



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Síndrome de Burnout y su relación entre neuroticismo y burnout en médicos y enfermeros en un centro clínico quirúrgico ambulatorio de la ciudad de Quito durante el año 2016 - 2017

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Sarmiento Herrera, María Emilia

DIRECTORA: Guevara Mora, Sandra Rocio Mgtr

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO

2018



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

Septiembre, 2018

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, María Emilia Sarmiento Herrera, declaro ser autora del presente trabajo de titulación Síndrome de Burnout y su relación entre neuroticismo y burnout en médicos y enfermeros en un centro clínico quirúrgico ambulatorio de la ciudad de Quito durante el año 2016 – 2017, de la Titulación de Licenciada en Psicología, siendo Sandra Rocio Guevara Mora directora del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además, 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 que se realicen a través o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

f.....

Autor: Sarmiento Herrera María Emilia

Cédula: 1710615400

DEDICATORIA

A la memoria de mi padre y abuelita, por ser mis ángeles

A Dios
Por dejarme sentir que los milagros existen

A mi esposo
Felipe, por ser el orden de mi caos, mi apoyo incondicional, mi compañero de vida, ese amor que sólo se vive una vez

A mis hijas
Emilia, Macarena y Alegría ustedes han sido mi mejor proyecto, me enseñaron a ser un mejor ser humano y a tener un motivo por qué luchar.

A mi madre
Por demostrarme tu fortaleza en las adversidades, a no rendirte, aunque lo hiciste sola y por estar conmigo cada día.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi directora de tesis Mgtr. Sandra Rocío Guevara Mora, por dirigirme acertadamente en esta investigación y sobre todo por su infinita paciencia.

Al profesor Pablo German Granda Reyes por sus explicaciones y tabulaciones, por dedicarme su tiempo para que culmine con éxito el trabajo.

Al Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio Central de la ciudad de Quito, por permitirme elaborar la investigación en su personal médico.

ÍNDICE

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE	v
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
MARCO TEÓRICO	5
1. CONCEPTUALIZACION DEL ESTRÉS	6
1.1. ANTECEDENTES DEL ESTRÉS	6
1.2. TIPOS DE ESTRÉS	8
1.3. DESENCADENANTE DEL ESTRÉS	9
1.4. ESTRÉS LABORAL	10
1.4.1. ESTRESORES LABORALES	12
1.4.2. CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS LABORAL	16
1.4.3. CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS LABORAL PARA EL TRABAJADOR:	16
1.4.4. CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS LABORAL PARA LE EMPRESA	17
1.5. LA PSICOLOGÍA DEL TRABAJO Y SU PAPEL EN EL ESTRÉS LABORAL	18
1.6. CONCEPTUALIZACIÓN DEL BURNOUT	19
1.6.1. DELIMITACIÓN HISTÓRICA	19
1.6.2. DEFINICIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT	20
1.6.3. POBLACIONES PROPENSAS AL SÍNDROME DE BURNOUT	21
1.6.3.1. EL BOURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD	222
1.6.4. FASES Y DESARROLLO DEL SÍNDROME DE BURNOUT	23
1.6.5. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT	26
1.6.5.1. MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)	27
1.6.5.2. CESQT CUESTIONARIO PARA LA EVALUACION DEL SINDROME DE QUEMARSE POR TRABAJO	28
1.6.6. BURNOUT MEASURE (BM)	29
1.6.5.3. STAFF BURNOUT SACA DE JONES	30
1.7. CONSECUENCIAS DEL SINDROME DE BURNOUT	30
1.7.1. CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD	31

1.8	PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL BURNOUT	34
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN		38
2.1.1.	OBJETIVO GENERAL	39
2.1.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	39
2.2.	Preguntas de Investigación	38
2.3.	Contexto de la Investigación	38
2.4.	Diseño de investigación:	39
2.5.	Muestra	40
2.6.	Procedimiento:	40
2.7	Instrumentos:	42
2.7.1	Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC.	41
2.7.2	Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout inventory MBI-HSS)	41
2.7.3	Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28); (Goldberg y Hiller, 1979; versión española de Muñoz, Vázquez – Baquero, Rodríguez, Pastrana y Varo, 1979)	42
2.7.4	Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE)	42
2.7.5	Cuestionario MOS de apoyo social (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Stewar, 1991; versión española Revilla, Luna del Castillo, Bailón y Medina, 2005)	45
2.7.6	Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. (EPQR-A; Francis, Brown y Philipchalck, 1993; Versión española de Sandin, Valiente y Chorot, 1999)	445
CAPITULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN		45
ANÁLISIS DE DATOS		46
3.1.	CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO	46
3.2.	CARACTERÍSTICAS LABORALES	47
3.3.	PERCEPCIÓN DEL CLIMA LABORAL	49
3.4.	DIMENSIONES DEL BURNOUT	52
3.5.	RESULTADOS CASOS DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD	56
3.6.	MALESTAR EMOCIONAL	53
3.7	ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	54
3.8	PERSEPCIÓN DEL APOYO SOCIAL	55
3.9	RASGOS DE PERSONALIDAD	56

3.10 CORRELACIONES ENTRE NEUROTICISMO Y BURNOUT _____	57
DISCUSIÓN _____	66
CONCLUSIONES _____	666
RECOMENDACIONES _____	680
BIBLIOGRAFÍA _____	681

RESUMEN

En el presente trabajo se realizó una investigación cuantitativa, no experimental y transaccional, con el objetivo de identificar si existen indicios relevantes de cualquier etapa del síndrome de Burnout en profesionales de la salud, de un Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio central de la ciudad de Quito; la muestra analizada la conformaron 30 empleados sanitarios, divididos en 15 doctores y 15 enfermeros.

Para conocer si el personal presenta indicios de síndrome de Burnout, se aplicó la batería Maslach Burnout Inventory (MBI), el mismo que nos permite discernir el síndrome de Burnout de otras patologías.

Los resultados estadísticos no señalan casos de burnout en médicos y apenas un 6.7% sugiere Burnout en enfermeros; adicionalmente se encontró que existen factores de riesgo preocupantes, la puntuación en agotamiento emocional fue del 40% en médicos y baja realización personal en médicos 53.3% y enfermeros 80%; el tener turnos rotativos como es el caso de los enfermeros, atender una media de 72.3 pacientes diarios, entre otros han influido en estas sensaciones.

Palabras claves: Burnout, despersonalización, cansancio emocional, realización personal.

ABSTRACT

In the present thesis work, a quantitative, non-experimental and transactional investigation was carried out, with the objective of identifying if there are relevant indications of any stage of the Burnout syndrome in health professionals, of a central ambulatory surgical center in Quito city; the analyzed sample consisted of 30 health workers, divided into 15 doctors and 15 nurses, with an average of 46.3 years for doctors and 40.7 for nurses.

In order to know if the personnel present indications of Burnout syndrome, the Maslach Burnout Inventory (MBI) battery was applied, created by Cristina Maslach in 1981, the same that allows us to discern the Burnout syndrome of other pathologies. It is composed of 22 items.

The statistical results indicate no cases of Burnout in physicians and only 6.7% suggest Burnout in nurses; additionally it was found that there are worrisome risk factors, the emotional exhaustion score was 40% in doctors and low personal achievement in doctors 53.3% and nurses 80%; having rotating shifts as is the case of nurses, attending an average of 72.3 patients per day, among others have influenced these sensations.

Keywords: Burnout, depersonalization, emotional fatigue, personal fulfillment.

INTRODUCCIÓN

Como se evidenciará en el trabajo realizado el síndrome de Burnout está presente sobre todo en profesiones donde tienen que relacionarse directamente con otras personas, en el caso puntual de esta investigación los profesionales de la salud, están sumamente expuestos ya que se debe sumar que las personas a las que ellos tratan están en una posición vulnerable por encontrarse enfermas, adicionalmente deben atender de cierto modo a los familiares; lo demandante que es su profesión tienen jornadas de trabajo prolongadas, horarios rotativos y deben seguir capacitándose para conocer de las últimas tecnologías, medicinas y enfermedades.

La cercanía del personal médico al sufrimiento humano, implica una sobrecarga emocional, teniendo como factor común el deterioro de las personas tanto físico como psicológico y su afectación se da en todos los ámbitos, personal, social y laboral.

En el primer capítulo encontramos la conceptualización del estrés, lo cual incluye los antecedentes, tipos de estrés, los desencadenantes del estrés, la conceptualización del estrés laboral muchas veces se confunde con el síndrome de Brunout, las consecuencias tanto para el trabajador como para la empresa y el rol que juega la psicología del trabajo.

En la segunda parte del primer capítulo, se presenta un enfoque respecto al síndrome de Burnout, su delimitación histórica, las diferentes definiciones que se ha dado a este síndrome, se analizará las poblaciones más propensas y de éstas se analizará con detenimiento el síndrome de Burnout en profesionales de la salud que es nuestro tema de estudio, se realiza un breve análisis de los diferentes instrumentos de medición para determinar el síndrome, finalmente las consecuencias, prevención y tratamiento.

El estudio que se llevó a cabo en el Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio, cabe señalar que es la primera vez que realizaban este tipo de estudios lo cual es muy importante ya que les permite detectar a tiempo los factores de riesgo y si los trabajadores se encuentran dentro de una de las fases del Burnout así pueden tomar medidas de apoyo, prevención o tratamiento.

El objetivo fundamental se basó en establecer si existían indicios relevantes de cualquiera de las tres etapas del síndrome de Burnout en los trabajadores sanitarios del Centro Clínico y después de realizar los análisis y tabulaciones encontramos que aún no se evidencia casos de burnout en médicos y existe un porcentaje mínimo en profesionales de enfermería (sólo 1), pero existen factores de riesgo preocupantes, la puntuación en agotamiento emocional fue del 40% en médicos, baja realización personal en médicos 53.3% y

enfermeros 80% por tanto se debe realizar una prevención para que no se desencadene en síndrome de Burnout.

Al realizar este trabajo de investigación se dió la oportunidad de conocer más de cerca el arduo trabajo que realizan los profesionales de la salud y a todo lo que están expuestos, el único inconveniente fue el momento de firmar los consentimientos, tenían recelo que sus respuestas sean entregadas a los directores.

Para la realización de este trabajo investigativo se tomó como muestra a 15 médicos y 15 enfermeros del Centro Clínico Ambulatorio, por medio del método exploratorio, cuantitativo, no experimental, transversal, descriptivo y correlacional.

CAPÍTULO 1
MARCO TEÓRICO

1. CONCEPTUALIZACION DEL ESTRÉS

1.1. Antecedentes del estrés

La palabra estrés, etimológicamente deriva del participio latín *strictus* del verbo *stringere* que significa provocar tensión o apretar y se adapta al español del inglés en donde se utiliza la palabra *stress* que significa tensión o presión (Treviño, 2018).

Aunque el término suena moderno, se lo ha utilizado en escritos del siglo XIV para tratar de explicar las experiencias negativas que tenían las personas al sentirse sometidas a la tensión.

Walter Cannon (1935) utilizó el término *stresses* por para señalar que, si un individuo está expuesto por mucho tiempo, o en una intensidad muy alta a estímulos estresores se da un agotamiento del sistema biológico, se refirió a la homeostasis como el equilibrio interno.

Por su parte, Hans Selye (1936), realiza experimentos con ratas someténdolas a diferentes estímulos como frío, ruido, calor y observó que el organismo reaccionaba con respuestas fisiológicas como úlceras, deterioro del sistema inmunológico, entre otras; a todas estas respuestas les dio el nombre de *stress* refiriéndose literalmente al término utilizado en la física para describir “la fuerza externa que deforma la estructura de un material sólido. Hasta cierto nivel de tensión, el material es capaz de recuperar su forma, pero si continúa, el material se deforma permanentemente llegando incluso a romperse (Lozoya, 2011).

Con estos antecedentes creó su teoría del Síndrome General de Adaptación que hace referencia a la respuesta del organismo ante el estrés y utiliza este término para puntualizar los cambios en el organismo que se dan como consecuencia de enfrentarse a diferentes estímulos del entorno, es decir esta tensión ocasiona una respuesta corporal.

Según Collantes (2014) la respuesta que el organismo da ante el estrés para intentar adaptarse pasa por 3 etapas que son:

Fase de alarma. - Es donde se percibe una situación de estrés y el cuerpo empieza a responder con ciertas alteraciones tanto físicas como psicológicas.

Sus síntomas son:

- Incremento del ritmo cardiaco
- Ansiedad
- Angustia
- Respiración entrecortada

- Molestias estomacales

Fase de resistencia. - Es donde el individuo trata de acoplarse a la situación de estrés y empieza un proceso de defensa frente a la agresión del estresor.

Entre sus síntomas están:

- Fatiga crónica
- Dolores de cabeza
- Contractura muscular
- Dificultad para dormir
- Falta de concentración
- Tics nerviosos

Fase de agotamiento. - El organismo pierde la capacidad de respuesta y resistencia hacia el estrés, se presentan síntomas fisiológicos, psicológicos y sociales muchas veces irreversibles, puede colapsar el sistema inmune.

Aquí se destacan los siguientes síntomas:

- Derrames cerebrales
- Hipertensión
- Úlceras
- Depresión severa
- Alejamiento social

Para Paterson y Neufel (1984) consideran al estrés un trastorno que subyuga a las personas a resistir situaciones que exceden sus capacidades físicas y psíquicas, estos serían los orígenes del estudio del estrés. Posteriormente se han dado más conceptos y estudios sobre el tema, pero todos tienen como factor común que se trata de una respuesta del organismo ante la presencia de una amenaza, que producen tensión y la respuesta puede ser fisiológica, psicológica o social con resultados muchas veces irreversibles.

En la actualidad y debido al estilo de vida, el ser humano trata de adaptarse a las nuevas tecnologías, sociedad súper comunicada a un ritmo de trabajo vertiginoso y la preocupación de ser altamente productivo en su vida laboral y combinarla con su entorno familiar, esto produce una sobre carga en la persona lo que puede desencadenar en estrés, porque muchas veces supera las exigencias que se pueden soportar.

Para concluir con lo dicho, el estrés es una manifestación del organismo frente a situaciones de tensión, es un sentimiento de preocupación y agotamiento que muchas veces

desencadenan en problemas de salud; también cabe mencionar que una dosis de estrés puede ser positiva para sobrellevar una situación, el problema se da cuando estamos expuestos de forma excesiva y por un largo periodo a los estresores.

1.2. Tipos de estrés

De acuerdo a lo señalado por el psicólogo Rodríguez Castro Marc (2015), el estrés se clasifica según los criterios de signo y duración, y encontramos los siguientes:

En base a su signo

Eustrés o Estrés positivo. - A pesar que parezca una incongruencia, existe el estrés positivo en donde la persona siente un impulso positivo al encontrarse bajo presión porque al final disfrutará de un beneficio, por ejemplo, la presión de terminar una tesis mantiene tenso al estudiante pero al final obtendrá un título profesional y eso lo mantiene motivado.

Distrés o estrés negativo. - Este tipo de estrés es el que desequilibra nuestro cuerpo y mente y aparece como una respuesta inadecuada a la percepción de una amenaza, no sólo se ve afectada la parte psicológica sino la salud del individuo. Un ejemplo de este tipo de estrés puede ser la pérdida de un trabajo, esto genera angustia en la persona al ver un futuro incierto, baja de ingresos, incremento de deudas.

En base a su duración

Estrés agudo. - Se refiere al tipo de preocupaciones que se tienen a diario, su duración es a corto plazo por tanto no presenta daños importantes en el organismo y la psiquis. Como ejemplo se puede citar que una persona debe realizar una exposición frente a un público desconocido, ese momento genera una tensión, pero no será permanente.

