por este motivo muchas veces se ha complicado el diagnóstico de este síndrome.

Modelo de Price y Murphy (1984), quienes hacen la analogía del síndrome de Burnout con las fases por las cuales se atraviesa en las etapas de duelo, pues en un inicio aparece la desilusión, seguida por varios estadios emocionales, basado en este análisis, establece que existen seis estadios que atraviesan las personas con este síndrome, estos son: desorientación, labilidad emocional, culpa debido al fracaso profesional, soledad y tristeza, solicitud de ayuda y equilibrio.

Modelo de Gil Monte (1997), a fin de explicar de forma integral el síndrome de Burnout se toma en consideración algunas variables como: la organización, la personalidad y las diferentes técnicas de afrontamiento; para este autor el síndrome de Burnout se da como una respuesta inadecuada a la percepción de situaciones estresantes, es decir por la discrepancia que puede existir entre la forma de afrontamiento al factor estresante.

A partir de los años 70 hasta la actualidad han existido autores como Thompson, Page y Cooper (1993), que han intentado explicar cómo se desarrolla el síndrome de Burnout, muchos de los cuales han hecho énfasis en que el mismo nace de la exposición constante al estrés y la falta de recursos adecuados para hacerle frente al mismo, es decir las técnicas de afrontamiento con las que cuentan las personas fallan, lo cual producen sentimientos negativos al creerse incapaces de hacerle frente a los problemas



y solucionar los mismos, minando así su autoestima y auto concepto, desvalorizando su autopercepción.

Cuando el individuo empieza a tener una percepción negativa de sí mismo en el rol que desempeña, es cuando aparecen los primeros síntomas de agotamiento emocional, pues se cree poco apto para el desempeño de sus funciones. La falta de clarificación de roles y ambiente laborales tóxicos, donde haya escasa comunicación, malas relaciones interpersonales, condiciones físicas y ergonómicas inadecuadas, también contribuyen a incrementar el sentimiento de frustración y malestar contribuyendo de esta manera al agotamiento emocional (Golembiewski et al, 1988).

El individuo se siente poco valorado y empiezan a crecer los sentimientos de poca realización personal pues existe una percepción negativa e insatisfacción al no poder cubrir las expectativas laborales, se pierde la ilusión inicial que se tenía al comienzo de la vida laboral, algunos comportamientos que incrementan la falta de realización personal, es el hecho de compararse con otras personas y calificar de injusto la situación por la cual se está travesando (Buunk y Shaufeli, 1993).

Otro aspecto que mencionan los modelos expuestos es la expectativa que se tiene sobre el éxito profesional, pues el síndrome de burnout aparece por el hecho de no alcanzar las auto expectativas y/o las expectativas de otros en el desempeño de las funciones para las cual fue contratada la persona, este factor se exagera cuando los resultados del trabajo depende de una tercera persona, como es el caso de las persona que trabajan en áreas médicas o de servicio, cuyo desgaste emocional es más fuerte, al tener que estar más del 50% de su tiempo en interacción constante con personas.

Al inicio Cox et al. (1993), hacían hincapié en que el síndrome de burnout se reservaba únicamente para profesionales de la salud, sin embargo si bien es cierto son el colectivo que por las circunstancia laborales son los más afectados hoy se sabe que este síndrome puede afectar a los profesionales de cualquier rama.

## **6. Prevalencia del burnout:**

Manzano (2001) menciona que todos los profesionales que tienen contacto directo con pacientes o usuarios pueden desarrollar el síndrome de burnout, debido a que las exigencias de estos sobrepasan la capacidad de actuación del profesional, es así que

dentro de las profesiones con tendencia a desarrollar este síndrome podemos considerar a los profesionales de la salud, docentes, áreas de servicio al cliente, profesores, policías, trabajadoras sociales.

De acuerdo a Rodríguez, et al. (2005), los profesionales de la salud médicos y enfermeras, por las condiciones laborales en las que trabajan, son más propensos a desarrollar este síndrome, algunos de las características y estresores a los que se ve sometido estos profesionales son: Contacto continuo con pacientes en situaciones de riesgos, que requieren cuidados y/o tratamientos, horarios rotativos, sobrecarga de trabajo, vida social escasa al tener sobrecarga laboral, poco apoyo social dentro de su entorno de trabajo, alta competitividad entre los profesionales de este ramo, gran nivel de tensión al ser responsables del cuidado de otras personas y alto nivel de exigencia.

Algunos países como: Estados Unidos, Canadá, España, Holanda, Alemania, Chile, México han desarrollado estudios específicos para este colectivos, de los cuales se pueden destacar los siguientes resultados.

**Tabla 1: Prevalencia del Síndrome de Burnout por Países**

<b>País</b>	<b>Resultados</b>
<b>Canadá</b>	33% de los residentes de medicina sufren Burnout.
<b>Colombia</b>	29,3% de los profesionales encuestados presentan el síndrome de burnout
<b>Costa Rica</b>	74% de los profesionales de la salud estudiado sufren burnout
<b>Cuba</b>	30% de la muestra de los profesionales de la salud sufren burnout
<b>España</b>	46,97% de la muestra de los profesionales en salud presentan burnout
<b>Holanda</b>	15% de los trabajadores sufren Burnout con prevalencia en profesionales de la salud y psicólogos.

Fuente: Morales et al., 2015

Elaborado por: Caicedo, 2017

Con base a los resultados obtenidos de investigaciones previas resumidas en la Tabla 1 podemos observar que existe una gran prevalencia en los profesionales de la salud a desarrollar síndrome de burnout, por los factores a los que se ven expuestos y por las

exigencias de la carrera, pues al ser una carrera enfocada a curar y mejorar la calidad de vida de las personas el nivel de estrés es mayor. Los médicos y enfermeras al estar más cerca del dolor humano y a la muerte de las personas, están expuestos de forma constante a niveles de estrés altos, lo que los hace más propensos a desarrollar este síndrome.

La carrera de medicina al ser una profesión altamente competitiva y cuyas condiciones laborales son distintas a la de otros trabajos, pues además de tener constante trato con los pacientes, sus jornadas laborales no son estables y muchas veces trabajan en horarios extendidos, creando así el escenario propicio para desarrollar el síndrome de Burnout (Gil-Monte, 2006).

La despersonalización en este colectivo se ve reflejado en que muchas veces los profesionales de esta rama son visto como fríos o deshumanizados, pues muy pocos muestran empatía hacia el paciente o los familiares al darles malas noticias, sin embargo esta frialdad puede ser un mecanismo de defensa de los profesionales de la salud, que al verse envueltos diariamente en estos ambientes buscan una forma de protección al agotamiento mental que sienten y uno de estos mecanismos de protección es el no involucrarse más allá de lo necesario.

Los estudios realizados en torno al burnout, han provocado que la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2000, declare al mismo como “Un factor de riesgo laboral, debido a su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida del individuo que lo sufre” (Aceves, 2006, p.305).

## **7. Importancia del estudio del burnout**

Social: La Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2013), en el ámbito de Seguridad y Salud en el trabajo, hace referencia a que las organizaciones deben desarrollar planes preventivos y de control para riesgos psicosociales a los que se vean expuestos los trabajadores.

Jurídico: Las normativa legal de países como Brasil y los países regidos por el acuerdo de la Unión Europea, tipifican al síndrome de Burnout como una enfermedad laboral. En Brasil el Reglamento de la Previdencia Social y otras providencias (1999), menciona que las personas que presenten este síndrome deberán recibir las prestaciones económicas como si se tratara de un accidente laboral.

México, dentro de la normativa de Seguridad y Salud en el Trabajo de este país, se cataloga a los riesgos psicosociales como enfermedad laboral y por ende es responsabilidad de los empleadores prevenir la misma mediante planes de prevención y en caso de presentarse algún caso la empresa deberá indemnizar al colaborador como cualquier otra incapacidad (Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2014).

En nuestro país se ha introducido recientemente como parte de la normativa de Seguridad y Salud Ocupacional, expedida por el Ministerio de Trabajo, mediante Acuerdo Ministerial No. MDT-2017-0082, la obligatoriedad a todas las empresas con más de diez trabajadores a implementar un “Programa de Prevención de Riesgos Psicosociales”, dentro de esta misma normativa se establece sanciones para aquellas compañías que no cumplan con esta disposición (Ministerio de Trabajo, 2017).

El Ministerio de Trabajo a través del Acuerdo Ministerial 0082, busca implementar planes de prevención que eviten que los trabajadores desarrollen este síndrome, mediante el involucramiento directo de las empresas, dando a notar que el gobierno central está preocupado por esta problemática que de acuerdo a estadísticas internacionales va en aumento.

Económico: Algunos países han estimado los costos que se pierden por enfermedades relacionadas con el nivel de estrés laboral y por el síndrome de Burnout.

**Tabla 2. Cuantificación del Síndrome de Burnout por Países**

País	Cuantificación
Holanda	Pérdidas de 1.7 billones de euros anuales
Estados Unidos	30.000 a 44.00 millones de dólares anuales
Unión Europea	3% al 4% del PIB (Producto Interno Bruto)

Fuente: Martínez y Hernández, 2005

Elaborador por: Caicedo, 2017

La importancia del estudio del burnout radica en que para el óptimo desempeño de las funciones de los profesionales en cualquier rama, las instituciones que los contratan deben garantizar las condiciones necesarias para que las personas puedan

desempeñar sus actividades en condiciones adecuadas, de acuerdo a lo mencionado por los modelos de las teorías organizacionales promulgado por Winnubst (1993).

Golembiewski, et al. (1988), mencionaba que uno de los factores desencadenantes para la aparición del síndrome de burnout era la ambigüedad con el rol, por este motivo es necesario que las organizaciones definan correctamente las funciones del cargo y establezcan los perfiles adecuados y contraten personas que se ajusten a dicho perfil a fin de evitar que el colaborador se sienta sobre calificado o sub calificado para las actividades que va a desempeñar.

Las empresas deben ser capaces de generar buen clima laboral, pues Winnubst (1993), mencionaba la importancia de este factor para la aparición de este síndrome; la creación de ambientes de confianza dentro de las organizaciones se logra con comunicación abierta, definición de horarios de trabajos; en Francia por ejemplo se han implementado políticas laborales que penan el hecho de enviar mails de trabajo pasado las 18:00 o en fines de semana, pues es considerado como abuso laboral (Código de Trabajo francés, 2016).

Las organizaciones deben contar con procesos y estructuras claramente definidas que impidan la sobrecarga laboral y que permitan dimensionar el número de personas requeridas para una posición; los procesos de cambios estructurales como ascensos, movimientos, despidos deben ser transparentes para todos los miembros de la compañía, a fin de evitar que estos sientas incertidumbre y/o favoritismo en la realización de los mismos (Gil Monte, 2001).

Las empresas deben trabajar en programas que les permitan a los colaboradores conciliar su vida profesional y personal, a fin de que estos puedan desarrollar redes de apoyo social, que les permitan contar con personas que les ayuden a mitigar los efectos del estrés laboral. (Gil Monte, 2001).

Debido al incremento de casos de colaboradores con síndrome de burnout, países como Francia, Brasil y México, han desarrollado políticas legales encaminadas a la protección de los profesionales que presentan este síndrome y han trasladado la obligación de implementar programas de prevención a las empresas, multando a aquellas empresas que no implemente dichos programas.

En nuestro país a pesar de contar con una normativa de Seguridad y Salud Ocupacional, no estaba claramente especificado que las organizaciones debían desarrollar planes de prevención en el campo del riesgos psicosocial, sin embargo esta realidad cambio mediante la promulgación del acuerdo ministerial 0082, en el cual se hace énfasis en la creación de dicho programa, el mismo que será auditado en el primer trimestre del 2018 y habrá sanciones que pueden variar desde multas económicas hasta el cierre de las compañías para quienes que no cumplan dicha disposición.

Es importante mencionar que dentro de esta normativa por primera vez en nuestro país se establece el procedimiento que se debe seguir para denunciar los casos que sean percibidos por el colaborador como riesgo psicosocial, entre los que se incluye: hostigamiento, desvalorización laboral, sobre carga de actividades operativas, entre otras.

Por lo antes expuesto podemos ver que cada vez más las legislaciones laborales de cada país están percibiendo a los riegos psicosociales como amenazantes para la salud psicológica y física de los colaboradores y como una medida de acción buscan implementar planes de prevención; si bien es cierto este es un primer paso, considero que aún existe campo para seguir regularizando este tema e implementar medidas que garanticen no solamente el bienestar físico del colaborador, sino también su bienestar emocional.

De la investigación realizada se puede observar en la Tabla N°2 que existen algunos estudios que han intentado cuantificar el valor que cada año se pierde como consecuencia de que los profesionales manifiesten enfermedades relacionadas al estrés laboral y al burnout, en este sentido nos encontramos que las compañías y los países no solo pierden dinero por el descenso en la productividad de las personas afectadas emocionalmente, sino también por los gastos relacionados; es decir por el incremento en el pago de prestaciones sociales, pues en algunos países el síndrome de burnout es tipificado como cualquier incapacidad y tratada como tal para el pago de indemnizaciones.

Otro factor que afecta a la pérdida de recursos por el síndrome de burnout es el incremento en el pago de prestaciones médicas, pues como se sabe los síntomas del burnout son psicomatizados, incrementando así el nivel de enfermedades físicas, lo que ocasiona que los gobiernos se vean obligados a incrementar los gastos en pagos de

pensiones de salud y las empresas tengan un mayor índice de ausentismo (Kickul y Posig, 2001).

Cabe señalar que en algunos países se ha llegado a detectar que las enfermedades de orden psicosocial, provoca la jubilación anticipada de algunos profesional, con lo cual se incrementa el pago de pensiones de tipo social – laboral (Houtman et al., 2007).

El síndrome de burnout es una afectación que produce un efecto en cadena, pues no solo el colaborador pierde al sentirse desmotivado y con baja realización personal, como consecuencia su entorno se desequilibra y por ende pierde la sociedad. Las compañías también pierden al contar con colaboradores frustrados, disminuyendo los índices de productividad, incrementando los índices de ausentismos y aumentando la rotación voluntarias; al perder las compañías la economía de los países se ve afectada, de ahí la razón por la que muchos países están aplicando normativas encaminadas a la prevención de este tipo de riesgos (Kickul y Posig, 2001).

## **8. Variables Asociadas del Burnout**

Variables Individuales como personalidad, el tipo de personalidad juega un rol preponderante al momento de definir el nivel de riesgo de desarrollar este síndrome, así como la edad y el ámbito laboral en el cual desarrolla sus actividades la persona (De Las Cuevas, 1996).

De acuerdo a Zeidner y Endler (1996) las personas con personalidad A son más propensas a desarrollar este síndrome por el alto grado de auto exigencia que tienen con ellos mismos, al no poder cubrir sus propias expectativas tienden a frustrarse, desmotivarse, así como las personas con personalidades emocionales, pues sus técnicas de afrontamiento son menos eficaces que las personas que tienden a ser más racionales.

Los estudios realizados por Maslach (1982) han demostrado que las personas del género femenino son las más propensas a desarrollar este tipo de síndrome, debido a la sobrecarga de roles en su vida profesional y doméstica, sin embargo estudios

realizados por Schwab e Iwanicki (1982) y Gil-Monte y Peiró (1997) concluyeron que existe mayor grado de despersonalización en las personas de género masculino.

Wilder y Plutchik (1981), mencionaron que un desencadenante del síndrome de Burnout en la población joven es la falta de formación práctica, pues los alumnos universitarios generalmente se entrenan en competencias técnicas pero no se les enseñan técnicas de afrontamiento a situaciones estresantes que deberán manejar en el ámbito laboral.

Sin embargo dentro de los estudios realizados por Aranda y Pando (2010), no se ha llegado a determinar si la edad juega un papel preponderante al momento de definir si una persona será menos o más propensa a desarrollar este tipo de síndromes

La red de apoyo social juega un papel importante, pues son ellos quienes pueden ayudar a la persona a enfrentar mejor el estrés laboral, entre estas fuentes tenemos las relaciones familiares y amistades, quienes hacen que la persona se sienta querida y le brindan un marco de confianza y por ende mitiga los efectos del estrés laboral (Pines y Aronson, 1988).

Los estudios realizados por Golembiewski et al. (1986); Seltzer y Numerof (1988) han demostrado que las personas solteras y sin pareja, son más propensas a desarrollar este síntoma, sin embargo se cree que esto se debe a que las personas casadas o con familia cuentan con una red de apoyo más estable.

Variables Organizacionales, una variable que incrementa la posibilidad de desarrollar este síndrome, es la posición laboral que ocupa la persona dentro de la organización pues hay evidencia que demuestra que la falta de funciones claras y definidas, aumenta el nivel de incertidumbre del colaborador al no saber que se espera exactamente de él y por lo tanto no poder cumplir las expectativas del cargo (Lee y Ashforth, 1993).