Estrés agudo episódico. - Este tipo de estrés lo padece generalmente las personas con una vida desordenada, se preocupan frecuentemente por todo lo que sucede, son negativas y no se adaptan fácilmente a los cambios. Por ejemplo, una persona perfeccionista que estudia arquitectura, estará frecuentemente expuesta a niveles de tensión por trabajos que deben entregar los cuales deben ser precisos.

Estrés crónico. - Hace referencia a los individuos que están expuestos de forma intensa y permanente a factores que causan estrés, muchas veces son el resultado de no manejar adecuadamente estresores cotidianos, de alguna situación traumática, los resultados de este tipo de estrés son generalmente graves para la salud del individuo. Un ejemplo claro

para este tipo de estrés es el Burnout, donde el empleado entra en un proceso físico y psicológico que no puede controlar, debido a los tenses diarios que está expuesto.

1.3. Desencadenante del estrés

Generalmente el estrés tiene su base en factores psicológicos y ambientales, o una combinación de ambos, así se encuentra:

Causas psicológicas

Locus de control. - Rotter (1966) se refirió a este término en su "Teoría de Aprendizaje Social" como un rasgo de la personalidad, sostiene que la personalidad va ligada al ambiente. El locus de control se refiere al grado con que una persona considera que controla el rumbo de su vida y sus comportamientos, si la persona siente que tiene el control o no control de las situaciones. El locus de control interno es donde la persona interpreta que todo lo que ocurre a su alrededor es consecuencia de sí mismo y tiene el control sobre las consecuencias externas. Por ejemplo, un estudiante que saca una buena nota en un examen considera un premio a su esfuerzo y estudio.

Por otro lado, está el locus de control externo que es donde el individuo siente que lo que ocurre a su alrededor, no es el resultado de su comportamiento, o la razón está fuera de sí mismo, por ejemplo, tomando el mismo caso anterior si el estudiante saca una mala nota en un examen lo atribuye a que la prueba estuvo difícil o el profesor no calificó correctamente.

Dentro de las causas psicológicas, también encontramos a la timidez, un individuo introvertido puede ser más propenso a sufrir estrés, por la presión que los estímulos le producen.

Por otro lado, se encuentra la autoinfluencia, es decir la forma de reaccionar ante una situación, si ha tenido una experiencia previa que ha sido negativa o amenazante, en su interior esto queda registrado para sus futuras reacciones.

Y por último se presenta a la predisposición a la ansiedad, las personas que tienen a mantenerse angustiadas, impacientes cuando ocurre una situación fortuita, no pueden soportar la presión en entornos desconocidos, no saben cómo reaccionar y esto ocasiona sensación de estrés.

Causas ambientales

Existen varios factores externos o ambientales que pueden constituirse en objetos de estrés, entre las causas ambientales se encuentran:

Entre los estímulos externos que enfrentamos cada día consta el ruido, el tráfico, el calor, el frío, contaminación, entre otros. Factores ambientales también son considerados lo que sale de nuestra rutina o zona de confort, de acuerdo al psicólogo Rodríguez Castro Marc (2015), en su artículo tipos de estrés y sus desencadenantes

La suspensión de la costumbre; esto ocurre cuando termina un episodio en la vida del individuo, sobre todo si es inesperado, el adaptarse a una rutina extraña lo desestabiliza; por ejemplo, un divorcio. La eventualidad de lo inesperado; Se refiere a cualquier condición nueva que ocurre dentro de la rutina, aunque puede ser beneficioso el cambio para la persona, genera estrés, por ejemplo, el ascenso a un nuevo puesto de trabajo.

Por otro lado, está la contradicción del conflicto, esto se da cuando se pierde el equilibrio entre cuerpo y mente debido a un desorden mental que produce una condición, por ejemplo, recibir la noticia que el individuo deberá amputarse una pierna. Finalmente señala el desamparo ante lo inamovible, en este caso la situación vivida no tiene solución, y el cuerpo trata de recurrir a todas sus herramientas disponibles para sobrellevar las circunstancias en las que se encuentran; el ejemplo más claro y citado por el autor es la muerte de un ser querido.

1.4. Estrés laboral

El estrés se describe como las presiones que las personas suelen sentir a lo largo de su vida. Éstas son muy frecuentes en el ámbito laboral, sobre todo cuando las funciones o responsabilidades se consideran difíciles, de importancia o cuando el factor tiempo está en contra. El inconveniente se presenta ya que nuestro cuerpo cuenta con recursos que son limitados, lo que produce al empleado un estado de agotamiento, tanto físico como mental. El sistema inmunológico actúa tratando de manejar la situación. Esto conlleva a que se afecte tanto la salud, como el bienestar del trabajador, perjudicando su círculo familiar y todo lo relacionado con su entorno emocional.

Es importante destacar que la expresión de estrés tiene su origen en la física y la arquitectura para referirse a la fuerza que se hace sobre un objeto, dicha presión puede cambiar su forma o terminar por romperlo. Aplicado a la psicología, el estrés se refiere a una experiencia en donde implica tensión para la persona, y muchas veces esta demanda de recursos puede acabar con las fuerzas para el afrontamiento. El concepto estrés ha sido muy debatido desde el instante en que se implementa para la psicología por parte del fisiólogo canadiense Hans Selye, (1956).

El estrés ha sido entendido:

- Como reacción o respuesta del individuo (cambios fisiológicos, reacciones emocionales, cambios conductuales, etc.)
- Como estímulo (capaz de provocar una reacción de estrés)
- Como interacción entre las características del estímulo y los recursos del individuo.

En los últimos tiempos se considera este último planteamiento, el más apegado a la realidad, ya que el estrés es el resultado de una inestabilidad entre los factores del ambiente y la capacidad de respuesta que tenga el sistema inmunológico del individuo.

Por tal razón, los elementos de estrés más relevantes pueden ser: variables situacionales como lo es el ámbito laboral, variables individuales del sujeto que actúan en esta situación y consecuencias del estrés.

El estrés laboral también puede ser definido como la respuesta con recursos de afrontamiento que puede tener el individuo o empleado ante un conjunto de demandas excesivas en el ambiente laboral. En el momento que esto sucede se activa de manera fisiológica, un método de defensa que se refleja de manera negativa, con emociones como la depresión, ansiedad e ira.

Cabe recalcar que el trabajo es un derecho universal del ser humano, las organizaciones deben proporcionar las condiciones necesarias para ejercerlo bajo condiciones de bienestar, el trabajo dignifica al ser humano, satisface sus necesidades básicas y afirman su identidad (Leibowicz, 2001).

Cuando existe una condición laboral deteriorada el trabajador está expuesto a riesgos laborales en los cuales se incluye los psicológicos y entre estos riesgos el que menos se toma en cuenta es el estrés.

1.4.1. Estresores laborales

Se puede definir como estresores a todos aquellos factores que influyen en el desarrollo del estrés; cualquier suceso, situación, persona u objeto, que se percibe como estímulo o situación que provoca una respuesta de estrés en la persona evaluada. El famoso fisiólogo y médico Hans Selye lo conceptualiza como un evento que causa impacto o impresión en el organismo del ser humano (Selye, 1956).

Es importante resaltar que un estresor no es un elemento aislado, sino que se desarrolla en un contexto específico, con una intensidad y frecuencia determinada, y con una respuesta del individuo en función de sus características individuales; además habrá estresores cuya presencia conjunta genere un efecto sinérgico y aditivo, y otros que se compensen entre sí.

Con lo antes señalado se quiere determinar, que el simple hecho de que exista un estresor en nuestro entorno laboral, no quiere decir que se corra un riesgo y que sólo desde la evaluación minuciosa, incluyendo la especialidad de Medicina del Trabajo y la de Ergonomía y Psicología Aplicada se podrá determinar que el individuo requiere tomar medidas preventivas y realizar evaluaciones o mediciones específicas para evitar mayores complicaciones.

Dicho esto, es de importancia indicar que existen muchos tipos de estresores, de los cuales se hará mayor enfoque en los que tienen mucha determinación en el individuo que desarrolla sus actividades laborales.

Andueza (2014) en su tesis doctoral sobre Estrés laboral y Burnout, menciona los estresores que influyen en el ámbito laboral, entre los que se encuentran: estresores del ambiente físico, de contenido de tareas, de las demandas del trabajo, del desarrollo de la carrera, entre otros. A continuación se explicarán cada uno de estos tipos.

Estresores del ambiente físico:

- *La iluminación.* -Es un factor que interviene en el momento de que ésta es inadecuada, ya que, puede originar fatiga ocular, cansancio, dolor de cabeza, estrés y accidentes. Además, puede ser causa de posturas inadecuadas que generan, a la larga, alteraciones músculo-esqueléticas.

- *El ruido y vibraciones.* Si un trabajador en una empresa percibe diversos ruidos o vibraciones se dificulta la comunicación, también en algunos casos puede entorpecer pensamientos e ideas mientras desarrolla sus funciones.

- *Higiene.* Se deben establecer normas y procedimientos que protejan al trabajador tanto física como mentalmente, evitando los riesgos de salud propios de las tareas del cargo y el ambiente físico donde son llevadas a cabo.

- *La temperatura.* Es importante una temperatura promedio, para desempeñar actividades de carácter laboral, las temperaturas extremas suelen causar

incomodidad en cualquier individuo, una temperatura muy alta o muy baja, es factor determinante en el desempeño de éste.

-*Toxicidad*. Es importante tomar medidas preventivas según sea la actividad que desarrolle la empresa para evitar cualquier tipo de contacto con productos tóxicos que puedan producir efectos perjudiciales sobre un ser vivo.

- *Poca disponibilidad de espacio físico*. El espacio donde el individuo desempeña sus labores debe ser acorde a su actividad, los espacios pequeños, causando malestar general en huesos, articulaciones, entre otras.

Estresores de contenido de la tarea.

Entre estos estresores se encuentran:

- *La carga mental de trabajo*. Se trata del nivel esfuerzo, consumo de energía y capacidad mental que el individuo realiza para desempeñar sus responsabilidades.

- *Variedad de las tareas*. Sucede cuando las tareas se tornan monótonas o rutinarias lo que causa un mal desempeño de las mismas.

- *Infrautilización de habilidades*: Esto sucede, cuando la persona a la que se le encomendó alguna responsabilidad, no tiene la capacidad para desarrollarla.

- *Falta de participación*: la empresa restringe o no facilita la iniciativa, la toma de decisiones, la consulta a los trabajadores en temas relativos a su propia tarea como en aspectos de ámbito laboral.

Estresores de las demandas del trabajo

- *La jornada de trabajo excesiva*. Cuando la jornada excede horas regulares establecidas en las normas jurídicas laborales, esto produce desgaste físico y mental e impide al individuo a ser competente ante situaciones bajo presión.

- *Sobrecarga de trabajo*. Se refiere al volumen excesivo de una tarea encomendada.

- *Infracarga del trabajo*. En este caso el volumen del trabajo es muy bajo, lo que no es suficiente para que el trabajador tenga un mínimo de activación, lo que produce desidia.

- *Nuevas tecnologías* (adaptación a las mismas). No es más que ese proceso de adaptación que hace que el trabajador se complique en el desenvolvimiento de sus tareas.

Estrés de Rol.

Se puede describir como la presión o tensión que siente el individuo por la inseguridad de poder cumplir con un rol y la capacidad personal para responder con éxito con responsabilidades demandadas, cuando las consecuencias de la resolución son percibidas como de alta importancia.

Tipos

- *El Conflicto de rol.* Se presenta en el momento que se demandan solicitudes contradictorias, o que no guardan relación con las competencias del trabajador.
- *La Ambigüedad de rol.* Se da cuando hay mucha inconsistencia en los procedimientos o normas, por las que se rige el rol.
- *La Sobrecarga de rol.* El trabajador no tiene a disposición todos los recursos, lo que impide realizar a satisfacción los requerimientos del rol.
- *La Superespecialización.* El trabajador se encuentra presionado para ejecutar una tarea inferior a sus habilidades.
- *La Incompetencia de rol.* Las expectativas del trabajador no se cumplen debido a su incompetencia o muy poca preparación para cumplir con las responsabilidades a su cargo.

Estresores del desarrollo de la carrera

- *Inseguridad en el trabajo.* Existe inseguridad acerca de su permanencia en el cargo o puesto de trabajo.
- *Promoción y desarrollo profesional.* En este caso el trabajador no ve resultados a favor en sus aspiraciones profesionales, o simplemente no es valorado su desempeño, lo que produce frustración, generando mucho estrés.
- *La organización.* La jerarquía dispuesta en el ámbito laboral no ofrece ascensos cuando su desempeño ha sido notorio.

Las relaciones interpersonales

Entre los factores más resaltantes en las relaciones interpersonales se puede destacar como los más influyentes:

- Calidad de las relaciones
- Relación con superiores, compañeros y subordinados.

- Relaciones con público, usuarios y clientes.

Estresores grupales y organizativos:

Entre los estresores grupales y organizativos, se puede señalar:

- Centralización en la toma de decisiones.
- Falta de cohesión del grupo.
- Presión del grupo a la conformidad.
- Clima sociogrupal.
- Nivel de conflicto grupal.

Estresores extraorganizacionales

Los estresores extra organizacionales más importante son:

- Problemas de equilibrio y compensación.
- Estresores intrafamiliares.
- Fuentes extra familiares de estrés familiar.
- Conflictos familia-trabajo:
 - Aspiraciones de carrera.
 - Aspectos temporales del trabajo.
 - Cambios de residencia.
 - Familia como apoyo/ familia como conflicto.
- El trabajo de la mujer casada.
- Parejas de doble carrera (Se dedican al trabajo y a la familia). (Selye, 1956)

1.4.2. Consecuencias del estrés laboral

Es importante señalar que este tipo de consecuencias no solo es perjudicial para el trabajador si no que puede afectar seriamente a la empresa. Las consecuencias que más perjudican al trabajador, están entre aquellas que se presentan físicamente y psicológicamente. Las consecuencias se presentan de acuerdo a varios factores como son la intensidad del estresor, el tiempo que llevan expuestos a dichos conflicto, el sistema

inmunológico del individuo, por lo que puede darse en corto, mediano o largo plazo (estreslaboral.info, 2017).

También, es importante indicar que el estrés laboral perjudica todo el equilibrio del ser humano entre cuerpo y mente, por lo que una consecuencia psíquica puede perjudicar la parte física o viceversa, de tal forma puede darse el caso que el trabajador desarrolle enfermedades cardiovasculares o coronarias por tener antecedentes médicos de carácter psicológico.

1.4.3. Consecuencias del estrés laboral para el trabajador:

La siguiente información está basada en streslaboral.info (2017).

Consecuencias psíquicas:

- Disminución cognitiva.
- Problemas para concentrarse.
- Ansiedad
- Entorpecimiento para tomar decisiones.
- Depresión
- Insomnio o despertarse en la madrugada angustiado.
- Inhibición sexual.
- Trastornos de tipo afectivo, se deterioran sus relaciones personales.

Se ha comprobado que los individuos que presentan estrés laboral, pueden caer en el consumo de tabaco, alcohol e incluso drogas, ya sean ilegales o medicamentos, a medida que se incrementan los estresores o más tiempo están expuestos a la situación, el consumo de las sustancias mencionadas se vuelve incontrolable, dando como resultado efectos perjudiciales para la salud, otra forma de desfogar el estrés es con la comida y si lo hace sin control puede provocar trastornos alimenticios como son la obesidad, anorexia hasta bulimia.

Consecuencias físicas

Según Estreslaboral.info (2017) las consecuencias físicas del estrés laboral en el trabajador, pueden darse en mediano y largo plazo, entre las que encontramos las siguientes:

- Hipertensión.
- Enfermedades coronarias.
- Arritmias.
- Ataques al corazón
- Caída del cabello.
- Descamación de la piel.
- Acné o espinillas.
- Disfunción eréctil.
- Eyaculación precoz.
- Disminución del deseo sexual.
- Contracturas musculares.
- Tortícolis
- Dolor lumbar
- Dolores crónicos.
- Tics nerviosos.
- Diarrea o estreñimiento.
- Gastritis
- Úlceras
- Las defensas pueden bajar, lo que le hace más susceptible a enfermedades contagiosas o infecciosas.
- Dolores de cabeza que pueden llegar a incapacitarlo.

1.4.4. Consecuencias del estrés laboral para la empresa

Todo el entorno inmediato del individuo que manifiesta estrés laboral se ve afectado, por lo que es responsabilidad de las empresas cuidar del sano rendimiento de sus trabajadores y de esta forma evitar que la productividad de la empresa obtenga malos resultados (Rodríguez & Peiró, 2006).

Entre las consecuencias que el estrés laboral implica para la empresa están las siguientes:

Se generan sinergias negativas (deterioro de las relaciones laborales, falta de colaboración.)

- Incremento del índice de ausentismo.
- Aumentan los accidentes laborales.
- El rendimiento de los empleados baja.

- Los empleados son menos productivos.
- El empleado no realiza su trabajo a total satisfacción del cliente.

A simple vista se puede creer que el tema de los efectos del estrés laboral es muy sencillo, pero si revisa minuciosamente, es bastante complejo, puesto que no solo perjudica al empleado, si no a su familia, compañeros de trabajo y la empresa.

1.5. La psicología del trabajo y su papel en el estrés laboral

La psicología del trabajo es la que estudia dentro de la organización el comportamiento de cada individuo, desde una perspectiva individual, grupal y organizacional; ayuda a resolver los conflictos que se generan dentro del clima laboral, potencializar la realización de los trabajadores y sobre todo mantener el bienestar de los empleados, dentro de este último punto abarca el estrés laboral (Rodríguez, 2004).

Con los antecedentes señalados, la psicología del trabajo es una aplicación en el ambiente laboral que es un escenario real; el estrés laboral no solo depende de la organización en sí, sino de las personas que lo componen y de cada individuo en su particularidad, aunque exista un buen ambiente de trabajo, una buena paga, el empleado puede sentir estrés por la entrega de un informe, cumplir con cuotas de venta, etc., es aquí donde se debe realizar técnicas para que el impacto del estrés no sea tan brusco y cause estragos a mediano o largo plazo. Según Castaño (2012) existen varias técnicas para manejar el estrés laboral, como son:

Técnicas de relajación:

Es una de las técnicas más complejas, puesto que se requiere un entrenador que sea especialista en el tema, si logra dominarla, será de gran ayuda para tener bajo control el estrés diario o situaciones nuevas que generan estrés; de esta forma puede tener una disminución considerable de las consecuencias del estrés ya sean físicas o psicológicas.

Entrenamiento en asertividad:

El asertividad se va aprendiendo dentro de una fase profunda de desarrollo emocional, para alcanzar la madurez de comunicar nuestros sentimientos, preocupaciones, dudas, posturas, respuestas, con congruencia, de forma clara y consciente, sin agredir ni tampoco someterse a la voluntad de otros.

Dentro el ámbito laboral, se debe trabajar con los empleados primero en su autoestima para que puedan defender sus límites personales y ninguna otra persona pueda influir en ellos, en el respeto y agresividad para que no traten de influenciar en otras personas; también se puede hacer que practiquen diferentes roles entre ellos, para que comprendan el trabajo de cada uno y después lo apliquen en su ambiente real de trabajo.

Reestructuración cognitiva

En este punto la psicología del trabajo o en su caso la persona encargada de esto en la organización, debe enfocarse en cambiar los pensamientos negativos por otros que le ayuden a adaptarse mejor al ambiente, generalmente si existen personas dentro del entorno laboral que sean ansiosas o depresivas tenderán a augurar solo hechos negativos, lo cual afecta al ambiente laboral, se debe trabajar en proyecciones optimistas y reales (Bados & García, 2010).

Entrenamiento en solución de problemas:

Con este entrenamiento lo que pretende el psicólogo es poner a disposición del individuo una amplia y adecuada variedad de respuestas alternativas potencialmente eficaces para enfrentarse a la situación problemática e incrementar la probabilidad de seleccionar la respuesta más eficaz entre esas alternativas (Castaño, 2012).

1.6 Conceptualización del burnout

1.6.1 Delimitación histórica

“El concepto se inspira en la industria aeroespacial. En su origen el término se refiere a un cohete con poco combustible y cuyo motor se ha sobrecalentado y amenaza con explotar” (Mommens – Valenduc, 2016).

En 1969 se utiliza por primera vez el término “staff burnout”, para referirse a una manifestación psicológica causada en el ámbito laboral, lo hizo Bradley para hacer referencia a la extraña conducta de un grupo de policías que trabajaban con delincuentes juveniles.

En 1974 Freudemberger utilizó el mismo término para describir un patrón conductual que se vio en los asistentes voluntarios de una clínica para toxicómanos, él se percató que al transcurrir entre uno y tres años, mostraban síntomas de agotamiento, paulatinamente perdían el interés hacia los pacientes, depresión, ansiedad y el factor común entre todos

ellos era el trabajo, en donde los horarios no eran fijos, trabajaban muchas horas a la semana , la paga era poca y el clima donde desarrollaban sus labores era generalmente tenso.

El término Burnout (“estar quemado”, “consumido”, “apagado”) se utilizaba para referirse a los efectos del consumo crónico de las sustancias tóxicas y en la jerga deportiva y artística se hacía referencia a aquellos sujetos que no conseguían los resultados esperados pese al esfuerzo realizado (Carlin & Garcés de los Fayos, 2010).

Maslach (1976) realizaba un estudio de las respuestas emocionales de los empleados que tienen como labor ayudar a otras personas y es aquí donde profundiza el concepto de Burnout para describirlo como una pérdida progresiva de la responsabilidad personal y una indiferencia a sus clientes o compañeros de trabajo, en los empleados cuya principal función es relacionarse continuamente con personas. Maslach fue la creadora del Maslach Burnout Inventory (MBI), el instrumento más utilizado para medir este fenómeno.

1.6.2 Definiciones del síndrome de burnout

Existen dos perspectivas desde las cuales se puede conceptualizar al burnout que es la clínica y la psicológica. En la primera se califica como un estado al que llega una persona como resultado del estrés laboral y por otra parte la visión psicológica lo define como un proceso que involucra tanto al ambiente laboral como personal, viendo al individuo como un todo.

Con los antecedentes señalados por teóricos como Bradley, Freudenberger y Maslach, y tomando en cuenta que el tema de estudio es desde la base psicológica, se señalan algunos conceptos sobre el Bournout, de diferentes autores, pero todos basados en el desgaste profesional por la exposición a la atención recurrente a personas.

Etzion (1987) trata al burnout como un proceso que se desarrolla progresiva y lentamente, sin dar síntomas de alarma y su aparición es repentina e imprevista, sin que el individuo pueda determinar a ciencia cierta qué ocurrió o cuando.

García Izquierdo (1991) señala que el burnout es una patología típica de los profesionales que deben sostener una relación permanente de ayuda hacia el cliente, por lo que están más expuestos a riesgos psico-emocionales.

Moreno (2005) sugieren que el Burnout es el resultado de confrontar de manera incorrecta el trabajo de asistencia a las personas y las preocupaciones ligadas a éste. Por

otro lado, Mingote (1999) asocia al Burnout con la exposición prolongada y directa con personas, lo que involucra una relación emocional con el cliente, altas demandas y sin que exista la posibilidad de ejercer control sobre la situación.

En conclusión, se ha evidenciado que el síndrome de Burnout atañe con mayor frecuencia a los profesionales que tienen contacto directo con las personas, puesto que deben involucrarse de manera continua en situaciones que demanda una alta carga emocional y aunque parezca contradictorio los empleados que deben tener esta vocación de servicio, sean los que más expuestos están al desgaste profesional.

El síndrome de burnout, tiene su origen en el ámbito laboral y se va presentando por etapas, al inicio el individuo hace un esfuerzo excesivo por lograr sus metas, intenta ser más productivo y va a sumiendo demasiadas obligaciones, perdiendo la noción de sus limitaciones; en la última fase se vuelve apático, agresivo, desmotivado y frustrado, hay una interrelación de variables afectivas, aptitudinales y actitudinales.

Si bien se estudia el ambiente laboral, también se relaciona con las características individuales de las personas ya que pueden presentarse los mismos estresores laborales y cada individuo responde de manera diferente.

1.6.3 Poblaciones propensas al síndrome de burnout

Originalmente se asociaba al síndrome de Burnout con profesiones en las cuales existe un contacto directo con los usuarios, pero de acuerdo a Moreno (2005), basado en los estudios de Leiter, Demerouti y Gil-Monte (2003), esto no es un factor determinante en el desarrollo de este síndrome, afecta a cualquier persona expuesta a tensiones que no puede controlar, pero es necesario aclarar que los más vulnerables son las profesiones con trato directo con personas.

De acuerdo al estudio realizado por Ramírez Pérez y Sau-Lyn Lee Maturana titulado Síndrome de Burnout entre hombres y mujeres medido por el clima y la satisfacción laboral, en la ciudad de Arica a 233 trabajadores que pertenecen a diferentes actividades concluyeron que los hombres presentan una mayor despersonalización que las mujeres, las mujeres también presentan un alto sentido de pertenencia a la organización.

Dentro del mismo estudio se encuentra que las variables para desencadenar en el síndrome de burnout son diferentes entre hombres y mujeres, mientras que a los hombres les produce cansancio emocional no tener autonomía para las decisiones, a las mujeres les

preocupa el sentirse limitadas en su trabajo. En resumen, el síndrome de burnout afecta a hombres y a mujeres por igual, pero con diferente justificación (Ramírez & Lee, 2011).

Por otro lado, el Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales de UGT señala que las mujeres tienen mayor tendencia a sufrir del síndrome de burnout, puesto que están sometidas a cargas laborales y familiares. (Fundación para la prevención de riesgos laborales; UGT, 2007).

De acuerdo a las profesiones más vulnerables a sufrir burnout se encuentran los siguientes estudios:

Tabla 1: Presiones más vulnerables a sufrir burnout.

PROFESIÓN	PORCENTAJE BURNOUT	ESTUDIO
Profesores	25%	Kyriacou 1980
Enfermeras /os	20 – 35%	Maslach y Jackson 1982
Médicos	30 – 40 %	Henderson 1984
Policías y personal sanitario	20%	Rosse, Jonson y Crow 1991
Médicos	50%	Deckard, Meterko y Field 1994

Fuente: Basado en Gobierno de Aragón, El Burnout, p. 11 recuperado de <http://www.conectapyme.com>

En el cuadro que antecede se puede observar que ciertamente las profesiones que se relacionan directamente con otras personas son las que tienen altas probabilidades de sufrir estrés laboral y desencadenar en burnout.

Del mismo cuadro se puede apreciar que de acuerdo al estudio realizado por Henderson en 1984 sufría el síndrome de burnout entre 30 y 40%, diez años más tarde el estudio realizado por Deckard, Meterko y Field (1994) revela que se incrementó el porcentaje para la misma profesión.

Para este estudio, se tomará justamente a los profesionales de la salud, para medir si se enmarcan dentro del síndrome de burnout, debido a la exposición que tienen al atender personas.

1.6.3.1 El bournout en profesionales de la salud

Los médicos y enfermeras están estrechamente relacionados con sus pacientes, tienen un contacto muy cercano al sufrimiento humano, deben resolver sus dolencias y en muchos

casos dar malas noticias, lo que implica una sobre carga emocional que puede terminar en un profesional desgastado de una forma más rápida que en otra profesión.

Existe un concepto expuesto por Molina Linde (2007) en la cual “definen el síndrome de Burnout como la paradoja de la atención en salud: el profesional de salud enferma en la misma medida que éste sana a los pacientes (...)”.

Los profesionales de la salud tienen una gran experiencia laboral, pero pocas veces tienen reconocimiento a su labor, su trabajo consiste en atender más de 8 horas diarias a pacientes que buscan soluciones a sus dolencias, muchas veces deben realizar turnos que no les permite descansar lo suficiente, la demanda por su ayuda es muy alta.

Se puede tomar como referencia el concepto de Sosa (2007) quien resume las circunstancias a las que está expuesto el profesional de la salud, entre las que menciona las siguientes:

- Horarios de trabajo irregular
- Está expuesto de forma permanente al sufrimiento y la muerte
- Poco tiempo en consulta para atender un paciente y diagnosticar acertadamente.
- En enfermedades terminales, debe resignarse a no poder hacer nada para curar.

1.6.4 Fases y desarrollo del síndrome de burnout

Las investigaciones realizadas por Maslach & Jackson (1981), han ayudado a definir las principales características del síndrome de Burnout, donde se menciona que existe tres dimensiones que se relacionan al grado de compromiso que tiene el profesional con su trabajo y todo lo que éste comprende Maslach & Leiter (2008), estas fases han sido la base para todos los estudios relacionados con burnout y son:

- Agotamiento emocional, dimensión básica
- Despersonalización, dimensión del contexto interpersonal
- Realización personal, dimensión de autoevaluación

En la primera que menciona al agotamiento emocional es la fase en la que la persona que padece el desgaste profesional trata de sobrellevar la ansiedad, fatiga y sobrecarga laboral.

Por agotamiento emocional se entiende una respuesta del organismo que está sometido a estrés, se trata de una fatiga y agotamiento extremo, se presenta en unión de

sentimientos de frustración, en la medida que ya no cuenta con una motivación para enfrentarse al trabajo Corde & Dougherty (1993).

Maslach & Leiter (2008) señalan que la persona en la primera fase del síndrome de burnout no solamente presenta agotamiento emocional sino también físico, como sentir que al levantarse no han podido descansar lo suficiente, empieza a manifestarse en la salud física y emocional del trabajador.

Como resultado de esta sensación de agotamiento emocional y físico, la persona tiende a alejarse de su medio laboral como una manera de protección, en el caso de las profesiones que trabajan con un trato directo hacia las personas, difícilmente pueden evitar su contacto por este motivo se vuelven agresivas hacia sus clientes y no satisfacen sus necesidades.

- *Despersonalización*

En la segunda fase la despersonalización, se vuelve insensible ante las necesidades de sus clientes, tiene reacciones negativas en el trabajo y trata de alejarse de las personas.

En esta etapa la persona presenta actitudes de rechazo hacia lo que conforma su lugar de trabajo, ya sean los clientes o sus compañeros, toman distancia y deja de importarle las necesidades de los otros, se vuelve cínica en su actitud con los demás (Maslach & Leiter, 2008)

La despersonalización minimiza cualquier interés hacia las personas que buscan su ayuda o atención, se vuelven rígidos en su accionar, por ejemplo, cuando una persona se acerca a realizar un trámite, la persona que le atiende pone trabas con cualquier pretexto, no tiene ningún interés en resolver el problema, ni ayudar a agilizarlo.

- *Realización personal*

En la última etapa de la disminución del desempeño personal, hace referencia a que el individuo siente que no tiene control sobre la situación, no puede alcanzar sus objetivos, empiezan los sentimientos de fracaso y desánimo.

De acuerdo a lo señalado por Bakker, Demfrouiti, & Schaufeli (2002) los profesionales en esta etapa tienen una baja autoestima, y hace hincapié en la autoevaluación del desempeño que se hace el mismo profesional.

Siente que no ha alcanzado los frutos de su trabajo, no se desempeñan adecuadamente Corde & Dougherty (1993); el desempeño en el trabajo se ha reducido drásticamente, no alcanzan los mismos objetivos y productividad como antes.

Existen criterios divididos sobre que etapa se produce primero como signo de sufrir síndrome de Burnout, para Leitter (1988) el agotamiento emocional va de la mano con la sensación nula de realización personal, si la despersonalización actúa como una variable de mediación, por lo tanto, señala que el burnout es un proceso.