La cultura organizacional es la que marca las relaciones interpersonales, así como los estilos de liderazgo y los principios por los cuales se rige la organización, en el caso de que exista incompatibilidad entre los principios de una persona y los de la organización, la posibilidad de que una persona sufra burnout se incrementa (Schaufeli y Bakker, 2007).



De acuerdo a lo mencionado por Lee y Ashforth (1993), el ocupar posiciones para las que no se encuentra preparado el profesional, desencadena el llamado estrés del rol, pues en algunos casos se puede dar sobre valoración del profesional y en otros casos infravalorar a la persona; en ambos escenarios la persona puede sentir frustración, desgaste emocional y baja realización personal.

Otro factor que afecta directamente el estado emocional es la ambigüedad e incertidumbre en el trabajo, la falta de comunicación oficial, pues no se sabe que se puede esperar de la organización y los profesionales se dejan guiar por la comunicación informal, incrementando el nivel de estrés laboral y por ende el agotamiento emocional (Kickul y Posig, 2001).

Condiciones laborales, dentro de este factor se engloban la carga laboral, el pago de salarios de acuerdo al nivel de responsabilidad, el trato equitativo, el horario de trabajo y el entorno físico, pues estas variables afectan directamente al bienestar del individuo y su entorno familiar, si una de estas es percibida por el colaborador como injusta, dicha persona podría desarrollar este síndrome (Gil-Monte, et al., 1993).

Uribe, López y García (2014) menciona que existen algunas variables y condiciones laborales que hacen más propensos a ciertos colectivos profesionales y a ciertas personas a desarrollar el síndrome de burnout. Kobassa (1982) ha correlacionado la variable de tipos de personalidad llegando a mencionar que existen “personalidades resistentes al estrés”, debido a que todas las personas están expuestas a diversos estresores, sin embargo el modo como reaccionan a los mismos son lo que los hacen propensos a sufrir burnout, otros autores ha hecho referencia al grado de autoeficacia, pues se cree que cuando una persona tiene un nivel alto en este factor es menos propenso a sufrir estrés laboral.

En el contexto de las investigaciones realizadas, es importante mencionar que Baruch-Feldman et al. (2002), consideran como una variable para el desarrollo del síndrome de burnout las interacciones sociales que pueden ser consideradas tanto como un estresor como un aliciente, de acuerdo a como se desarrollen las mismas; es decir las interacciones sociales suelen convertirse en estresores cuando estas son demandantes, como por ejemplo en el caso de los profesionales de la salud y docentes, cuyas interacciones sociales están marcadas con el fin de ayudar a otros, en estos contextos es más probable que se desarrolle este tipo de síndrome.

Las interacciones sociales con amigos o familiares que le permiten al profesional distraerse son de gran ayuda para calmar el estrés que puede producir la vida laboral, de allí la importancia del contacto social, debido a que cuando una persona se siente querida y valorada es menos propensa a desarrollar síntomas de poca valía profesional o personal, pues se ha comprobado que el contacto humano reduce los niveles de estrés y ansiedad y mejora la calidad de vida de las personas (Demerouti et al., 2001).

Por otra parte es importante mencionar que los cambios en la forma de hacer negocios y la globalización hacen que cada vez los ambientes laborales sean más demandantes y competitivos, debido a que las organizaciones en su búsqueda de ser más eficientes buscan hacer más con menos, lo que ha ocasionado que las personas deban trabajar horas extendidas, mermando así su calidad de vida personal y laboral (Pérez, 2010).

De acuerdo a lo expresado por Shirom (2003), el burnout nace después de que la persona vive situaciones de estrés por un tiempo prolongado, es así que los profesionales de las organizaciones donde existe un bajo nivel de empowerment (empoderamiento), tienen propensión a desarrollar el síndrome de burnout, debido a la sensación de falta de control sobre su entorno laboral, lo que puede llegar a producir la percepción de la poca valía de sus ideas y disminuir su sentimiento de autonomía.

Adicionalmente es importante señalar que la cultura empresarial y del país es fundamental al momento de que exista mayor o menor tendencia entre la población al desarrollo de este síndrome, pues en Japón, una cultura orientada a ver el trabajo como un fin fundamental de vida y no como un medio para vivir, se considera que anualmente mueren aproximadamente 10.000 personas por sobrecarga laboral o enfermedades relacionadas a la misma, a lo que los japoneses denomina Karoshi. (Ahola et al., 2010).

Culturas laborales rígidas donde no se ve con buenos ojos que los colaboradores dejen las oficina a la hora de salida y se usan sistemas de control de entradas y salidas estrictos, ocasionan estrés adicional a los trabajadores, quienes a la larga pierden la motivación por el trabajo y si este desgaste se convierte en habitual va a terminar desencadenado este tipo de enfermedades y disminuyendo el nivel de compromiso de los colaboradores. (Korn Ferry, 2011)

Los estilos de liderazgo donde prima la obtención de resultados sobre el modo de cómo se obtienen los mismos, la falta de trabajo en equipo, la poca percepción de equidad y la falta de planes de reconocimiento hacen que los trabajadores pierdan la motivación por su vida laboral y muestren síntomas físicos de cansancio, desencadenando enfermedades que les impiden ir a laboral como un mecanismo de defensa al cansancio y el estrés que sienten (Dormann y Zapf, 2004).

Con base a lo mencionado por Zellars y Perrewé (2001) toda la sobredemanda emocional que realizan las empresas a los colaboradores sumados la percepción de no sentirse bien remunerado y poco valorados, hacen que en empresas con climas laborales catalogados como tóxicos exista mayor prevalencia de que sus trabajadores desarrollen el síndrome de Burnout.

Como podemos evidenciar las empresas son las llamadas a crear una cultura empresarial que brinde al colaborador las condiciones necesarias para desarrollar sus actividades en un ambiente laboral adecuado, pues las estadísticas realizadas por Deloitte (2013), demuestran que un colaborador feliz pueden incrementar hasta en un 23% la productividad organizacional, motivo por el cual las organizaciones están desarrollando nuevas formas de trabajo, mediante la creación de espacios recreativos, que le permitan a los colaboradores disminuir el nivel de estrés.

Otra de las alternativas que están implementando las organizaciones enfocadas a mejorar la calidad de vida de sus colaboradores y disminuir la tendencia al desarrollo de este síndrome es la creación de horarios flexibles dentro de las empresas, donde se deja que los colaboradores puedan elegir entre un abanico de horarios, aquel que mejor se ajuste a sus necesidades, esto enfocado a disminuir el nivel de tensión que ocasiona en muchas personas la compaginación de los otros roles que debe desempeñar en su vida cotidiana, como el rol de madre, profesional, estudiante entre otros.

**CAPITULO II.  
METODOLOGIA**

## **1. Objetivos:**

### **a. General:**

Determinar la existencia del síndrome de burnout en 40 profesionales de la salud que laboran en una institución médica privada del sector norte de la ciudad de Quito, y la relación de este síndrome con otras variables, durante el período 2017.

### **b. Específicos:**

Establecer las variables sociodemográficas y laborales prevalecientes en los profesionales que presentan el síndrome de burnout.

Determinar el nivel de cansancio emocional, despersonalización y realización personal que presentan los profesionales de la salud que ha desarrollado este síndrome.

Establecer el grado de malestar emocional presente en los profesionales de la salud.

Identificar las conductas de afrontamiento y si las mismas están relacionadas a la presencia del síndrome.

Determinar las características de personalidad que ocasionan mayor prevalencia de este síndrome

Analizar la existencia de la correlación entre el sistema de apoyo social del profesional de la salud y el desarrollo de este síndrome.

## **2. Preguntas de Investigación:**

¿Qué porcentaje de profesionales sanitarios presentan el síndrome de burnout?

¿Existe algún tipo de correlación entre los profesionales de la salud que presentan el síndrome de burnout y el nivel de apoyo social que tienen?

¿Cuáles son las principales características sociodemográficas que se presentan en los profesionales de la salud con este síndrome?

¿Qué técnicas de afrontamiento presenta aquellas personas que no han desarrollado el síndrome de burnout?

¿Qué tipo de personalidad es más propensa a desarrollar este síndrome?

## **3. Contexto**

La investigación se desarrolló en una Clínica privada situada en el norte de la ciudad de Quito, en la cual se evaluó la prevalencia de este síndrome en cuarenta profesionales de la salud, entre médico y enfermeras; a los cuales se les aplicó seis cuestionarios; a fin de preservar la confidencialidad de la información a los participantes se les identificará mediante códigos.