En este sentido Golembiewski (1989), toma la gravedad de los síntomas y las variaciones de satisfacción laboral; utiliza la escala de MBI y propone un modelo de 8 fases combinando variaciones de Alto y Bajo, para establecer el diagnóstico; para este autor la despersonalización es la primera etapa en la escala de síntomas del burnout.

Los principales síntomas para reconocer el burnout son:

- Fatiga emocional, la persona siente malestar, ansiedad, sensación de fracaso.
- Hostilidad en el trabajo, poco productivo, irritable.
- Migrañas, dolores estomacales, hipertensión.
- Insomnio, pérdida de apetito, náuseas, mareos.

El burnout está estrechamente ligado a otros padecimientos como son el estrés, ansiedad, depresión y puede ser confundido fácilmente, pero en el caso del burnout se da específicamente en el ámbito laboral y la intensidad de los síntomas son elevados; se debe tomar en cuenta que este síndrome no aparece súbitamente, por el contrario, es todo un proceso que se desarrolla en el individuo.

1.6.5 Instrumentos de medición del síndrome de burnout

Para comprobar la veracidad de un diagnóstico o sospecha del mismo es muy importante realizar una medición, pues de los datos arrojados se realizan importantes decisiones, de acuerdo a las palabras de Deming: “lo que no se mide no se conoce” (Rodríguez, 2014). Aunque existen varios instrumentos de medición, vamos a analizar los principales y más utilizados.

Tabla 2: Instrumentos para medir el síndrome de burnout

INSTRUMENTO	AUTOR/ES
Staff Burnout Scale	Jones (1980)
Maslach Burnout Inventory	Maslach y Jackson (1981)
Burnout Measure (Tedium Measure)	Pines, Aronson y Kafry (1981)
CESQT	Gil-Monte (2004)

Elaborado por: la autora

1.6.5.1 Maslach burnout inventory (mbi)

Este instrumento fue creado por Maslach y Jackson para medir el nivel de burnout (BO) en una persona, es el más utilizado para realizar las mediciones, no se ha logrado demostrar su validez y confiabilidad para diferentes situaciones y distintas profesiones (Bakker, Demfrouiti, & Schaufeli, 2002)

El primer instrumento del MBI contenía 47 ítems, y 4 factores, con dos tipos de escala según la intensidad y frecuencia de los síntomas; después de realizar algunas pruebas y mediciones, se lo rediseñó y finalmente consta de 22 ítems, 3 factores y 1 sola escala que es la de frecuencia (Cordes y Dougherty, 1993).

A la postre se desarrolló el MBI de acuerdo al tipo de profesión MBI-HSS para quienes prestan servicios a otras personas, el MBI-ES para educadores y el MBI-GS que es el general utilizado en individuos que no tienen relación directa con otras personas.

En el siguiente cuadro resumen, se identifica los hallazgos de las principales investigaciones que se han realizado respecto al MBI.

Tabla 3: Hallazgos de las principales investigaciones que se han realizado respecto al MBI

AUTOR/ES	INSTRUMENTO MBI	MUESTRA
Byrne, 1993	MBI-ES	Profesores
García y otros, 1994	MBI-HSS	Personal sanitario
Burke, Greenglass y Schwarzer, 1996	MBI - ES	Profesores
Gil-Monte y Perió, 1999b	MBI-HSS	Diversos profesionales España
García, Meza y Palma, 1999	MBI-HSS	Enfermeras

Grajales,2000	MBI-HSS	Multi ocupacional
Barria, 2002	MBI-HSS	Asistentes sociales

Fuente: Estudios citados en Grajales, 200 y Gil-Monte y Peiró 1999

Elaborado por: la autora

El MBI ha sido el instrumento más utilizado para medir el burnout, puesto que tiene varias muestras en lo que se refiere a las características profesionales y lugar de origen, tiene una alta eficacia para excluir entre síndrome de burnout y otras patologías como depresión, ansiedad, es el instrumento que más ha contribuido a conceptualizar el síndrome (Corde & Dougherty, 1993).

1.6.5.2 CESQT Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por trabajo

Este instrumento lo realizó Gil-Monte (2005) mide el burnout desde una orientación cuantitativa y cualitativa; de acuerdo a su modelo teórico el burnout es una respuesta al estrés laboral crónico.

Para realizar este instrumento se realizó estudios cualitativos, mediante entrevistas a individuos que aparentemente estaban afectados en algún grado con burnout, con esto consiguieron reunir los síntomas que se presentaban y con esto una descripción cualitativa del proceso; está compuesto por 20 ítems y 4 escalas que son:

- *Ilusión por el trabajo.* - El cuestionario está formulado en forma positiva, para lograr medir si la persona percibe su trabajo de forma interesante
- *Desgaste psíquico.* - Se refiere al agotamiento emocional, que deriva de la tensión de tratar con personas y solucionar sus problemas.
- *Indolencia.* - Son indiferentes al trato con las personas, llegando al cinismo, se vuelven agresivos hacia sus clientes y compañeros de trabajo.
- *Culpa.* - Es la sensación de remordimiento hacia los impulsos que siente o su forma de actuar, ya que perjudican a otras personas, este sentimiento hace que la persona se aparte de su entorno.

Este tipo de instrumento es similar al MBI-HSS, con la diferencia que aumenta el estado de culpa; está bien justificado teóricamente previo al modelo psicométrico, ha presentado buenos resultados, de igual forma para predecir las puntuaciones en factores de riesgo psicosociales es en general adecuada. Para conocer el resultado final se promedia las

puntuaciones en los 15 ítems a partir de la escala It, Dp, e In, la puntuación generada en el aspecto de culpa no incide en la puntuación total de burnout.

1.6.6 Burnout measure (BM)

De acuerdo a lo que explican Pines & Aaronson (1981), los creadores de este instrumento, originalmente estaba diseñado para medir el Tedio; actualmente se lo conoce como Burnout Measure (BM) es un instrumento que contiene 21 ítems con 7 opciones de respuesta y mide las 3 dimensiones del burnout.

- Agotamiento físico. - Es la respuesta del cuerpo a la presión del estrés, fatiga, cansancio (7 ítems).
- Agotamiento emocional. - Es la sensación del individuo matizada por depresión, miedo (7 ítems).
- Agotamiento mental. - Está conformado por sentimientos de rechazo, infelicidad, poca afectividad hacia las personas (7 ítems).

El instrumento de Burnout Measure (BM) divide los 21 ítems de la siguiente forma:

Tabla 4: instrumento de Burnout Measure (BM) y sus 21 ítems

AGOTAMIENTO FÍSICO	AGOTAMIENTO EMOCIONAL	AGOTAMIENTO MENTAL
1. Me encuentro cansado	1. Me siento deprimido	1. Soy Feliz
2. Estoy agotado físicamente	2. Estoy emocionalmente agotado	2. Soy infeliz
3. Me encuentro destrozado	3. Me siento quemado	3. Tengo un buen día
4. Me siento sin fuerzas	4. Me siento atrapado	4. Me siento inútil
5. Me encuentro desgastado	5. Estoy preocupado	5. Me encuentro optimista
6. Me siento débil	6. Me siento desesperado	6. Me siento desilusionado
7. Me siento energético	7. Me siento ansioso	7. Me siento rechazado

Fuente: (Llaneza, 2007)
Elaborado por: La autora

Corcoran (1985) realizó una investigación sobre el BM y determinó que sus índices son fiables en un 0.80:0.82, de igual forma lo sostiene Arthur(1990) donde su fiabilidad se situó en 0.91 y 0.93.

Por otro lado, Schaufeli & Dierendonck (1993), no descartan la confiabilidad del instrumento, pero son enfáticos al indicar que no se lo puede aplicar para medir el índice de

burnout ya que, si bien revela el nivel subjetivo de distrés, no se completa con la comprobación de los componentes actitudinales del burnout.

Cuenta también con un instrumento para profesionales que no se dedican a atender directamente a las personas, y valora el desencanto profesional que está más orientado a los problemas de la organización.

1.6.5.3 Staff burnout scale de Jones

Creada por Jones, J. W. (1980), indaga en propiedades cognitivas, afectivas, conductuales y psicofisiológicas; está diseñado para medir solamente a profesionales sanitarios, por tanto, en la práctica su uso es limitado.

Se compone de 30 ítems, 20 sirven para evaluar el síndrome y 10 incumben a una escala de sinceridad. El análisis factorial de los 20 ítems que estiman el síndrome ha presentado 4 factores: insatisfacción con el trabajo; tensión psicológica e interpersonal; enfermedad física y distrés; y negativas relaciones profesionales con los pacientes.

1.7 Consecuencias del síndrome de burnout

En el trabajador se produce una afección cognitiva evidenciada por la aparición de frustración y desdén profesional, naufraga en búsqueda del encallo en el desahogo y transformación laboral, por ende, en el desempeño diario.

Como principales consecuencias:

- Son afectivas, las que causan mayor impacto en el estilo conductual del trabajador, mediante el desgaste emocional se deriva un cambio drástico actitudinal, consumiente, derivando en indolencia e indiferencia frente a relaciones estrictas de su labor o lugar de trabajo.

Se puede observar de primera mano estragos afectivos - sociales, impidiéndole al afectado reproducir en sí mismo o hacia su entorno algún tipo de emoción sincera o reacción voluntaria.

Schaufeli & Enzmann, (1998), citado por Maicon Carlin (2014) reportaron en la literatura científica 132 síntomas diferentes causados por el burnout ocupacional, clasificaron estos síntomas en cinco categorías de las que se determina las siguientes consecuencias.

Afectivamente provoca un desprendimiento de emociones de satisfacción, alegría, confianza hacia el entorno o individuos que se involucren directa o indirectamente en su ámbito laboral.

Adicionalmente, las consecuencias del "Burnout" no sólo afectan al empleado si no que perjudica a su familia y amigos, se evidencia un deterioro en las relaciones interpersonales y familiares, puesto que el empleado está en una etapa de vulnerabilidad y fragilidad para tomar decisiones importantes.

- Cognitivamente el individuo genera sentimientos de impotencia que limitan su capacidad de adaptación y desarrollo psicosocial, concluyendo con una deteriorada relación con los participantes de su labor.

- Físicamente se puede presentar con alteraciones del sueño: Si bien en otros tipos de, el "Síndrome de Burnout", puede provocar problemas a la hora de dormir, si bien el individuo se acuesta cansado, le es imposible llegar a dormirse o se despierta varias veces en la noche, lo que tiene como resultado que al día siguiente presente más cansancio, dolores de cabeza, mal humor.

- Disminución de defensas: El "síndrome del trabajador quemado" actúa de forma desfavorable sobre el sistema inmunológico, lo cual ocasiona que la persona tenga sus defensas muy bajas y está expuesto con mayor facilidad a contraer enfermedades infecciosas. Se debe acotar que un sistema inmunológico debilitado hace que la enfermedad se prolongue y pueda traer complicaciones graves.

-Comportamentales, como tendencia marcada es el aumento del riesgo de alcoholismo o consumo de drogas:

Según estreslaboral (2018): "Se ha demostrado que el estrés laboral aumenta el riesgo de conductas perjudiciales, como el consumo alcohol, tabaco u otras drogas. En aquellos empleados en que el consumo ya estaba presente, la tendencia es a incrementar el consumo."

Motivacionalmente la expectativa que mantiene el afectado superara en gran cantidad a la realidad en la que vive, generando en él, la insatisfacción en cuanto a canales de desahogo motivacional o esperanza vinculada.

1.7.1 Consecuencias del síndrome de burnout en profesionales de la salud

El Síndrome de Burnout en personal profesional de salud es común en relación a la era de la comunicación asertiva insipiente, debido a que no existe la capacidad para realizar innovaciones o cambios. No existe o es casi nula la flexibilidad laboral, por tanto, el empleado no puede distribuir de mejor forma su jornada de trabajo y su tiempo personal;

tampoco se considera si un empleado está sobre cargado de trabajo para redistribuirlo con sus demás compañeros.

La expectativa que se desarrolla en personal médico mediante la adopción de teorías que conforman el núcleo de su profesión se ve confrontada con la realidad existencial del paciente con dolencia o aflicción de cualquier tipo, desarrollando en si mecanismos de defensa propios del ser humano para proteger su integridad personal o garantizar una atención inmediata que a su criterio merece o necesita, por ende, genera consecuencias tanto internas como externas, de ellas las siguientes.

Un punto clave del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras es el atender una cantidad considerable de pacientes durante su jornada, puede darse el caso que un gran número de ellos se encuentren irritables el momento de ser atendidos, esto puede deberse a su malestar por la enfermedad que les aqueja, esperaron mucho tiempo para pasar, tuvieron trámites administrativos engorrosos y al llegar finalmente a la consulta descargan su incomodidad con el profesional de la salud.

No se puede olvidar que estos profesionales se encuentran expuestos de modo continuo al sufrimiento y al dolor ajeno, por lo que están sometidos a una enorme presión emocional. Además, en muchas ocasiones la vida de otra persona depende de sus decisiones y sus acciones lo que supone una fuente de presión difícilmente igualable (Román Hernández, 2008).

“Se realizó un estudio transversal acerca de estrés y Burnout a 287 profesionales de la salud de un municipio de La Habana. Médicos y enfermeros de los niveles primero y segundo de atención, hombres y mujeres, respondieron tres cuestionarios: Cuestionario Breve de Burnout, de Moreno. Escala de Síntomas de Estrés, de Aro; e Inventario de Estrés para Profesionales de la Salud, de Wolfgang. Se estableció la hipótesis de que, así como el género y la profesión, el nivel de atención también diferenciaba significativamente las respuestas de estrés y Burnout. Una segunda hipótesis consistió en que el bajo reconocimiento profesional se asocia a respuestas de estrés y de Burnout. Ambas fueron confirmadas. La prevalencia de Burnout fue ligeramente superior a 30 % y la de síntomas de estrés de 50 %. El Burnout afectó fundamentalmente a las mujeres médicas de atención primaria, y el estrés a las enfermeras del mismo nivel de atención.” Román Hernández (2008). Los estudios que se ha efectuado en el campo de la salud, señala que una de las mayores consecuencias del “Burnout” en profesionales de la salud tiene como resultado actitudes negativas hacia las personas que necesitan de sus cuidados y una insatisfacción en la práctica médica (Richardson y Burke 2008).

Los diferentes estudios que se han realizado a personas que trabajan asistiendo a otros, pero sobre todo a los que están estrechamente relacionados con la salud, han concluido que la carga del trabajo no sólo les produce tensión emocional, también es física, cuyos síntomas se van presentando por etapas y sus efectos en muchos casos son permanentes.

Freudenberger (1974), "El síndrome de burnout ha sido un concepto ampliamente empleado en la literatura científica sobre estrés laboral. Catherine Maslach y Susana Jackson lo han definido como un proceso que se inicia con una carga emocional y su correspondiente tensión que conduce al agotamiento del sujeto, quien comienza a exhibir conductas de distanciamiento y actitudes cínicas respecto a las personas que atiende, lo cual crea dudas con respecto a la competencia y realización profesional." (Román, 2003)

Se trata de un concepto que tiene varias perspectivas de enfoque, asociados con síntomas físicos cuyos factores fueron descritos por Maslach y Jackson y son: agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización profesional. El modelo teórico que plantearon les llevó a la elaboración del Maslach Burnout Inventory (MBI).

Por otro lado, Pines, Aronson y Kafry, (1981) señalan que el burnout es el resultado de la rutina ocupacional, no se sienten recompensados, es monótona, no tienen libertad de decisión y por otro lado una consecuencia de factores externos como el ambiente de trabajo, las relaciones interpersonales.