Los cuestionarios aplicados fueron: Sociodemográfico y Laboral, MBI (Maslach Burnout Inventory), Salud Mental (GHQ28), la Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), MOS de Apoyo Social, revisado de Personalidad de Eysenck (EPQR-A).

#### **4. Diseño de Investigación**

La investigación realizada fue exploratoria, debido a que se quiere determinar la prevalencia del síndrome de burnout en profesionales de la salud y los factores relacionados con el mismo.

El proceso investigativo se desarrolló en el campo y es una investigación no experimental, pues no se manipularon las variables, lo que se hizo fue recolectar los datos y posteriormente analizarlos para entender la correlación existente entre las distintas variables investigadas, como la recolección de datos se realizó en un periodo de tiempo específico, es una investigación transeccional (Colmenares, 2007).

Al analizar seis variables diferentes y recolectar información sobre cada una estamos hablando de una investigación descriptiva y cuantitativa para lo cual se empleó como técnica de recolección de datos cuestionarios impresos (Hernández, et al., 2003).

#### **5. Muestra**

La muestra es la selección de una porción de un colectivo grande llamado población, para que la investigación sea significativa la muestra debe ser la adecuada, a fin de que podamos interferir los resultados de la población con base a los resultados obtenidos en la muestra seleccionada (Vargas, 2001).

Hernández, et al. (2010), a fin de que una muestra sea significativa esta debe ser representativa, es decir contar con características relevantes de la población, y a la vez debe ser aleatoria, a fin de que toda la población tenga la misma oportunidad de participar en el proceso de investigación.

Para la selección de la muestra se consideró como criterio de inclusión todos los médicos y enfermeras del centro médico que hayan manifestado su deseo de participar mediante la firma del documento Consentimiento Informado; como criterio de exclusión se encontraban todas las personas del área administrativa, farmacéutica y laboratorio y

aquellos doctores y enfermeras que hayan manifestado su deseo de no participar en el proceso investigativo.

La muestra seleccionada para el presente trabajo de investigación fue de 40 profesionales médicos, 17 Doctores y 23 Enfermeras, la misma que fue seleccionada al azar dentro del centro médico en el cual se realizó el proceso de investigación.

## **6. Métodos, técnicas e instrumentos de investigación.**

### **a. Método**

De acuerdo a lo mencionado por Cook y Reichardt (1986) existen dos tipos de métodos que nos permiten realizar una adecuada investigación y estos son los métodos: cualitativos y cuantitativos.

Los métodos cualitativos son aquellos que nacen al “aplicar una metodología específica orientada a captar el origen, el proceso y la naturaleza de estos significados que brotan de la interacción simbólica entre los individuos” (Olabuénaga, 2012, p.43).

Cook (1986), los métodos cuantitativos son aquellos orientados al resultado, por lo que busca las causas que provocaron los resultados, verifica que los datos de la investigación sean sólidos y repetibles para poder formular una conclusión.

El método empleado en la presente investigación es cuantitativo debido a que se emplearon cuestionarios, que nos permiten medir la incidencia del síndrome de Burnout en profesionales de la salud, analizar los resultados obtenidos, la correlación entre las distintas variables y poder realizar una generalización (Hernández, et al., 2003).

Dentro de los métodos de investigación específicos se ha planteado la utilización del método descriptivo a fin de explicar y analizar la prevalencia del síndrome de burnout en los profesionales de la salud y el impacto de la presencia del mismo en su salud emocional.

Al haber evaluado cinco variables adicionales se empleará el método analítico y estadístico, a fin de correlacionar las variables y llegar a determinar la relación existente entre las mismas, para lo cual se emplearán herramientas estadísticas; analizada la información se utilizará el método inductivo y deductivo para poder llegar a conclusiones generales sobre la investigación realizada.

## **b. Técnicas:**

Hernández (2010), menciona que entre las principales técnicas de recolección de datos primarios tenemos: la observación, entrevista y cuestionarios autoadministrados, las mismas que nos permiten obtener la información requerida para la investigación; entre las principales ventajas de los cuestionarios autoadministrados son la disminución en costos y la reducción del tiempo de aplicabilidad, este tipo de herramientas pueden ser electrónicas o físicas. Los cuestionarios autoadministrados que son los que se emplearon en la presente investigación me permitieron recolectar la información mediante la entrega de los cuestionarios a los profesionales de la salud (Suarez, et al., 2009)

## **c. Procedimiento**

A fin de llevar a cabo la presente investigación se solicitó a la institución médica una reunión en la cual le explique al Director el motivo de la investigación, la importancia de la misma, los instrumentos a emplear y el número de la muestra seleccionada; el Director del centro médico autorizó la realización de la investigación dentro de sus instalaciones y acordamos la fecha de inicio de la aplicación de los instrumentos.

Con el objetivo de aplicar los instrumentos, me reuní con los doctores de cada piso y con la jefa de enfermería, me presente les explique el motivo de la investigación, la importancia de la misma y el manejo confidencial de los datos, posterior a esta explicación me reuní en sus tiempos libres con cada médico y enfermera para llenar el consentimiento informado y la baterías de cuestionarios.

Culminado el proceso de recolección de datos se procedió a ingresar la información en las plantillas proporcionadas por la universidad, con el objetivo de tabular las respuestas y poder correlacionar las variables analizadas.

## **d. Instrumentos**

Los cuestionarios que se emplearon en la presente investigación y con los cuales se busca llegar a cumplir los objetivos de la misma fueron:

### **1. Sociodemográfico y Laboral:**



El objetivo de este cuestionario era conocer el contexto personal, familiar y laboral del profesional de la salud, para lo cual se emplearon preguntas referentes a la edad, género, raza, nivel de ingresos, estado civil, número de hijos.

Dentro del contexto laboral se realizaron preguntas sobre el rango de ingresos, número de horas trabajadas, tipo de jornada laboral, contrato, número de pacientes atendidos, grado de percepción de la institución en la cual labora.

El cuestionario está compuesto por 32 ítems (25 preguntas de respuesta de selección y 7 preguntas de respuestas cortas).

## **2. MBI (Maslach Burnout Inventory)**

El cuestionario MBI mide el índice de burnout centrándose en tres ejes: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo, para lo cual se solicita a la persona que conteste 22 enunciados que hacen referencia a los sentimientos y pensamientos respecto a su interacción laboral.

El MBI emplea una escala de Likert, con 6 rangos que van desde: nunca a diariamente y clasifica al síndrome de Burnout en Leve, Moderado y Alto.

Puntuaciones altas en los factores de agotamiento emocional y despersonalización indican que la persona presenta un nivel de agotamiento en estos dos factores y podría presentar el síndrome de burnout a diferencia del eje de realización personal, en el cual una puntuación baja es la que se relaciona con este síndrome.

## **3. Salud Mental (GHQ28)**

Este cuestionario evalúa el nivel emocional de las personas, mediante el análisis de la prevalencia de la “psicopatología general de carácter neurótico” (De la Revilla, De los Ríos y Del Castillo, 2004, p.417).

GHQ28 está conformado por 28 ítems, que se miden en escala de Likert y que mide cuatro factores: síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, eficacia social y depresión grave (De la Revilla et al., 2004).

## **4. La Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE)**

Mide el tipo de afrontamiento activo o pasivo que presenta una personas, para lo cual evalúa 14 dimensiones con 2 ítems cada una dando como resultados un cuestionarios conformado por 28 ítems, los cuales son medios en escala de Likert (Vargas, et al., 2010).

Las dimensiones evaluadas son:

1. Afrontamiento Activo: La persona desarrolla actividades encaminadas a la resolución del problema.
2. Planeamiento: Establecer una estrategia y los pasos que se deben llevar a cabo para salir de la situación actual.
3. Autodistracción: Ocupa la mente y su tiempo en otras actividades que le impiden pensar en el problema.
4. Apoyo Instrumental: Utilizar recursos existentes en el entorno con el objetivo de buscar la solución al problema.
5. Apoyo Emocional: Buscar apoyo en la red social a fin de solucionar el inconveniente.
6. Reformulación Positiva: Se ve al problema como una oportunidad de aprendizaje, dándole un nuevo enfoque a la situación.
7. Aceptación: La persona entiende que tiene un problema y puede decidir cómo actuar ante el mismo.
8. Negación: La persona no acepta lo que está pasando y se refugia en un mundo de fantasía para evitar hacerle frente al problema.
9. Religión: La persona se refugia en la religión en situaciones problemáticas o estresantes.
10. Autoculpa: Culparse por la situación, sin establecer un enfoque claro para solucionar el problema.
11. Descarga Emocional: A fin de disminuir las emociones negativas la persona debe manifestar todos los sentimientos que le produjo dicha situación.
12. Desconexión Conductual: Renunciar o disminuir los esfuerzos y acciones encaminadas a superar la situación de estrés.
13. Uso de Sustancias: Se emplea sustancias psicotrópicas o estupefacientes para evadir la realidad.
14. Humor: Disminuir la connotación negativa del problema mediante el empleo del humor.