Moreno (1998), creó un instrumento para la evaluación del burnout, tomando como base lo realizado por Maslach, incrementó las variables para determinar las causas de este síndrome, así encontramos que se incluye el tedio, la organización del trabajo y las características de las tareas que realizan. (Moreno B, Oliver C, Pastor JC, Aragoneses A. Una teoría y una medida del estrés laboral asistencial [Actas del II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos] Valencia: 15-20 de abril, 1998).

De acuerdo a lo señalado por Schaufeli, en lo referente a los profesionales de la salud, en relación a las diferencias entre médicos y enfermeras, el agotamiento emocional es muy similar, en la despersonalización los médicos tienen puntajes más altos, y las enfermeras en reducción de la realización profesional.

Por otro lado, Allan Wolfgang (1974) se enfocó en identificar la raíz del estrés en diferentes profesionales del sector de la salud; para esto creó el instrumento Health Professions Stress Questionnaire, y lo utilizó para llevar a cabo sus investigaciones con médicos, enfermeros, administrativos y farmacéuticos, los resultados que se obtuvieron respaldan que el instrumento es fiable.

Los profesionales de la salud que es el tema de nuestro estudio, son profesiones que están más expuestas al síndrome de Burnout, puesto que el nivel de riesgo que existe es mucho más alto que en otras profesiones, el hecho de tener una vida dependiendo de ellos, genera una tensión que puede superar sus capacidades, si a esto le sumamos que esta situación se repite continuamente a lo largo de su jornada, por lo cual se entiende la exposición que tienen a este síndrome. También se evidencia que existen diferentes manifestaciones de síntomas entre los profesionales y se debe a factores como el grado de responsabilidad, si deben brindar atención primaria o secundaria, si su trabajo es reconocido tanto por sus pacientes, familiares y autoridades.

1.8 Prevención y tratamiento del burnout

Para prevenir el Burnout, no hay una fórmula establecida, mucho depende de las características individuales de cada persona, se puede establecer ciertas estrategias para afrontar situaciones estresantes o para que el individuo aumente la capacidad de adaptación a los estresores laborales, esto logrará que la persona domine, reduzca o tolere las exigencias.

Si se logra tener una respuesta de afrontamiento adaptativas se reduce el estrés y se mantiene la salud a largo plazo, por el contrario, si se da una respuesta de afrontamiento de inadaptación puede bajar el estrés a corto plazo, pero con secuelas graves a largo plazo.

Bajo esta misma óptica, Labrador (1992) y Sandín (1995) han señalado que la tensión provocada se puede dominar por dos vías, la primera es modificando directamente la activación fisiológica inicial y manteniéndola, o transformar los resultados que los pensamientos, las situaciones o las conductas tienen sobre ella.

De acuerdo a lo señalado por Ivancevich & Matteson (1987) existen entrenamientos para adquirir estrategias para afrontar el estrés y otras para adquirir destrezas para manejar emociones. En esta misma línea Gil-Monte (2005) han destacado que el uso de estrategias que se centra en el problema previene el desarrollo del síndrome de Burnout y que por el contrario las estrategias de evitación-escape, que su punto medular es la emoción, contribuyen a su aparición.

Las estrategias particulares pueden ser:

- Estrategias fisiológicas: Están relacionadas con técnicas de relajación, basada en la respiración, si bien el estrés genera una respiración rápida y cortada, al individuo entrenarse en esta técnica aprenderá de forma

automática a respirar correctamente ante una situación de estrés, de esta forma su organismo se oxigena y reduce cualquier tipo de molestia emocional y física

- Estrategias conductuales: Están estrechamente ligadas con el asertividad, como ya lo habíamos señalado es la respuesta madura y coherente para expresar nuestra forma de sentir, puntos de vista, necesidades, etc., de esta forma el afrontar los problemas laborales será más sencillo, puesto que tiene el autocontrol sobre sí mismo, y conseguirá habilidades para afrontar los problemas.
- Técnicas cognitivas: Se trata de cambiar los pensamientos negativos, darles a los problemas la importancia que se merecen y no sobredimensionarlos, controlar los pensamientos irracionales sobre su trabajo y eliminar las actitudes disfuncionales, afrontar el fracaso como un paso más de aprendizaje, aceptar el rechazo de otras personas.
- Estrategias de intervención social: Apoyar a las personas en su integración laboral, promover el trabajo en equipo para cortar con el aislamiento.

- E
estrategias de intervención organizacional: Este tipo de estrategias van dirigidas a la organización como tal, mejorar aspectos de comunicación, crear ambientes físicos de trabajo más cómodos, iluminados, sin ruido, la asignación de tareas de forma equitativa, los turnos para laborar en base a necesidades de empleados, Parkes (2001) afirma de manera categórica que “Es ingenuo e incluso éticamente discutible el someter a los trabajadores a programas de entrenamiento contra el estrés mientras persistan en la empresa las exigencias excesivas o las condiciones de trabajo inapropiadas. (...)” Baraona (2005).

Como lineamientos generales para prevenir el burnout se puede citar los siguientes:

1. Tomar pausas cortas de descanso durante el trabajo
2. Realizar pausas activas para estirar el cuerpo y disipar la mente
3. No tomar el problema del cliente / paciente como propio.

4. No culparse por lo que no está en sus manos hacer.
5. Utilizar el tiempo de descanso para realizar las tareas que más le gusten.
6. Tener una dieta balanceada y ejercicio.

1.8.1 Posible tratamiento

La Organización Internacional del Trabajo-OIT y la Organización mundial de la Salud – OMS, en el año 2001, ya consideran al Burnout una posible causa de riesgo profesional, por lo que los empleadores se han visto en la necesidad de prevenir o ayudar en el tratamiento a sus empleados.

Se han dado varios tratamientos a nivel individual, en donde se centra en incrementar la percepción de control, aumentar la autoeficacia y mejorar la autoestima, es tratar que el individuo tenga un entrenamiento en la resiliencia (que es la capacidad para superar una adversidad).

De acuerdo a lo señalado por Martínez Pérez (2010) existen programas de ayuda a nivel individual como son: “Habilidades sociales”, “Vitalidad”, (Estas dos primeras terapias refuerzan las capacidades individuales y de relaciones) “Trabajando sobre tu carrera” (Su objetivo es que el individuo cambie su opinión sobre su entorno laboral) , y “Control del Estrés laboral” (con técnicas de relación y autocontrol), todos estos métodos cuentan con diferentes métodos para ayudar a un empleado a enfrentar el síndrome de Burnout.

Existe otra técnica que se la puede desarrollar a nivel grupal o individual que es la supervisión, Puig (2011) proyecta que el programa de supervisión ayuda a detectar un posible conflicto entre trabajadores o con la organización, también indica que se puede realizar evaluaciones a los puestos de trabajo de qué forma están realizando sus actividades y de forma grupal ejecutar reuniones de empleados para exponer sus casos, experiencias, etc., y en base a los resultados tomar acciones y estrategias para evitar la aparición del síndrome de Burnout.

En las organizaciones que están preocupadas por el bienestar de sus colaboradores, realizan algunas baterías psicológicas para conocer el estado emocional, si sus obligaciones laborales están afectando otro ámbito de su vida, Gil-Monte (2005) recomienda establecer cambios en los puestos de trabajo a todo nivel, es decir que si se capacita, se educa al personal para realizar otras tareas dentro de la organización, pueden ir rotando y así no realizar actividades monótonas sino ejecutar distintas tareas.

Las empresas también han tomado como estrategia, integrar la vida laboral con la familiar, como por ejemplo ayudarlos con horarios partidos, teletrabajo, permisos para eventos escolares, familiares, cuadrar sus vacaciones con las de sus familiares, notificar a reuniones dentro de horarios de trabajo, respetar sus horas y días de descanso.

Se encontró también que una de las técnicas utilizadas para afrontar un posible síndrome de Burnout es el afrontamiento del estrés como ya indicó anteriormente, trata de crear estrategias para que la persona afronte o se adapte de mejor manera a situaciones estresantes.

Por otro lado, también se puede manejar la reestructuración cognitiva que consiste en retirar pensamientos negativos y creencias irracionales, mejorar su estilo de pensamiento en situaciones negativas. Si lleva mucho tiempo padeciendo este síntoma puede existir problemas de salud o juntarse con otros problemas psicológicos que pueden llegar a requerir de medicación

Se debe tomar en cuenta que el neuroticismo, extroversión y psicotismo son rasgos importantes en la personalidad del individuo y resulta esencial en el momento de afrontar tensiones laborales, sentir auto realización y de acuerdo a los resultados en donde se puntúe más alto en estos rasgos se debe utilizar las técnicas de afrontamiento

CAPÍTULO II
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. Objetivos.

2.1.1. Objetivo general

- Identificar si existen indicios relevantes de cualquiera de las tres etapas del síndrome de Burnout, en doctores y personal de enfermería en un centro médico público, ubicado en el centro de la ciudad de Quito, durante el año 2017.

2.1.2. Objetivos específicos

- Establecer la incidencia de cualquiera de las dimensiones del burnout.
- Detallar las particularidades sociodemográficas y laborales de los sujetos de investigación.
- Conocer la percepción del clima laboral por parte de la muestra estudiada.
- Distinguir cuál es el malestar emocional con mayor relevancia
- Identificar los modos de afrontación que más recurren los médicos y enfermeros
- Determinar la percepción del apoyo emocional en los profesionales de la salud
- Señalar los rasgos de personalidad predominantes en la muestra escogida.

2.2. Preguntas de Investigación

1. ¿Qué dimensión del burnout predomina en los profesionales de la salud?
2. ¿Cuáles son los rasgos sociodemográficos y laborales del personal de la salud?
3. ¿Cuál es el malestar emocional que domina entre los trabajadores sanitarios?
4. ¿Cuáles son los mecanismos de afrontación que más emplean la muestra estudiada?
5. ¿Qué percepción de apoyo emocional tienen los profesionales de la salud?
6. ¿Cuáles son los atributos de la personalidad que prevalece entre los trabajadores sanitarios?

2.3. Contexto de la Investigación

La muestra objeto de esta investigación son profesionales de la salud, doctores de diferentes especialidades y personal de enfermería de un centro clínico quirúrgico de atención ambulatoria y hospital del día ubicado en el centro de la ciudad de Quito.

Ofrece servicio de cirugías ambulatorias, imagen, odontología, pediatría, medicina general, laboratorio, emergencia, medicina familiar, farmacia, fisioterapia, etc.

Se trata de un centro médico nuevo, antes funcionaba una institución pública administrativa y fue remodelado completamente en su interior, al tratarse de un edificio patrimonial no

podieron cambiar la fachada y en la parte antigua funcionan las oficinas administrativas. Ha sido dotado de equipos de última tecnología, cada médico cuenta con su consultorio, y el edificio médico tiene zonas de espera amplias. Emergencia fue acondicionada en lo que era el estacionamiento, para facilidad del ingreso de ambulancias, puesto que las calles del centro de Quito son muy estrechas y eso imposibilita que la ambulancia tenga un espacio afuera.

Los médicos tienen sus propios instrumentos para trabajar, los consultorios lo comparten por turnos, los enfermeros tienen estaciones por pisos y comparten los cubículos para realizar la toma de signos vitales, es importante indicar que al personal sanitario les dan capacitación permanente y de acuerdo a concursos internos por méritos pueden acceder a nombramientos, cambios de puesto y salarios más altos. Atienden a un número considerable de pacientes y pese a ello no pierden la calidez en la atención.

2.4. Diseño de investigación:

El método utilizado para esta investigación fue exploratorio, el cual nos presenta una visión general aproximada del tema estudiado, determina una tendencia; es el primer acercamiento que realiza el investigador sobre el tema de estudio; se utiliza este método cuando el objeto de estudio no ha sido explorado antes.

El diseño de la investigación presentó las siguientes características:

- Cuantitativa: Se examinaron los datos recabados de los cuestionarios aplicados de forma numérica, lo que nos permite conocer donde se inicia el problema, en qué dirección va y el tipo de circunstancia que existe.
- No experimental: Se realiza el estudio en su ambiente natural sin modificar las variables independientes, el resultado se puede generalizar a poblaciones más amplias que cuenten con las mismas variables naturales a las estudiadas.
- Transaccional (Transversal): Se centró en medir cuál es el nivel de las variables en un momento determinado, nos ofrece una información general.
- Descriptivo: Se recolectaron los datos sobre la base de una teoría, después de analizar los resultados nos permitió identificar la relación que existe entre las variables.
- Correlacional: Se la realizó estadísticamente por medio de coeficientes de correlación e interpretar los resultados, se pudo medir distintas variables simultáneamente en un escenario natural.

2.5. Muestra

La muestra seleccionada para esta investigación fue el personal sanitario (médicos y enfermeros) que trabajan en una entidad de salud pública, ubicada en el centro de la ciudad de Quito.

Los profesionales de la salud que serían objetos de investigación se eligieron de forma casual no probabilístico, sin ningún juicio previo de selección, encuestando al personal médico que estaba con tiempo disponible, la muestra de donde se tomó la información fueron 30 profesionales médicos (15 doctores y 15 enfermeras), en la fase de depuración de datos se mantuvo dichos datos, ya que cumplían con los criterios de inclusión.

El estudio realizado se lo hizo fundamentado en los principios éticos que se debe considerar en la investigación con seres humanos (acuerdo de Helsinki), el ensayo no puso en riesgo a ninguno de los asistentes y se comprometió a mantener la reserva sobre los datos entregados, para formalizar se firmó un consentimiento voluntario de participar en el estudio.

Los criterios que se tomaron en cuenta para seleccionar la muestra fueron:

Criterios de inclusión: Tener título en medicina o enfermería, trabajar actualmente en la profesión, dar su aprobación para participar en el estudio, estar dispuesto a firmar el consentimiento informado y tener por lo menos 2 años de experiencia profesional.

Criterios de exclusión: No ejercer su profesión actualmente, no haber completado sus estudios profesionales, no tener un título de tercer nivel, negarse a firmar el consentimiento informado, no estar de acuerdo en participar del estudio voluntariamente, tener menos de 2 años de experiencia.

2.6. Procedimiento:

El estudio se llevó a cabo de la siguiente manera:

- Se realizó la solicitud para la autorización pertinente en el centro médico.
- Se contactó con las autoridades de la entidad médica para exponer el estudio a realizar y procedan a emitir el permiso correspondiente.
- Una vez dada la autorización por parte del director, se definió las fechas y horario en el que se podía realizar los instrumentos de estudio a su personal.

- En las fechas indicadas, se contactó con médicos y personal de enfermería para solicitar su participación en la investigación, explicando la finalidad del estudio, el personal que aceptó voluntariamente, firmó el consentimiento informado, se dio una explicación de cada uno de los cuestionarios y los llenaron ellos directamente.
- Al terminar la recolección de datos, se verificó que todos cumplan con las características de inclusión, que estén llenos en su totalidad y que se adjunte el consentimiento informado, para procesar la información se recurrió al SPSS-23 con datos descriptivos y correlaciones.

2.7 Instrumentos:

Las baterías utilizadas para recoger datos de los participantes y realizar los respectivos análisis fueron:

2.7.1 Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC.

Este instrumento nos ayuda a recolectar información de 12 variables (6 sociodemográficas que son género, edad, número de hijos, etnia, estado civil, remuneración y 6 laborales como años de experiencia, tipo de trabajo, sector en el que trabaja, tipo de contrato, horas trabajadas, porcentaje de pacientes atendidos); también nos indica los recursos institucionales y el clima laboral. Este cuestionario se toma como variables independientes para el análisis de datos.

De este cuestionario se toman los datos generales para verificar si la persona cumple con los criterios de inclusión, es la base para realizar los análisis de datos, comparaciones y estadísticas.