## **5. Cuestionario MOS de Apoyo Social**

El Medical Outcomes Study - Social Support Survey (MOS) fue desarrollado por Sherbourne y Stewart (1991).

Mide las dimensiones del apoyo social, para lo cual evalúa la red social de las personas y las dimensiones de: Apoyo Emocional (Consejería, asesoramiento), Material o Instrumental (Apoyo en el hogar), Relaciones Sociales de Ocio – Distracciones (Red de comunicación y esparcimiento) y Apoyo Efectivo (Demostraciones de estima y afecto)

El MOS consta de 20 ítems, los cuales son valorados bajo la escala de Likert, con 5 rangos que van desde: nunca a siempre.

#### **6. Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck (EPQR-A)**

Eysenck Personality Questionnaire Revised- Abbreviated (Francis, Brown y Philipchalk, 1992), el cuestionario está conformado por 24 ítems que analiza cuatro factores de la personalidad: Extraversión, Neuroticismo, Psicoticismo y Escala de Sinceridad que es la tendencia que presenta una persona para decir la verdad.

Cuando una persona posee un alto grado de extraversión, estamos hablando de una persona sociable. En el factor de neuroticismo los rangos altos indican que la persona puede ser ansiosa o presentar enfermedades psicosomáticas, este factor nos ayuda a establecer si una persona es estable o neurótica. El Psicoticismo nos permite evaluar el grado de empatía y conflictividad de la persona evaluada, puntuaciones altas representan personas con menor empatía.

EPQR-A, emplea una escala dicotómica de Si y No para cada ítem evaluado.

**CAPITULO III:  
ANALISIS DE DATOS**

## 1. Muestra

**Tabla 1. Distribución de la Muestra**

	Médicos	Enfermeras
<b>Muestra Invitada</b>	17	23
<b>Muestra real</b>	16	22

Fuente: Investigación de Campo  
Elaborado por: Caicedo, 2017

Se invitó a participar en la presente investigación a 40 profesionales de la salud, sin embargo al revisar los instrumentos evaluados se estableció trabajar con una muestra real de 38 personas, de las cuales el 58% son enfermeras y el 42% médicos

## 2. Características sociodemográficas

**Tabla 2. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud**

	Profesión			
	Médico/a		Enfermero/a	
	N	%	N	%
<b>Sexo</b>				
Hombre	6	37,5	0	0
Mujer	10	62,5	22	100
<b>Edad</b>				
<i>M</i>	35,4		37,9	
<i>DT</i>	8,4		10,3	
Max	60		55	
Min	27		22	
<b>Número de hijos/as</b>				
<i>M</i>	1,4		1,5	
<i>DT</i>	1,5		1,2	
Max	4		4	
Min	0		0	
<b>Etnia</b>				
Mestizo/a	9	60	11	50
Blanco/a	5	33,3	11	50
Afroecuatoriano/a	0	0	0	0
Indígena	1	6,7	0	0
<b>Estado civil</b>				
Soltero/a	5	31,3	7	31,8
Casado/a	8	50	10	45,5
Viudo/a	1	6,3	2	9,1
Divorciado/a	1	6,3	2	9,1
Unión libre	1	6,3	1	4,5

Fuente: Cuestionario sociodemográfico AD HOC  
Elaborado por: Caicedo, 2017

El 62,5% de los médicos y el 100% de las enfermeras participantes son mujeres.

La edad media de la muestra de los médicos es de 35,4 años con una edad máxima de 60 años, mientras que la edad media de las enfermeras es de 37,9 años con una edad máxima de 55 años.

El número de hijos/as medios en médicos y enfermeras es muy similar, 1,4 para el primer grupo y 1,5 para enfermeras.

El 60% de los médicos participantes se consideran mestizos, el 33,3% blancos y el 6,7% indígenas; mientras que el grupo de las enfermeras el 50% se considera mestiza y el otro 50% blancas.

La mitad de los doctores están casado y el 31,3% está soltero; el 45,5% de las enfermeras se encuentran casadas y el 31,8% son solteras.

### 3. Características laborales

**Tabla 3. Características laborales de los profesionales de la salud**

	Profesión			
	Médico/a		Enfermero/a	
	N	%	N	%
<b>Ingresos mensuales</b>				
0 a 1000	1	6,3	11	50
1001 a 2000	8	50	10	45,5
2001 a 3000	5	31,3	1	4,5
3001 a 4000	1	6,3	0	0
4001 a 5000	1	6,3	0	0
5001 a 6000	0	0	0	0
<b>Experiencia profesional</b>				
<i>M</i>	8,2		11,8	
<i>DT</i>	8		9,1	
Max	34		30	
Min	2		2	
<b>Sector en el que trabaja</b>				
Público	0	0	0	0
Privado	13	81,3	21	95,5
Ambos	3	18,8	1	4,5
<b>Tipo de contrato</b>				
Eventual	0	0	0	0
Ocasional	1	6,3	2	9,1
Plazo fijo	1	6,3	5	22,7
Nombramiento	2	12,5	6	27,3
Servicios profesionales	12	75	9	40,9

Ninguno	0	0	0	0
<b>Nº de pacientes/día</b>				
<i>M</i>	13,5		13,4	
<i>DT</i>	5,9		9	
Max	30		50	
Min	8		4	
<b>Horas de trabajo/día</b>				
<i>M</i>	10,3		10,3	
<i>DT</i>	4		1,9	
Max	24		12	
Min	6		6	
<b>Recursos Institucionales</b>				
Totalmente	12	75	18	81,8
Mediadamente	4	25	4	18,2
Poco	0	0	0	0
Nada	0	0	0	0
<b>Turnos</b>				
Si	10	62,5	16	72,7
No	6	37,5	6	27,3

Fuente: Cuestionario de variables laborales AD HOC

Elaborado por: Caicedo, 2017

El 50% de los doctores perciben ingresos mensuales entre 1.001 USD a 2.000 USD y el 31,3% entre 2.001 USD a 3.000 USD. El 50% de las enfermeras perciben ingresos mensuales de hasta 1.000 USD y el 45,5% entre 1.001 USD a 2.000 USD.

La experiencia media de los doctores es de 8,2 años mientras que en las enfermeras es de 11,8 años.

El 81,3% de los doctores trabajan en el sector privado y el 95,5% de las enfermeras también se enfocan en este segmento.

El 75% de los doctores presentan sus servicios bajo la figura de Servicios Profesionales, el 12,5% por nombramiento. El 40,9% de las enfermeras trabajan bajo servicios profesionales y el 27,3% por nombramiento.

La media de pacientes que atienden doctores y enfermeras es similar 13,4; el número máximo de pacientes por doctor es de 30 diarias y de 50 para las enfermeras,

Las horas medias trabajadas por doctores y enfermeras son de 10,3 horas.

El 75% de los doctores y el 81,8% de las enfermeras consideran que la institución les provee de los recursos necesarios para la realización de su trabajo.

El 72,7% de las enfermeras y el 62,5% de los doctores trabajan bajo el esquema de turnos.

#### 4. Resultado de las Dimensiones del Burnout

**Tabla 4. 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	6	37,50%	10	45,50%
	Medio	4	25,00%	2	9,10%
	Alto	6	37,50%	10	45,50%
Despersonalización	Bajo	8	50,00%	10	45,50%
	Medio	2	12,50%	3	13,60%
	Alto	6	37,50%	9	40,90%
Realización personal	Alto	8	50,00%	9	40,90%
	Medio	3	18,80%	10	45,50%
	Bajo	5	31,30%	3	13,60%

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

Elaborado por: Caicedo, 2017

El 37,5% de los doctores y el 45,5% de las enfermeras presentan un alto agotamiento emocional.

En el factor de despersonalización el 37,5 de los doctores y el 40,9% de las enfermeras obtuvieron una puntuación alta.

El 31,3% de los doctores y el 13,6% de las enfermeras mostraron tener una baja realización personal.

## 5. Resultado de los Casos de Burnout

**Tabla 5. 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	15	93,8%	20	90,9%
	Presencia	1	6,3%	2	9,1%

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

Elaborado por: Caicedo, 2017

El 6,3% de los doctores y el 9,1% de las enfermeras presentan en síndrome de Burnout.

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



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

		Profesión			
		Médico/a		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Síntomas somáticos	No caso	9	56,3%	6	27,3%
	Caso	7	43,8%	16	72,7%
Ansiedad	No caso	7	43,8%	11	50,0%
	Caso	9	56,3%	11	50,0%
Disfunción social	No caso	16	100,0%	20	90,9%
	Caso	0	0,0%	2	9,1%
Depresión	No caso	16	100,0%	16	76,2%
	Caso	0	0,0%	5	23,8%

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

El 43,8% de los doctores y 72,7% de las enfermeras presentan síntomas somáticos, en lo referente a los síntomas de ansiedad el 56,3% de los doctores y el 50% de las enfermeras presentan la misma.

Los doctores evaluados no presentan casos de disfunción social ni de depresión, mientras que el 9,1% de las enfermeras presentan casos de disfunción social y el 23,8% depresión.

## 7. Estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud

**Tabla 7. Estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud.**

	Profesión							
	Médico/a				Enfermero/a			
	M	DT	Máx.	Mín.	M	DT	Máx.	Mín.
Auto distracción	2,88	2,28	6,00	,00	3,55	2,02	6,00	,00
Afrontamiento activo	3,44	1,93	6,00	1,00	3,73	2,03	6,00	,00
Negación	2,44	2,68	6,00	,00	1,64	2,06	6,00	,00
Uso de sustancias	,94	1,44	4,00	,00	,50	,91	3,00	,00
Apoyo emocional	2,88	2,22	6,00	,00	2,95	2,13	6,00	,00
Apoyo instrumental	2,50	2,16	6,00	,00	2,68	1,84	6,00	,00
Retirada de comportamiento	1,75	1,65	5,00	,00	1,59	1,71	5,00	,00
Desahogo	3,06	2,02	6,00	,00	3,23	1,90	6,00	,00
Replanteamiento positivo	3,94	1,91	6,00	1,00	4,64	1,53	6,00	1,00
Planificación	3,50	2,07	6,00	,00	4,18	1,76	6,00	1,00
Humor	1,88	2,03	6,00	,00	2,36	2,42	6,00	,00

Aceptación	3,00	1,67	6,00	,00	3,18	1,65	6,00	,00
Religión	3,20	2,57	6,00	,00	4,55	1,87	6,00	,00
Culpa de si mismo	3,13	2,28	6,00	,00	2,18	1,74	6,00	,00

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

De las 14 técnicas de afrontamiento evaluadas las medias más significante en los doctores con 3,94 fue el replanteamiento positivo, seguida por la planificación con 3,5 y el afrontamiento activo con 3,44; para el caso de las enfermeras la media más significante se encontró en el factor de replanteamiento positivo 4,64, seguida por religión 4,55 y finalmente por planificación con una media de 4,18.

## 8. Percepción del Apoyo Social

**Tabla 8. 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	82,50	18,42	100,00	37,50	76,48	15,77	100,00	42,50
Apoyo instrumental	84,69	14,66	100,00	60,00	76,14	15,50	100,00	45,00
Relaciones sociales	86,56	13,87	100,00	60,00	82,05	12,60	100,00	55,00
Amor y cariño	91,25	10,53	100,00	66,67	87,58	10,75	100,00	66,67

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

La precepción de apoyo con una media más alta tanto para los doctores como para las enfermeras fue el indicador de amor y cariño con 91,25 doctores y 87,58 enfermeras, seguidas por el factor de relaciones sociales.

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

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

	Profesión							
	Médico/a				Enfermero/a			
	M	DT.	Máx.	Mín.	M	DT.	Máx.	Mín.
Neuroticismo	2,27	2,40	6,00	,00	2,64	1,97	6,00	,00
Extroversión	3,56	2,19	6,00	,00	3,36	2,13	6,00	,00
Psicoticismo	1,50	1,15	4,00	,00	1,64	,90	4,00	,00

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

El rasgo de personalidad cuya media fue la más significativa fue el de extroversión para médicos con una media de 3,56 y para las enfermeras con una media de 3,36.

## **10. Discusión**

El 42% de la muestra analizada son médicos de los cuales el 62,5% son de género femenino y el 37,5% pertenecen al género masculino. El 58% de la muestra son enfermera y el 100% de las mismas son de género femenino, datos que guardan relación con la información del INEC 2010, en la cual se establece que en la ciudad de Quito el 51% de la población es de género femenino.

La edad media de los médicos es de 35,4 años y la de las enfermeras de 37,9 años, mientras que la media de número de hijos para los médicos es de 1,4 y para las enfermeras de 1,5. El 60% de los médicos y el 50% de las enfermeras que su etnia consideran que su etnia es la mestiza, concordando con último estudio realizado por el INEC, en el cual se establece que el 82% de la población de Pichincha se considera mestiza.

El estado civil predominante tanto en los médicos como en las enfermeras es el casado 50% en el caso de los médicos y 45,5% en el caso de las enfermeras, superior al promedio de los pichinchanos que establecen que el 40,1% de la población es casada (INEC 2010).

Con relación a las características laborales el 50% de los médicos reciben salarios entre 1.001 USD a 2.000 USD, mientras que el 50% de las enfermeras perciben salarios de hasta 1.000 USD, lo cual les permitiría cubrir los costos de la canasta básica familiar cuyo costo es de 708,08 USD a Diciembre 2017, de acuerdo a los datos del INEC.

La experiencia promedio de los médicos es de 8,2 años, mientras que de las enfermeras es de 11,8 años. El 81,3% de los médicos y el 95,5% de las enfermeras trabajan en el sector privado, lo cual tiene concordancia, debido a que la investigación se realizó en una clínica privada de la ciudad de Quito.

El tipo de contrato prevalente es de Servicios Profesionales, el 75% de los médicos tienen este tipo de contrato y el 40,9% de las enfermeras, más de la mitad de los profesionales trabajan por turnos, lo cual tiene relación con el tipo de profesión y trabajo que desempeñan. A pesar de que en el código de trabajo ecuatoriano se establece que la jornada laboral

deberá tener una duración de 8 horas diarias la media de horas trabajadas tanto por los médicos como por las enfermeras es de 10,3 horas atendiendo una media de 13,5 pacientes al día los médicos y 13,4 pacientes las enfermeras; tanto los doctores como las enfermeras consideran que la clínica les proporciona los recursos necesarios para realizar su trabajo.

Los resultados obtenidos al evaluar las tres dimensiones del Burnout, arrojaron que el 93,8% de los doctores y el 90,9% de las enfermeras no presentan el mismo, es importante señalar que el 45,5% de las enfermeras y el 37,5% de los doctores presentaron un alto agotamiento emocional, en el factor despersonalización el 37,5% de los doctores y el 40,9% de las enfermeras presentaron una puntuación alta, mientras que el 31,3% de doctores y el 13,6% de enfermeras tenían un bajo grado de realización personal, es importante señalar que de acuerdo a la herramienta de Maslach Burnout Inventory (MBI), para que una persona sea considerada con este síndrome es necesario que tenga altos niveles de agotamiento emocional, alto grado de despersonalización y bajo nivel de realización personal.

Con lo referente al malestar emocional el 72,7% de las enfermeras y el 43,8% de los doctores presentaron síntomas somáticos, mientras que el factor ansiedad el 56,3% de los doctores y 50% de las enfermeras reportaron conductas asociadas a este factor. En el caso de los doctores ninguno presentó disfunción social y el 9,1% de las enfermeras si lo presentó, en los doctores no se evidenció casos de depresión y en las enfermeras se pudo establecer que el 23,8% presentó temas ligados a la depresión, medir los factores descritos es relevante, pues de acuerdo a las investigaciones realizadas por Álvarez y Fernández en 1991, muchas veces las personas que presentan el síndrome de burnout trasladan el malestar psicológico a la parte física mediante el proceso denominado psicomatización.

Se evaluaron 14 variables de afrontamiento de las cuales se puede observar que la más empleada tanto por médicos como por enfermeras es el replanteamiento positivo, en el caso de los doctores esta estaba seguida por el factor de planificación y afrontamiento activo, mientras que en el caso de las enfermeras se encontraba la religión y planificación; evaluar las técnicas de afrontamiento nos permite determinar los recursos con los que cuentan las personas para hacerle frente a la circunstancia diarias, en la investigación realizada por Edelwich y Brodsky (1980) mencionaban que una de las causas del síndrome de burnout se da por la falta de las técnicas de afrontamiento de las personas frente a los estresores de su ambiente.