2.7.2 Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout inventory MBI-HSS)

Este instrumento es el más utilizado para detectar síndrome de burnout, fue creado por Maslach y Jackson para medir el nivel de burnout en una persona, tiene una alta eficacia para excluir entre el síndrome de burnout de otras patologías como depresión, ansiedad, etc.

Evalúa las tres dimensiones de burnout (agotamiento emocional, despersonalización y realización en el trabajo) para conocer en qué etapa se encuentra cada individuo, se toma en cuenta las puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización y para realización en el trabajo por el contrario se valora las puntuaciones bajas.

El primer instrumento del MBI contenía 47 ítems, y 4 factores, con dos tipos de escala según la intensidad y frecuencia de los síntomas; después de realizar algunas pruebas y

mediciones, se lo rediseñó y finalmente consta de 22 ítems, 3 factores y 1 sola escala que es la de frecuencia (Cordes y Dougherty, 1993).

2.7.3 Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28); (Goldberg y Hiller, 1979; versión española de Muñoz, Vázquez – Baquero, Rodríguez, Pastrana y Varo, 1979)

Este cuestionario consta de 28 ítems, dividido en 4 subescalas, el bloque A se refiere a síntomas somáticos, B ansiedad e insomnio, C disfunción social y por el último el D depresión grave.

Sirve para la valoración mental, como la persona se auto-percibe respecto a las preguntas realizadas y las respuestas dadas se limitan en el tiempo de las últimas semanas; este cuestionario nos ayuda a evaluar un componente del bienestar psicológico, puesto que no abarca una evaluación cognitiva que incluye la satisfacción en el logro de metas, ni aspectos de la esfera emocional.

En cuanto a su interpretación para detectar problemas de nueva aparición, la puntuación (GHQ) se realiza asignando los valores 0, 0, 1, 1 a las respuestas de los ítems positivos y 1, 1, 0, 0 para los ítems negativos.

Por otro lado, para reconocer problemas crónicos, la puntuación (CGHQ) de los ítems positivos se puntúan 0, 0, 1, 1; y los negativos 0,1,1,1. Entonces, el punto de corte se sitúa en 5/6 (caso/no caso). Los ítems positivos son A1, C1, C3, C4, C5, C6 y C7, y los ítems negativos son el resto.

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

Este cuestionario es una herramienta para evaluar las estrategias de afrontamiento que tienen las personas ante el estrés. No existen respuestas correctas o incorrectas, el individuo debe señalar lo que hace habitualmente para afrontar las situaciones cotidianas de estrés.

Se compone de 28 ítems, tiene 4 parámetros de respuesta que va de 0 (No he estado haciendo esto en lo absoluto) hasta 3 (He estado haciendo esto mucho); estos modos de afrontar el estrés tienen como objetivo principal reducir la influencia del estrés sobre la persona, el afrontamiento viene a ser estabilizador ya que permite al individuo adaptarse a la situación de estrés.

Los modos de afrontamiento que evalúa este instrumento son:

- Afrontamiento activo: Es el conocido como adaptativo, la persona actúa directamente ante cualquier problema.
- Auto – distracción: Distrae su atención a otras cosas para evitar pensar en una solución al problema.
- Negación: No aceptar el problema, bloquearlo de forma consciente para no afrontarlo.
- Uso de sustancias: Como su nombre lo indica es ingerir cualquier tipo de sustancia que permita a la persona olvidar o evitar el problema.
- Uso de apoyo emocional: Acudir a otras personas, grupos, organizaciones para compartir sus problemas y encontrar apoyo.
- Uso de apoyo instrumental: Es contar con una ayuda tangible como apoyo, puede ser dinero, una guía, entre otros.
- Retirada de comportamiento: Es dejar que las cosas sigan su curso sin realizar ninguna acción para resolver el problema.
- Desahogo: Descargar emocionalmente los problemas para eliminar las sensaciones negativas
- Replanteamiento positivo: Reevaluar el problema y buscarle un sentido, considera un aprendizaje al problema y lo utiliza como crecimiento personal.
- Planificación: Son los pasos a seguir para resolver el problema, si es que es una situación controlada.
- Humor: Restar importancia a la situación crítica, aliviando sus efectos negativos.
- Aceptación: Reconocer la responsabilidad sobre la situación crítica que se presenta.
- Religión: Buscar una esperanza en una creencia religiosa
- Culpa de sí mismo: Reconocer que no tiene la capacidad de hacerse cargo de la situación y se culpabiliza de lo que sucede.

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

Este cuestionario nos permite tener una visión multidimensional del apoyo social, identifica situaciones de riesgo social elevados; fue desarrollado por Sherbourne y cols. en pacientes participantes del Medical Outcomes Study (MOS), nos permite conocer la red familiar y extra familiar del individuo estudiado.

Consta de 20 preguntas donde se responde en una escala del 1 al 5, siendo 1 (Nunca) y 5 (Siempre); explora 5 dimensiones del apoyo social que son: emocional, informativo, tangible, interacción social positiva y afecto; no se trata únicamente de los elementos que brindan el apoyo sino de la percepción que tiene el individuo de ellos.

La consistencia interna para la puntuación total es alta (alfa de Cronbach = 0.97) y para las subescalas oscila entre 0.91 y 0.96. La fiabilidad test-retest es elevada (0.78).

2.7.6 Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. (EPQR-A; Francis, Brown y Philipchalck, 1993; Versión española de Sandin, Valiente y Chorot, 1999)

La teoría expuesta por Eysenck, se fundamenta especialmente en la psicología y la genética, es decir que las distintas personalidades se desarrollan en base a la herencia genética.

El cuestionario abreviado realizado por Francis et al. (1992), consta de 24 preguntas, con respuestas forzadas a SI y NO, los principales factores que se miden con esta escala son extroversión, neuroticismo, psicotismo y sinceridad; las tres primeras subescalas miden rasgos de personalidad y la última valora la tendencia a mentir, puesto que las personas contestan pensando en lo que desea la sociedad, se verifica la sinceridad.

La extroversión (E), hace hincapié a la tendencia a las relaciones sociales, el espíritu entusiasta y desinhibido.

Neuroticismo (N), Se la conoce como la hiperreacción general de tipo emocional y la predisposición a trastornos histéricos en situaciones de estrés.

Psicotismo (P), esto se entiende como agresividad, frialdad, egocentrismo, impulsividad,

En la escala de sinceridad (L) se pueda reconocer a sujetos que intenten presentarse a sí mismo con características de personalidad socialmente deseables.

CAPITULO III.
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

ANÁLISIS DE DATOS

3.1. Cuestionario sociodemográfico

Tabla 5. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud

VARIABLES	Médicos/as		Enfermeros/as	
	n	%	n	%
Sexo				
Hombre	7.0	46.7	1.0	6.7
Mujer	8.0	53.3	14.0	93.3
Edad				
<i>M</i>	46.3		40.7	
<i>DT</i>	12.4		10.8	
Max	66.0		60.0	
Min	27.0		29.0	
Número de hijos/as				
<i>M</i>	1.5		1.5	
<i>DT</i>	1.2		1.1	
Max	4.0		3.0	
Min	0.0		0.0	
Etnia				
Mestizo/a	14.0	93.3	14.0	93.3
Blanco/a	1.0	6.7	1.0	6.7
Afroecuatoriano/a	0.0	0.0	0.0	0.0
Indígena	0.0	0.0	0.0	0.0
Estado civil				
Soltero/a	3.0	20.0	2.0	13.3
Casado/a	7.0	46.7	12.0	80.0
Viudo/a	0.0	0.0	0.0	0.0
Divorciado/a	4.0	26.7	0.0	0.0
Unión libre	1.0	6.7	1.0	6.7

Fuente: Cuestionario sociodemográfico AD HOC

Elaborado por: Sarmiento, H. María Emilia

De los datos recabados en la investigación, se puede señalar las siguientes conclusiones respecto a los aspectos sociodemográficos:

De la muestra de 15 médicos el 46.7% son hombres y el 53.3% mujeres, por otro lado, en la toma de 15 enfermeras el 93.3% son mujeres y apenas el 6.7% son hombres, en este punto se puede verificar que el incremento de mujeres en la vida laboral y profesional es significativo, de igual forma se mantiene como tradicional que la mayoría de enfermeras sean mujeres.

La edad de los profesionales médicos supera en más de 5 años a la de los enfermeros, así se obtiene una media de 46.3 años para doctores y de 40.7 para los enfermeros.

Respecto a los hijos en los dos casos demuestra una media de 1.5. En lo referente a la etnia las 2 muestras de médicos y enfermeras coinciden en un 93.3% se consideran mestizos y un 6.7% blanco.

De los 15 médicos entrevistados el 20% son solteros, 46.7% están casados, el 26.7% divorciados y un 6.7% conforman unión libre. En lo concierto al grupo de enfermeras se evidencia un 13.3% solteros, 80% casados y un 6.7% unión libre. De estos resultados se puede concluir que el índice de divorcios se da más en el personal médico debido a sus horas de trabajo, muchas veces son llamados a emergencias las cuales deben atender y descuidan su vida familiar.

3.2. Características laborales

En esta tabla se analizará las variables de ingresos, sector, tipo de contrato y turnos.

Tabla 6. Características laborales de los profesionales de la salud

VARIABLES	Médicos/as		Enfermeros/as	
	n	%	n	%
Ingresos mensuales				
0 a 1000	1.0	6.7	2.0	13.3
1001 a 2000	12.0	80.0	13.0	86.7
2001 a 3000	2.0	13.3	0.0	0.0
3001 a 4000	0.0	0.0	0.0	0.0
4001 a 5000	0.0	0.0	0.0	0.0
5001 a 6000	0.0	0.0	0.0	0.0
Experiencia profesional				
<i>M</i>	19.0		15.4	
<i>DT</i>	13.4		10.0	

Max	38.0		38.0	
Min	2.0		4.0	
Sector en el que trabaja				
Público	14.0	93.3	15.0	100.0
Privado	0.0	0.0	0.0	0.0
Ambos	1.0	6.7	0.0	0.0
Tipo de contrato				
Eventual	0.0	0.0	0.0	0.0
Ocasional	3.0	20.0	0.0	0.0
Plazo fijo	3.0	20.0	4.0	26.7
Nombramiento	6.0	40.0	8.0	53.3
Servicios profesionales	0.0	0.0	2.0	13.3
Ninguno	3.0	20.0	1.0	6.7
Nº de pacientes/día				
<i>M</i>	26.2		72.3	
<i>DT</i>	18.0		39.4	
Max	80.0		150.0	
Min	10.0		25.0	
Horas de trabajo/día				
<i>M</i>	8.5		8.5	
<i>DT</i>	0.9		1.4	
Max	10.0		12.0	
Min	6.0		8.0	
Turnos				
Si	2.0	13.3	11.0	73.3
No	13.0	86.7	4.0	26.7

Fuente: Cuestionario de variables laborales AD HOC

Elaborado por: Sarmiento, H. María Emilia

En lo que corresponde a ingresos mensuales los datos arrojan que apenas el 6.7% de médicos está en un rango de 0 a 1001, versus un 13.3% de enfermeras en el mismo salario, en las dos profesiones la mayoría se sitúa entre 1001 a 2000 obteniendo el 80% en médicos y el 86.7% en enfermeras y por último se encuentra un 13.3% con un ingreso superior entre 2001 a 3000 sólo en médicos. La equidad de sueldos se ha ido equiparando entre médicos y enfermeras, puesto que solo existen picos menores.

La experiencia profesional tiene una media de 19 años en médicos y 15.4 años en enfermeras, es decir que los médicos llevan casi 4 años más de trabajo con pacientes.

La mayoría de los profesionales médicos sólo laboran en el sector público, es decir su único trabajo es el hospital en el que se realizó el estudio, así alcanza el 93.3% sector público y apenas el 6.7% lo hacen ahí y de forma privada. En el caso de enfermeras el 100% solo lo hacen en el sector público.

El tipo de contrato que prevalece en los médicos es el de nombramiento con un 40% sin llegar a ser mayoría, encontramos por igual el de plazo fijo, ocasional y ninguno con 20% cada uno. Por otro lado, en los enfermeros si encontramos una mayoría de 53.3% con nombramiento, 26.7% a plazo fijo, 13.3% tiene una contratación bajo servicios profesionales y el 6.7% ninguno; esto nos demuestra que la estabilidad laboral en el sector público genera incertidumbre, pues un porcentaje de 60% de médicos y un 46.7% en enfermeras no cuentan con nombramiento y en cualquier momento pueden prescindir de sus servicios.

En lo que se relaciona a la cantidad de pacientes que atienden diariamente, los enfermeros están muy por encima de los doctores llegando a una media de 72.3 pacientes diarios frente al 26.2 de los médicos, el máximo de pacientes atendidos por los enfermeros es de 150 y mínimo 25 y los doctores su máximo llega a 80 y mínimo 10; se puede observar que la carga laboral más alta la llevan los enfermeros.

Las horas de trabajo en los 2 casos tiene una media de 8.5 horas diarias, si dividimos la media de los pacientes para las horas trabajadas, se obtiene que los enfermeros atienden a más de 8 personas cada hora, o sea tienen aproximadamente 7 minutos por cada uno y los médicos a 3 personas es decir tienen 20 minutos para examinar, evaluar y diagnosticar.

Los recursos que presta la institución para el cumplimiento de su trabajo los médicos en un 53.3% están totalmente satisfechos y los enfermeros en un 60% por otro lado señalan que medianamente.

Los turnos son más notorios en los enfermeros pues el 73.3% rota en su horario, mientras que el 86.7% de médicos tienen un horario fijo.

3.3. Percepción del clima laboral

En este punto se analizará la satisfacción que siente los profesionales respecto a su valoración y satisfacción

Tabla 3. Percepción del clima laboral de los profesionales de la salud.

		Profesión			
		Médico		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
¿Cuán valorado se siente por sus pacientes?	Nada	0	0.0%	2	13.3%
	Poco	4	26.7%	3	20.0%
	Bastante	6	40.0%	5	33.3%
	Totalmente	5	33.3%	5	33.3%
¿Cuán valorado se siente por los familiares de los pacientes?	Nada	0	0.0%	1	6.7%
	Poco	5	33.3%	5	33.3%
	Bastante	6	40.0%	8	53.3%
	Totalmente	4	26.7%	1	6.7%
¿Cuán valorado se siente por sus compañeros de profesión?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	1	6.7%	1	6.7%
	Bastante	8	53.3%	11	73.3%
	Totalmente	6	40.0%	3	20.0%
¿Cuán valorado se siente por los directivos la institución?	Nada	1	6.7%	1	6.7%
	Poco	3	20.0%	5	33.3%
	Bastante	4	26.7%	8	53.3%
	Totalmente	7	46.7%	1	6.7%
¿Está satisfecho con el trabajo que realiza?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	1	6.7%	0	0.0%
	Bastante	8	53.3%	3	20.0%
	Totalmente	6	40.0%	12	80.0%
¿Está satisfecho en su interacción con los pacientes?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	0	0.0%	2	13.3%
	Bastante	7	46.7%	3	20.0%
	Totalmente	8	53.3%	10	66.7%
¿Está satisfecho con el apoyo brindado por parte de los directivos de la institución?	Nada	1	6.7%	2	13.3%
	Poco	1	6.7%	4	26.7%
	Bastante	7	46.7%	8	53.3%
	Totalmente	6	40.0%	1	6.7%
¿Está satisfecho con la colaboración entre compañeros de trabajo?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	1	6.7%	3	20.0%
	Bastante	6	40.0%	11	73.3%
	Totalmente	8	53.3%	1	6.7%

¿Está satisfecho con la valoración global de su experiencia profesional?	Nada	1	6.7%	1	6.7%
	Poco	2	13.3%	0	0.0%
	Bastante	3	20.0%	6	40.0%
	Totalmente	9	60.0%	8	53.3%
¿Está satisfecho con su situación económica?	Nada	1	6.7%	3	21.4%
	Poco	4	26.7%	3	21.4%
	Bastante	7	46.7%	6	42.9%
	Totalmente	3	20.0%	2	14.3%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y clima laboral AD HOC

Elaborado por: Sarmiento, H. María Emilia

Los doctores se sienten valorados por sus pacientes y los familiares de pacientes en la misma escala de bastante valorado 40%, por sus compañeros de profesión un 53.3% afirma que es bastante valorado y por los directivos de la institución un 46.7% totalmente valorados. En el caso de los enfermeros se sienten bastante y totalmente valorados por sus pacientes en un 33.3%, por los familiares de los pacientes señalaron que un 53.3% está bastante valorada, un 73.3% es bastante valorada por sus compañeros de profesión y 53.3% indica que los directivos de la institución son bastante valorados.