Al evaluar la percepción del apoyo social la media que obtuvo mayor puntaje fue el factor de amor y cariño con una media de 91,25 en los doctores y 87,58 en las enfermeras, el segundo factor con una media mayor fue el de Relaciones Sociales 86,56 doctores y 82,05 enfermeras; las redes de apoyo social son importantes para que las profesionales se sientan apoyados por sus familiares y amigos y de esta forma mermar los efectos ocasionados por el estrés laboral (Pines y Aronson, 1988).

Los estudios realizados por Zeidner y Endler (1996) arrojaron que la personalidad influye en la propensión de la persona a desarrollar el síndrome de Burnout y que aquellas personas que tienen un nivel de auto exigencia alto y tienen a ser más emocionales son más propensas a presentar este síndrome, en la investigación realizada el rasgo de personalidad con la media mayor fue el de Extroversión con una media de 3,56 doctores y 3,36 enfermeras, seguido por el rasgo de neuroticismo con medias de 2,27 doctores y 2,64 enfermeras.

## CONCLUSIONES

Los profesionales de la salud son quienes están más expuestos a sufrir el síndrome de Burnout, debido a las condiciones laborales en las cuales trabajan entre las cuales se pueden citar: constante trato con el paciente, horarios rotativos, carga laboral, descanso limitado, aspecto que después de la investigación de campo se pudo corroborar, pues la media de horas diarias trabajadas fue de 10,3 horas diarias, cuando la Organización Internacional del Trabajo (OIT) recomienda jornadas laborales de ocho horas, es importante señalar que el 68% de las personas que participaron en el estudio laboran en turnos rotativos, lo cual merma la calidad de sus relaciones intrapersonales.

El síndrome de Burnout puede llegar a desembocar en la psicomatización del mismo, presentando síntomas físicos como: dolores de cabeza, fatiga, problemas de insomnio, problemas gastrointestinales, problemas musculo esqueléticos, lo cual como pudimos ver en el proceso investigativo incrementa los índices de ausentismo de los trabajadores de la salud y los costos laborales.

Las técnicas de afrontamiento, la personalidad y el apoyo social con el que cuentan los profesionales son determinantes para que una persona desarrolle el síndrome de burnout, pues se ha llegado a determinar que aquellas personalidades de tipo A y más emocionales, son aquellas más propensas a presentar el mismo, pues sus técnicas de afrontamiento no son tan eficaces como aquellas con personalidades llamadas más racionales, la red de apoyo con las que cuentan las personas puede ayudar a la mitigación de los efectos del estrés laboral y por ende frenar la aparición de este síndrome.

El estudio realizado a los profesionales de la salud en un centro médico de la ciudad de Quito fueron concluyentes al establecer que el 6,3% de los doctores y 9,1% de las enfermeras presentan síndrome de Burnout, en la investigación también se pudo determinar que existen casos de presencia de síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social y depresión en el colectivo analizado.

## RECOMENDACIONES

Se recomienda a la institución que realice campañas de comunicación interna donde se les haga conocer al personal médico sobre las causas y consecuencias del síndrome de Burnout.

A fin de mejorar la calidad de vida personal y laboral se recomienda que la institución médica les ofrezca la ayuda psicológica requerida a las personas que presentan este síndrome.

Para evaluar el número de profesionales que requiere el centro médico es recomendable que se realice un estudio de carga de trabajo con el objetivo de evitar que las personas laboren más del tiempo establecido.

Es recomendable que dentro de la institución médica se generen espacios de esparcimiento adecuados donde los médicos y enfermeras puedan relajarse en sus tiempos libres, además de brindarles charlas y talleres que les enseñen nuevas técnicas de afrontamiento a los problemas que presentan en su día a día.

Se sugiere que la institución cuente con un psicólogo al cual los médicos y enfermeras puedan acudir para contarle sus problemas y que en conjunto puedan trabajar en planes de acción o re orientación, a fin de evitar la aparición de este síndrome.

Con el objetivo de tener una idea clara sobre todo el personal que labora en la institución se recomienda que el estudio se haga a toda la población por un psicólogo externo que pueda plantear los respectivos planes de acción en aras de mejorar la atención a los pacientes, el clima laboral y disminuir los niveles de ausentismo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham, A. (1984). Estrés y burnout en profesores. *Revista internacional de psicología clínica y de salud*, p. 32.
- Aceves, G. A. (2006). Síndrome de burnout. *Archivos de Neurociencias*, 11, 4, p.305.
- Agudelo, D., Buela, G., y Donald, C. (2007). Ansiedad y depresión: El problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental*, 30(2).
- Ahola, K., Väänänen, A., Koskinen, A., Kouvonen, A., y Shirom, A. (2010). Burnout como un predictor de la mortalidad por todas las causas entre los empleados industriales: un estudio prospectivo de 10 años de vinculación de registro. *Revista de investigación psicosomática*.
- Albaladejo, R., Villanueva, R., y Ortega, P. (2004). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78(4), 505-516.
- Álvarez, E., y Fernández, L. (1991). El Síndrome de " Burnout" o el desgaste profesional (II): Estudio empírico de los profesionales gallegos del área de Salud Mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*.
- Aranda C. y Pando M. (2010). Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. *Revista colombiana de psiquiatría*.
- Ávila, J., Gómez, L., y Montiel, M. (2010). Características demográficas y laborales asociadas al Síndrome de Burnout en profesionales de la salud. *Pensamiento psicológico*.
- Bakker, A., y Schaufeli, W. (2007). Crossover del burnout: Un diseño experimental. *Revista Europea de Trabajo y Psicología Organizacional*.
- Baruch-Feldman, C., Brondolo, E., Ben-Dayana, D., y Schwartz, J. (2002). Fuentes de apoyo social y burnout, satisfacción laboral y productividad. *Revista de psicología de la salud ocupacional*.
- Bresó, E., Caballero, C., y González, O. (2015). Burnout en estudiantes universitarios. *Psicología desde el Caribe*.
- Brill, P. (1984). La necesidad de una definición operacional de burnout. *Salud Familiar y Comunitaria*.
- Burke, R. (1987). Burnout: Un examen del modelo de Cherniss. *Estudios de Grupo y Organización*.
- Burke, R. (1971). El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*.



- Buunk, B., y Schaufeli, W. (1993). Burnout: Una perspectiva de la teoría de comparación social.
- Caballero, C., Bresó, E., y González O. (2015). Burnout en estudiantes universitarios. *Psicología desde el Caribe*. <https://dx.doi.org/10.14482/psdc.32.3.6217> p. 427
- Cherniss, C. (1993). El papel de la autoeficacia profesional en la etiología del Burnout. *Consulta* (pp. 113-118). New York: Marcel Dekker.
- Colmenares, A. (2007). El conocimiento como ciencia y el proceso de investigación.
- Cook, T., y Reichardt, C. (1986). *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Madrid: Morata.
- Cox, T., Kuk, G. y Leiter, M. (1993), Burnout, Salud, estrés laboral y salud organizacional. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (eds), *El agotamiento profesional: desarrollos recientes en teoría e investigación*. Reino Unido: Taylor y Francis.
- De las Cuevas C. (1996). El Desgaste profesional en atención primaria: presencia y distribución del síndrome de " Burnout".
- De la Revilla, L., De los Ríos, A., y del Castillo, J. (2004). Utilización del Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-28) en la detección de los problemas psicosociales en la consulta del médico de familia.
- Demerouti, E., Bakker, A., Nachreiner, F., y Schaufeli, W. (2001). El modelo de demandas de empleo-recursos de burnout. *Revista de Psicología Aplicada*.
- Dormann, C., y Zapf, D. (2004). Estresores sociales relacionados con el cliente y burnout. *Revista de psicología de la salud ocupacional*.
- Edelwich, J., y Brodsky, A. (1980). *Burn-out: Etapas de la desilusión en las profesiones de ayuda* (Vol. 1). Nueva York: Prensa de Ciencias Humanas.
- Farber, B. (1991). *Crisis en la educación: Estrés y agotamiento en el profesor estadounidense*.
- Farber, B. A. (2000). Estrategias de tratamiento para diferentes tipos de desgaste de los maestros. *Revista de Psicología Clínica*.
- Folkman, S., y Lazarus, R. (1986). Procesos de estrés y sintomatología depresiva. *Revista de psicología*.
- Freudenberger, H. (1974). *Burnout Profesional: Desarrollos Recientes en Teoría e Investigación*. Estados Unidos: Ediciones de la Biblioteca Routledge.
- Friedman, I. (1995). Patrones de comportamiento de los estudiantes que contribuyen al burnout de los maestros. *La Revista de Investigación Educativa*.
- García, G. (1991). Estrés crónico laboral asistencial (burnout) en las administraciones públicas. *Dirección y Organización*.

- Gil Monte, P., Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P. (2006). Relación entre el síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) y síntomas cardiovasculares: un estudio en técnicos de prevención de riesgos laborales. *Revista Interamericana de Psicología*.
- Gil-Monte, P. (2001). Falta de reciprocidad en los intercambios sociales como antecedente del "síndrome de quemarse por el trabajo" (burnout) en profesionales de enfermería: un estudio longitudinal. *Revista de Psicología social aplicada*.
- Gil-Monte, P., Peiró, J., y Valcárcel, P. (1995). El síndrome de burnout entre profesionales de enfermería: una perspectiva desde los modelos cognitivos de estrés laboral.
- Golembiewski, R., Munzenrider, P. y Carter D. (1988). Problemas teóricos y metodológicos dentro de la investigación sobre el estrés ocupacional y el burnout. *Relaciones humanas*,
- González, J., Moreno, B., Garrosa, E. (2005). Carga mental y fatiga en servicios especiales de enfermería. *Revista Latinoamericana de Psicología*.
- Harrison, W. (1983). Un modelo de competencia social del burnout. *Estrés y agotamiento en las profesiones de servicios humanos*,
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación* (Vol. 707). México: McGraw-Hill.
- Hobfoll, S., y Freedy, J. (1993). Conservación de los recursos: Una teoría general del estrés aplicada al burnout.
- Houtman, I., De Jonge, J. y Smulders P. (2007). *Burnout Profesional: Desarrollos Recientes en Teoría e Investigación*. Estados Unidos: Ediciones de la Biblioteca Routledge.
- Kickul, J., y Posig, M. (2001). Supervisión del apoyo emocional y el agotamiento: Una explicación de los efectos de amortiguación inversa. *Revista de Asuntos Administrativos*, 328-344
- Kobassa, M. (1982) *Personalidad resistente, burnout y salud*. Escritos de psicología, Málaga,
- Kompier, M., y Levi, L. (1995). *Estrés en el trabajo: causas, efectos y prevención: guía para pequeñas y medianas empresas*. Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.
- Korn Ferry, 2011. *Tendencias en Capital Humano*.
- Lee, R., y Ashforth, B. (1993). Un nuevo examen del burnout gerencial: Hacia un modelo integrado. *Diario de comportamiento organizacional*.
- Leiter, M. (19 91). Patrones de afrontamiento como predictores de agotamiento: Función de patrones de control y escape. *Diario de comportamiento organizacional*,

- Leiter, M. (1993). Burnout como un proceso de desarrollo: Consideración de modelos. Burnout profesional: desarrollos recientes en teoría e investigación.
- Manzano, G. (2001). Estrés en personal de enfermería. Tesis doctoral. Deusto.
- Marshall, R. (1977). Burnout en la unidad de cuidados intensivos neonatales.
- Marshall, R., y Jackson S. (1986). Análisis pormenorizado de los grados de burnout y afrontamiento del estrés docente en profesorado universitario
- Martínez S., y Hernández, A. (2005). Necesidad de estudios y legislación sobre factores psicosociales en el trabajo. Revista Cubana de Salud Pública, 31(4), 0-0.
- Martínez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia. No 112. Septiembre. 2010
- Maslach, C. (1976). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión
- Maslach, C. (1982). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión
- Maslach, C., Jackson, S., y Leiter, M. (2006). Maslach burnout inventario. CPP.
- Moriana, J., Herruzo, J., (2004). Estrés y burnout en profesores. Revista Internacional de Psicología Clínica y de Salud.
- Olabuénaga, J. (2012). Metodología de la investigación cualitativa (Vol. 15). Universidad de Deusto.
- Pérez, A. (2010). El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia,
- Pines, A. (1993). Burnout: Una perspectiva existencial.
- Pines, A. y Aronson, E. (1988): El agotamiento profesional: causas y curaciones, (2 Ed.). Nueva York: la prensa libre.
- Price, D., y Murphy, P. (1984). El burnout del personal en la perspectiva de la teoría del dolor. Educación de la muerte.
- Ramos, F., y Buendía, J. (2001). El síndrome de burnout: concepto, evaluación y tratamiento. Empleo, estrés y salud, 33-57.
- Rodríguez, F., Ramos, M., Pérez, S., García, L., y Diz, P. (2005). Relación de la calidad de vida profesional y el burnout en médicos de atención primaria. Atención primaria, 36(8), 442-447.
- Saborío, L., y Hidalgo, L. (2015). Síndrome de Burnout. Medicina Legal de Costa Rica.
- Sandín, B., Valiente, R., Chorot, P., Montes, M., y Germán, M. (2002). Versión española del cuestionario EPQR-Abreviado (EPQR-A): Análisis exploratorio de la estructura factorial. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica.

- Schaufeli W., Maslach C., Marek T. (2017). Burnout Profesional: Desarrollos Recientes en Teoría e Investigación. Estados Unidos: Ediciones de la Biblioteca Routledge.
- Schaufeli, W., Maslach, C., y Marek, T. (1993). Desarrollo histórico y conceptual del agotamiento. Burnout profesional: desarrollos recientes en teoría e investigación.
- Schaufeli, W., y Enzmann, D. (1998). El burnout Compañero de estudio y práctica: Un análisis crítico.
- Schwab, R., y Iwanicki, E. (1982). Conflicto de roles percibido, ambigüedad de roles y agotamiento de maestros
- Schwartz M., Will G. (1953). Baja moral y retiro mutuo en una sala de hospitales mentales.
- Schwarzer R. y Fuchs R. (1995). Cambiar los comportamientos de riesgo y adoptar comportamientos de salud: El papel de las creencias de autoeficacia. Autoeficacia en las sociedades cambiantes, 259-288.
- Seltzer, J., y Numerof, R. (1988). Liderazgo de supervisión y burnout subordinado. Academia de Liderazgo.
- Sherbourne, C., y Stewart, A. (1991). Encuesta de apoyo social MOS. Ciencias sociales y medicina.
- Shirom, A. (1989). Burnout en el mundo de las organizaciones.
- Shirom, A. (2003). Burnout relacionado con el trabajo: Una revisión.
- Suárez, A., García, N., y Álvarez, M. (2009). La interactividad en cuestionarios autoadministrados. Influencia en la experiencia del encuestado. Cuadernos de Economía y Dirección de la Empresa.
- Sundin, L., Hochwälder, J., Bildt, C., y Lisspers, J. (2007). La relación entre las diferentes fuentes de apoyo social relacionadas con el trabajo y el agotamiento entre enfermeras registradas y auxiliares en Suecia: una encuesta por cuestionario. Revista Internacional de Estudios de Enfermería
- Thompson, M., Page, S., y Cooper, C. (1993). Una prueba de caver y el modelo de autocontrol de Scheier sobre el estrés en la exploración del burnout entre enfermeras de salud mental. Estrés medicina, 9, 221-235.
- Uribe, J., López, P., Pérez, C. y García, A. (2014). Síndrome de desgaste ocupacional (burnout) y su relación con salud y riesgo psicosocial.
- Vargas, S., Herrera, G., Rodríguez, L., y Sepúlveda, G. (2010). Confiabilidad del cuestionario Brief COPE Inventory en versión en español para evaluar estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de seno. Investigación en enfermería: Imagen y Desarrollo.
- Vega, M. (2005). NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o" burnout"(I): definición y proceso de generación.

- Wilder, J. y Plutchik, R. (1981, Noviembre). Preparar al profesional: Construir la prevención en la formación profesional.
- Winnubst, J. (1993). Estructura organizativa, apoyo social y burnout.
- Zeidner, M., y Endler, N. (1996). Manual de afrontamiento. Teoría, investigación, aplicaciones.
- Zellars, K., y Perrewé, P. (2001). La personalidad afectiva y el contenido del apoyo social emocional: hacer frente a las organizaciones. *Revista de Psicología Aplicada*.

## **ANEXOS**

## Cuestionario MBI

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

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

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

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

	0	1	2	3	4	5	6
1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2. Al final de la jornada me siento agotado.							
3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4. Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6. Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8. Me siento agobiado por el trabajo.							
9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							

11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12. Me encuentro con mucha vitalidad.							
13. Me siento frustrado por mi trabajo.							
14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15. Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender. 16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18. Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							
19. He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21. Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22. Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

Maslach, C. y Jackson, S. (1986).

Recuperado <http://www.semergen.es/semergen/microsites/manuales/burn/deteccion.pdf>