Como se puede ver la valoración más alta que sienten es entre sus compañeros de profesión, la valoración que sienten de parte de los pacientes y familiares no llega a la mayoría ahí se encontró bastante dividida la percepción y por último la valoración que dan los directivos a los profesionales la mayoría se ubica entre bastante y totalmente teniendo como resultado un 86.70% en médicos y 60% en enfermeros, es decir un 40% de enfermeros se siente nada o poco valorado por los directivos.

En lo concerniente a la satisfacción con el trabajo que realizan los médicos se sitúan entre bastante y totalmente con 93.3% (53.3% bastante y 40% totalmente), los enfermeros están 80% totalmente satisfechos y 20% bastante satisfechos.

La interacción con los pacientes produce bastante y totalmente satisfacción en los médicos llegando al 100% y los enfermeros alcanzan el 86.7% de satisfacción entre bastante y totalmente satisfechos, apenas un 13.3% de enfermeros está poco satisfecho con la interacción.

La satisfacción del apoyo de los directivos de la institución también se mantiene entre bastante y totalmente con los porcentajes más altos para las dos profesiones, así el resultado en médicos es bastante el 46.7% y totalmente 40%; en el caso de los enfermeros el 53.3% indica que bastante y 6.7% totalmente, los enfermeros que se sienten nada o poco satisfechos está en un 40%, como se puede evidenciar este último porcentaje se mantiene con la poca valoración que siente por parte de los directivos de la institución.

De la colaboración con sus compañeros de trabajo los médicos están totalmente satisfechos en un 53.3% y los enfermeros en un 73.3%, se encuentra un mayor sentido de trabajo y compañerismo entre los enfermeros.

La valoración global de su experiencia profesional un 60% de médicos y un 53.3% de enfermeros indican que están totalmente satisfechos.

Cuando se manifiestan respecto a la satisfacción económica, las tendencias son divididas tanto en médicos como enfermeros, así se tiene entre nada y poco el 33.40%, bastante y totalmente el 66.6% en el caso de los médicos, en lo que compete a enfermeros 42.8% indica que se siente nada y poco satisfecho y un 57.2% está bastante y totalmente satisfecho.

3.4. Dimensiones del burnout

En este apartado se analizará solo niveles altos para identificar las etapas relacionadas con el burnout que son agotamiento y despersonalización, por otro lado, los niveles bajos de realización personal.

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

		Profesión			
		Médico		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Agotamiento emocional	Bajo	9	60.0%	11	73.3%
	Medio	0	0.0%	3	20.0%
	Alto	6	40.0%	1	6.7%
Despersonalización	Bajo	9	60.0%	9	60.0%
	Medio	4	26.7%	3	20.0%

	Alto	2	13.3%	3	20.0%
Realización personal	Bajo	8	53.3%	12	80.0%
	Medio	5	33.3%	1	6.7%
	Alto	2	13.3%	2	13.3%

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

Elaborado por: Sarmiento, H. María Emilia

De los datos recabados se encuentra, que un 40% de médicos presentan agotamiento emocional alto, mientras que en enfermeras encontramos apenas un 6.7%, en despersonalización se halló en médicos un 13.3% y enfermeras un 20% que puntuó como alto.

En lo que se refiere a realización personal los enfermeros tienen un alto porcentaje en una baja realización personal que es el 80%, los médicos llegan al 53.3% en esta misma categoría.

3.5. Resultados casos de burnout en profesionales de la salud

En esta tabla se verificará si se encontró casos de Burnout en profesionales de la salud, en el centro médico donde se efectuaron las pruebas.

Tabla 7. Resultados de los casos de burnout en los profesionales de la salud.

		Profesión			
		Médico		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Burnout	No presencia	15	100.0%	14	93.3%
	Presencia	0	0.0%	1	6.7%

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

Elaborado por: Sarmiento, H. María Emilia.

Como se observa, ninguno de los médicos presenta casos de burnout, por el contrario, en los enfermeros encontramos un 6.7% que existe presencia de Burnout.

3.6. Malestar emocional

En este punto se realizará comparaciones entre los médicos y los enfermeros, para conocer quién presenta más síntomas de las subescalas del síndrome de Burnout.

Tabla 8. Malestar emocional de los profesionales de la salud.

		Profesión			
		Médico		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Síntomas somáticos	No caso	12	80.0%	13	86.7%
	Caso	3	20.0%	2	13.3%
Ansiedad	No caso	11	73.3%	11	73.3%
	Caso	4	26.7%	4	26.7%
Disfunción social	No caso	15	100.0%	15	100.0%
	Caso	0	0.0%	0	0.0%
Depresión	No caso	14	93.3%	15	100.0%
	Caso	1	6.7%	0	0.0%

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

Elaborado por: Sarmiento, H. María Emilia

El malestar que tuvo mayor relevancia es la ansiedad, presentándose por igual en médicos y enfermeras con un 26.7%; los síntomas somáticos indican que sufren más los doctores con un 20%, frente al de los enfermeros con un 13.3%.

En lo referente a disfunción social no encontramos en ninguno de los 2 grupos un solo caso.

Para terminar en lo que atañe a la depresión se presenta en un pequeño porcentaje en médicos (6.7%), mientras que en enfermeras no se presentó ninguno.

3.7 Estrategias de afrontamiento

En esta tabla se realizará comparaciones entre los dos grupos médicos y enfermeras, tomando las medias más altas.

Tabla 9. Estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud.

	Profesión							
	Médico				Enfermero/a			
	M	DT	Máx.	Mín.	M	DT	Máx.	Mín.
Auto distracción	3.1	2.0	6.0	.0	1.3	1.9	6.0	.0

Afrontamiento activo	2.9	1.8	5.0	.0	2.3	2.3	6.0	.0
Negación	1.1	1.3	4.0	.0	.6	1.1	3.0	.0
Uso de sustancias	.7	1.8	5.0	.0	.0	.0	.0	.0
Apoyo emocional	1.7	1.6	4.0	.0	.7	1.0	3.0	.0
Apoyo instrumental	1.7	1.6	4.0	.0	1.1	1.3	4.0	.0
Retirada de comportamiento	1.0	2.0	6.0	.0	.4	.8	3.0	.0
Desahogo	1.7	1.5	5.0	.0	.7	1.0	2.0	.0
Replanteamiento positivo	2.5	2.0	6.0	.0	1.3	1.5	4.0	.0
Planificación	2.7	2.0	6.0	.0	1.7	2.1	6.0	.0
Humor	1.6	1.5	4.0	.0	.9	1.4	5.0	.0
Aceptación	2.8	1.7	6.0	.0	1.7	2.2	6.0	.0
Religión	2.8	2.5	6.0	.0	1.8	1.7	5.0	.0
Culpa de si mismo	1.9	1.8	5.0	.0	1.0	1.1	3.0	.0

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

Elaborado por: Sarmiento, H. María Emilia

Las estrategias de afrontamiento que utilizan los profesionales de la salud son muy dispersas y ninguna supera en mayoría, sin embargo, existen estrategias que utilizan más un grupo que otro como son: En el grupo de médicos encuestados tienen las medias más altas son: Auto distracción con 3.1, afrontamiento activo 2.9, replanteamiento 2.5, planificación 2.7, aceptación y religión con 2.8.

En el personal de enfermería se encontró que ninguna media supera a las estrategias de afrontamiento efectuadas por los médicos.

3.8 Percepción del apoyo social

Al igual que en las tablas que anteceden se realizará un análisis comparativo entre las medias más altas de los grupos.

Tabla 10 Percepción del apoyo social de los profesionales de la salud.

Profesión	
Médico	Enfermero/a

	M	DT	Máx.	Mín.	M	DT	Máx.	Mín.
Apoyo emocional	81.8	22.3	100.0	40.0	74.8	23.7	100.0	32.5
Apoyo instrumental	81.0	22.1	100.0	35.0	74.0	26.6	100.0	25.0
Relaciones sociales	85.3	17.6	100.0	40.0	79.0	25.1	100.0	35.0
Amor y cariño	84.9	17.7	100.0	53.3	83.1	25.4	100.0	20.0

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

Elaborado por: Sarmiento, H. María Emilia

De los datos obtenidos se puede concluir que la media más alta es la de relaciones sociales siendo 85.3 para médicos y 79 para enfermeros, seguida muy de cerca por el amor y cariño con una media de 84.9 en doctores y 83.1 en personal de enfermería; por último, se encuentra muy parejo el apoyo emocional con 81.8 en médicos y 74.8 en enfermeros y apoyo instrumental con 81.0 doctores y 74.8 en personal de enfermería.

3.9 Rasgos de personalidad

En este cuadro se analizará los rasgos más altos de la personalidad y se comparará entre los 2 grupos de encuestados.

Tabla 11. Rasgos de personalidad de los profesionales de la salud.

	Profesión							
	Médico				Enfermero/a			
	M	DT.	Máx.	Mín.	M	DT.	Máx.	Mín.
Neuroticismo	1.5	1.8	6.0	.0	.9	1.3	5.0	.0
Extroversión	4.6	2.1	6.0	.0	4.9	1.2	6.0	3.0
Psicoticismo	1.8	1.0	4.0	.0	1.7	.8	3.0	1.0

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

Elaborado por: Sarmiento María Emilia

En los 2 grupos se puede observar que su rasgo más agudo es la extroversión con 4.6 en médicos y 4.9 en enfermeras, a continuación, se encuentra el psicoticismo con 1.8 en doctores y 1.7 en personal de enfermería, finalmente se encuentra al neuroticismo con 1.5 en médicos y .9 en enfermeros.

3.10 Correlaciones entre neuroticismo y burnout

Se interpreta la correlación entre las variables presentes

Tabla 10. Correlaciones entre dimensiones de burnout y el rasgo de personalidad de neuroticismo.

	Neuroticismo		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Agotamiento emocional	.461*	.010	30
Despersonalización	.529**	.003	30
Realización personal	-.486**	.007	30
Burnout	.343	.064	30

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

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

Elaborado por: Sarmiento María Emilia

De los resultados obtenidos se confirma que existe una correlación significativa entre neuroticismo y agotamiento emocional $r = (30) = .461$. $p = .010$ que evidencia que a un mayor puntaje es mayor el agotamiento emocional; en mayor grado encontramos una correlación muy significativa entre neuroticismo y despersonalización $r = (30) = .529$. $p = .003$, de igual forma mientras mayor sea el puntaje en neuroticismo mayor será la despersonalización, en el caso de realización personal se obtiene de igual forma una correlación muy significativa $r = (30) = -.486$. $p = .007$, mientras mayor sea este rasgo de personalidad es menor la realización personal.

Para finalizar se observa que no existe una correlación significativa entre neuroticismo y burnout.

DISCUSIÓN

Uno de los objetivos específicos es detallar las particularidades sociodemográficas (género, edad, número de hijos, etnia y estado civil) y laborales (ingresos mensuales, experiencia profesional, sector en el que trabajan, tipo de contrato, recursos y turnos) de los 30 profesionales de la salud de un centro médico público de la ciudad de Quito durante el año 2017.

Sobre el aspecto sociodemográfico se evidencia que de la muestra de 15 médicos el 46.7% son hombres y el 53.3% mujeres, de acuerdo a los datos proporcionados en el 2014 por el INEC, señala que entre los años 2001 y 2010 la población femenina se incrementó en un 80% a la Población Económicamente Activa (PEA) y se contrasta con que las mujeres prefieren carreras científicas o intelectuales, ya que el 53% de personas con estas profesiones son mujeres. Por otro lado en la toma de 15 enfermeras el 93.3% son mujeres y apenas el 6.7% son hombres, la historia de la enfermería se asocia al trabajo realizado por mujeres desde mediados del siglo XIX y en la actualidad a pesar que las profesiones ya no son exclusivas de un género, 8 de cada 10 profesionales de enfermería son mujeres de acuerdo a lo que se señala en Sixth Meeting of the World Health Organization's (WHO) multi-disciplinary Global Advisory Group for Nursing and Midwifery, en este estudio en particular encontramos 1 hombre y 14 mujeres.

Respecto a la edad de los profesionales médicos se tiene una media de 46.3 años para doctores y de 40.7 para los enfermeros, de acuerdo a lo presentado en el informe de resultados del censo 2010, el incremento de personas de más de 40 años hizo que se modifique la edad productiva de los ecuatorianos a 64 años, lo cual concuerda con la edad encontrada en los médicos y enfermeros.

En lo referente a los hijos, en los dos casos se cuenta con una media de 1.5, esto está relacionado con el punto anterior, los índices de natalidad han disminuido, ya que los datos mostrados por el censo del 2010, indica que el promedio de hijos en una familia ecuatoriana es de 1.6.

Sobre la etnia las 2 muestras de médicos y enfermeras coinciden en un 93.3% se consideran mestizos y un 6.7% blanco, concuerda plenamente con los resultados del censo del año 2010 realizado por el INEC, en el cual 6.1% de la población se considera blanca y un 71.9% mestiza.

De los 15 médicos entrevistados el 20% son solteros, 46.7% están casados, el 26.7% divorciados y un 6.7% conforman unión libre, sobre este tema el porcentaje que ha sufrido

un aumento drástico es el de divorcios, en el año 2010, fecha del último censo poblacional, se determinó que la población de divorciados se ubicaba entre el 1.4% al 2.4%.

En lo concerniente al grupo de enfermeros el 13.3% son solteros, 80% casados y un 6.7% unión libre. En este caso tomando los mismos datos del censo 2010 el grupo de solteros disminuyó y aumentó el de casados; estos resultados tienen relación directa con la edad de la muestra, se recuerda que la media supera los 40 años.

En lo que corresponde a ingresos mensuales los datos arrojan que apenas el 6.7% de médicos está en un rango de 0 a 1001, versus un 13.3% de enfermeras en el mismo salario, en las dos profesiones la mayoría se sitúa entre 1001 a 2000 obteniendo el 80% en médicos y el 86.7% en enfermeras y por último se encontró un 13.3% con un ingreso superior entre 2001 a 3000 sólo en médicos. Estas cifras se evidencian a lo presentado por el INEC en mayo del 2013 de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en Hogares Urbanos y Rurales del período 2011-2012, en el cual señala que para el área urbana el ingreso promedio es de \$1.046,30 y el promedio de ingresos a nivel país es de \$892; como se puede evidenciar los profesionales de la salud de nuestra muestra reciben sueldos dentro del promedio y superiores.

La experiencia profesional cuenta con una media de 19 años en médicos y 15.4 años en enfermeras, en esta profesión se considera a la experiencia como prestigio, sin embargo de acuerdo a la Ley Orgánica del Servicio Público, todos los servidores públicos a los sesenta años de edad, que cumplan los requisitos establecidos en las leyes de la seguridad social para la jubilación, obligatoriamente tendrán que retirarse del servicio público, en el caso de los profesionales de la salud podrán continuar con su profesión en centros privados.

En lo referente al sector en el que trabajan sólo 1 médico indicó que lo hace en el público y privado, los otros 29 encuestados lo hacen exclusivamente en el sector público, como el estudio se realizó en un centro médico público no se puede realizar una comparación con estudios ya realizados.

El tipo de contrato que prevalece en los médicos es el de nombramiento con un 40% sin llegar a ser mayoría, y en enfermeras el 53.3% y plazo fijo 20% para médicos y 26.7% en enfermeras, lo que concuerda con el estudio realizado por Ramírez en 2015 en el que indica que el 49.5% tienen este tipo de contrato.

En lo que se relaciona a la cantidad de pacientes que atienden diariamente, los enfermeros están muy por encima de los doctores llegando a una media de 72.3 pacientes diarios frente al 26.2 de los médicos, el máximo de pacientes atendidos por los enfermeros es de 150 y

mínimo 25 y los doctores su máximo llega a 80 y mínimo 10; como se observa que la carga laboral más alta la llevan los enfermeros.

Las horas de trabajo en los 2 casos tiene una media de 8.5 horas diarias, si dividimos la media de los pacientes para las horas trabajadas, da como resultado que los enfermeros atienden a más de 8 personas cada hora, o sea tienen aproximadamente 7 minutos por cada uno y los médicos a 3 personas es decir tienen 20 minutos para examinar, evaluar y diagnosticar.

Los recursos que presta la institución para el cumplimiento de su trabajo los médicos en un 53.3% están totalmente satisfechos y los enfermeros en un 60% por otro lado señalan que medianamente.

Los turnos son más notorios en los enfermeros pues el 73.3% rota en su horario, mientras que el 86.7% de médicos tienen un horario fijo. Feo, J. (2008), en su trabajo denominado "Influencia del trabajo por turnos en la salud y la vida cotidiana", señala que las personas que trabajan en turnos rotativos presentan problemas físicos y emocionales, por lo tanto, el trabajo por turnos tiene un efecto negativo en el bienestar de los trabajadores. Estivil, E. & Rodríguez, a. (2006) también mencionan que las personas que trabajan en turnos tienen un 40% más de probabilidades de padecer enfermedades cardiovasculares, digestivos y trastornos neuropsicológicos.

Otro objetivo planteado en este estudio, es la medición del clima laboral; de acuerdo a lo señalado por Arnoletto y Díaz (2009) las personas tienen la percepción que los organismo públicos es sinónimo de ineficiencia, respuesta lentas e incapacidad para resolver un problema, en nuestra investigación en particular las deficiencias que se dan en el servicio de la salud son el trato inadecuado a los pacientes, la falta de equipo y medicina, espacios reducidos, la espera para una cita, puede acarrear insatisfacción en los pacientes y familiares que se desahogan con el personal de salud, que le atiende.

Sobre esta misma línea, Aguirre (1990) menciona que evaluar el grado de satisfacción del personal médico como de los pacientes, asegura una oportunidad de mejora y también se puede identificar los mecanismos para mejorar la calidad de vida laboral y por ende la calidad en el servicio prestado.

Como se evidencia en los resultados obtenidos los doctores se sienten valorados por sus pacientes y los familiares de pacientes en la misma escala de bastante valorado 40%, por sus compañeros de profesión un 53.3% afirma que es bastante valorado y por los directivos

de la institución un 46.7% totalmente valorados. En el caso de los enfermeros se sienten bastante y totalmente valorados por sus pacientes en un 33.3%, por los familiares de los pacientes señalaron que un 53.3% está bastante valorada, un 73.3% es bastante valorada por sus compañeros de profesión y 53.3% indica que los directivos de la institución son bastante valorados.

La valoración más alta que sienten es entre sus compañeros de profesión, la valoración que sienten de parte de los pacientes y familiares en los dos casos es el 33.33% y por último la valoración que dan los directivos a los profesionales la mayoría se ubica entre bastante y totalmente teniendo como resultado un 86.70% en médicos y 60% en enfermeros, es decir un 40% de enfermeros se siente nada o poco valorado por los directivos.

En este caso se puede trabajar con los familiares de los pacientes, para que entiendan y valoren el trabajo que realiza el personal médico, por sus seres queridos. De igual forma los directivos del centro médico deben conocer que un 40% de enfermeros no siente la valoración de parte de ellos.

En lo concerniente a la satisfacción con el trabajo que realizan los médicos se sitúan entre bastante y totalmente con 93.3% (53.3% bastante y 40% totalmente), los enfermeros están 80% totalmente satisfechos y 20% bastante satisfechos. Como se evidencia su trabajo ha generado grandes satisfacciones en el tema profesional, se puede decir que se encuentran realizados y que están en el trabajo correcto.

La interacción con los pacientes produce bastante y totalmente satisfacción en los médicos llegando al 100% y los enfermeros alcanzan el 86.7% de satisfacción entre bastante y totalmente satisfechas, apenas un 13.3% de enfermeros está poco satisfecho con la interacción. De igual forma que el punto anterior, trabajar con pacientes es su vocación, en el caso del 13.3% de estar poco satisfechos, se debe realizar un estudio más específico para determinar las causas.

La satisfacción del apoyo de los directivos de la institución también se mantiene entre bastante y totalmente con los porcentajes más altos para las dos profesiones, así se encuentra que en médicos bastante el 46.7% y totalmente 40%; en el caso de los enfermeros el 53.3% indica que bastante y 6.7% totalmente, los enfermeros que se sienten nada o poco satisfechos está en un 40%, como se puede evidenciar este último porcentaje

se mantiene con la poca valoración que siente por parte de los directivos de la institución, esto puede deberse a el tipo de contrato que mantienen y una baja remuneración.

En lo que se refiere a la colaboración con sus compañeros de trabajo los médicos están entre bastante y totalmente satisfechos en un 93.3% y los enfermeros en un 80%, se encuentra un mayor sentido de trabajo y compañerismo entre los enfermeros.

La valoración global de su experiencia profesional un 60% de médicos y un 53.3% de enfermeros indican que están totalmente satisfechos.

Cuando se manifiestan respecto a la satisfacción económica, las tendencias son divididas tanto en médicos como enfermeros, así se obtiene entre nada y poco el 33.40%, bastante y totalmente el 66.6% en el caso de los médicos, en lo que compete a enfermeros 42.8% indica que se siente nada y poco satisfecho y un 57.2% está bastante y totalmente satisfecho.

En general la satisfacción laboral es buena, salvo el caso de satisfacción económica, muchos no están de acuerdo con la remuneración que perciben y eso influye en la percepción del apoyo de las autoridades y su satisfacción con el trabajo que realizan, de igual forma puede repercutir en el trato que dan a pacientes y familiares.

Para establecer la incidencia de cualquiera de las dimensiones del síndrome de burnout, encontramos que los médicos presentan un agotamiento emocional del 40% y una baja realización personal del 53.3%; es decir cumplen 2 de las 3 dimensiones de burnout, el riesgo de sufrir este síndrome se incrementa según la edad de los doctores, la cantidad de pacientes que atienden. Los resultados obtenidos en nuestro estudio respecto a agotamiento emocional son más altos a la prevalencia más alta de otras investigaciones que va entre 20.6% y 33% (Agudelo, 2013; 230 Álvarez & Pietro 2013; Poghosyan, 2010; Herrera, Viveros & Brizio, 2013; Magalhães, 2015; Martins, Laport, de Paula, Medeiros & Ronzani 2014; Teixeira, Ribeiro, Fonseca & Carvalho, 2013).

De acuerdo al estudio realizado por el doctor Secín Diep, R. & Rodríguez, W. (2016) publicado bajo el nombre "Síndrome de desgaste en médicos residentes de un hospital privado, en Medicina Interna México", de una muestra de 57 médicos residentes un 48% reportó agotamiento emocional y un 15% falta de realización personal.

En la misma línea Shirom (1989) señala que el síndrome de burnout es una pérdida de energía de la persona y lo define como “una combinación de fatiga física, cansancio emocional y cansancio cognitivo” que es lo que se evidencia en la información recabada de los doctores.

Por otra parte, los enfermeros puntuaron 20% en despersonalización, este dato es similar al encontrado en estudios anteriores que lo establecen en un rango de 17.3% a 27% (Agudelo, 2013; Álvarez y Prieto, 2013; Klersy, 2007; Lesage, Berjot, Altintas y Paty, 2013; López, 2005; Martins, 2014; Parada, 2005; Teixeira, 2013).

El 80% de personal de enfermería tiene una baja realización personal, estos datos demuestran que la baja realización puede darse por los horarios rotativos, bajos ingresos y falta de apoyo, este porcentaje es más alto que las investigaciones realizadas que fluctúan entre 21.5% y 67.7% (Herrera, 2013; López, 2005; Parada, 2005; Martins, 2014; Teixeira, 2013).

Del análisis realizado ninguno de los médicos presenta casos de burnout, por el contrario, en los enfermeros encontramos un 6.7% que sugiere Burnout.

Una vez analizada la muestra se puede determinar que el malestar que presenta mayor relevancia es la ansiedad con un 26.7% tanto en médicos como enfermeros.

En estudios anteriores se ha determinado que la ansiedad pronostica un posible desarrollo de Síndrome de Burnout (Bargellini, 2000).

Este resultado concuerda con lo apuntado por Gómez, R. (2004), quién realizó un estudio con médicos de atención primaria del Área 10 de C.A.M. y quien verifica que en la variable de ansiedad el 60% de los sujetos de estudio manifiesta una ansiedad media, mientras el 18% ansiedad alta.

Del estudio realizado por Jiménez, A. & García, S. (1996) en el área de nefrología del Hospital U. Río Hortega de Valladolid, obtuvieron que la media para la escala de ansiedad fue de 19.53%.

En el estudio realizado también se ha propuesto identificar cuáles son las estrategias de afrontamiento que más recurren los profesionales de la salud, y así se encuentra:

En los médicos encuestados tienen las medias más altas en los recursos de auto distracción con 3.1, afrontamiento activo 2.9, en el personal de enfermería se encontró que la media más alta es el afrontamiento activo con 2.9 y la religión con 1.8.

Se ha comprobado que existe una relación entre la estrategia de afrontamiento y la ansiedad Lobel Gilat y Endler (1993) y Endler, Speer, Jonson y Flett (2000) señalan que existe una asociación relevante entre ansiedad y estrategias encaminadas al control de emociones.

Los resultados obtenidos se contraponen al estudio realizado por el departamento de Psicología Biológica y de la Salud de la Universidad Autónoma de Madrid en 2005, a 130 médicos de hospitales públicos de Madrid, donde se determinó que la estrategia de afrontamiento más utilizada es la negación y evitación, cerrándose emocionalmente y evitando una mala imagen ante la sociedad.

Por otro lado, Arrogante, O. (2014) realizó un estudio con 133 profesionales de la rama de enfermería del Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid), en el cual concluyó que una media de 3.24 utiliza el afrontamiento activo como estrategia para sobrellevar el estrés.

El apoyo social va de la mano con tener un riesgo menor de baja realización personal, de acuerdo al estudio de Pérez y Martín (2004), la persona puede conseguir un desarrollo en la parte social que apuntala su desarrollo personal y ayuda a manejar y enfrentar el estrés.

De los datos obtenidos se puede concluir que la media más alta es la de relaciones sociales siendo 85.3 para médicos y 79 para personal de enfermería.

En lo que se refiere a variables de personalidad se puede observar que su rasgo más agudo es la extroversión con 4.6 en médicos y 4.9 en enfermeras, es decir que son optimistas, impulsivos y abiertos al cambio, estas actitudes constituyen en un componente de protección frente al estrés, Fontana y Aboserie (1993). De acuerdo a ensayos anteriores de Gil Monte (2005) y Schwab (1995), determinaron una relación negativa entre la extroversión y el cansancio emocional; es decir una mayor puntuación en extroversión significa menor puntaje en cansancio emocional, cosa que no ocurre en nuestra muestra estudiada.

A continuación, se encuentra el psicoticismo con 1.8 en doctores y 1.7 en personal de enfermería, esta variable está relacionada con la despersonalización, nuestros resultados son similares a los obtenidos por Olmedo (2001); también se lo relaciona con el cansancio emocional de acuerdo al estudio realizado por Fernández (2009).

Finalmente se encuentra al neuroticismo con 1.5 en médicos y 0.9 en enfermeros, los resultados concuerdan que a mayor variable de neuroticismo menor realización personal, de acuerdo al estudio de Cañadas de la Fuente, (2012); en el caso de nuestro estudio el neuroticismo es bajo y la realización personal es alta, por tanto, se cumple con la teoría.

También se relaciona al neuroticismo con el cansancio emocional, las puntuaciones más altas tienen los doctores con 1.5, dato que concuerda con investigaciones efectuadas por Fernández (2009) y McManus (2011), se debe poner énfasis en este resultado ya que puede desencadenar en comportamientos de tensión, agresividad, baja autestima

Para finalizar observamos que no existe una correlación significativa entre neuroticismo y burnout.

CONCLUSIONES

- ✓ Del trabajo realizado se observa que las mujeres se han incrementado en el ámbito laboral de la salud, encontramos que de 15 médicos el 46.7% son hombres y el 53.3% mujeres, en el caso de los 15 enfermeros se encontró que 93.3% son mujeres y apenas el 6.7% son hombres, predominando en esta última que el trabajo de enfermería sigue siendo realizado en su gran mayoría por personal femenino.
- ✓ El índice de divorcios es 26.70% en el personal médico, de acuerdo a lo dicho por ellos el momento de realizar el estudio, es consecuencia de sus horas de trabajo y la dedicación a su profesión.
- ✓ Se encontró diferencias en las condiciones económicas y laborales entre médicos y personal de enfermería; el contrato que prevalece en los médicos es el de nombramiento con un 40% que aún no llega a ser mayoría, y en el caso de enfermeros un 53.3% tiene nombramiento.
- ✓ De acuerdo al punto anterior esto nos deja que un 60% al no tener nombramiento mantiene una relación laboral inestable y justamente son los que puntuaron más alto en baja realización personal.
- ✓ Las horas de trabajo en los 2 casos tiene una media de 8.5 horas diarias, si dividimos la media de los pacientes para las horas trabajadas, da como resultado que los enfermeros atienden a más de 8 personas cada hora, o sea tienen aproximadamente 7 minutos por cada uno y los médicos a 3 personas es decir tienen 20 minutos para examinar, evaluar y diagnosticar.
- ✓ Si bien aún no se ha detectado casos de burnout en médicos y existe un porcentaje mínimo en profesionales de enfermería, los resultados arrojaron que existen factores de riesgo preocupantes, la puntuación en agotamiento emocional fue del 40% en médicos y baja realización personal en médicos 53.3% y enfermeros 80%.
- ✓ En lo referente a malestar emocional el síntoma más relevante en los dos grupos de estudio fue la ansiedad, con un 26.7%.
- ✓ Para finalizar el rasgo más agudo es la extroversión en los dos grupos de profesionales de la salud, puntuando un 4.6 en médicos y 4.9 en enfermeras

RECOMENDACIONES

- ✓ Respecto a la metodología y recolección de datos, sería recomendable que no deban firmar el consentimiento, puesto que las personas asumen que se entregará a las autoridades las respuestas dadas y esto da un riesgo de error en las respuestas.
- ✓ Debido a que se encontró puntuaciones altas en agotamiento emocional y baja realización personal, es imprescindible implantar programas de ayuda psicosocial al personal médico que puntuó alto en los factores de riesgo.
- ✓ Aunque no se evidenció casos de burnout en médicos y apenas un 6.7% sugiere Burnout en enfermeros, se debe realizar estrategias que permitan detectar a tiempo casos de este síndrome para prestar una ayuda oportuna.
- ✓ Es importante que el centro médico, dentro de su programa de salud y seguridad ocupacional se incluyan estrategias de mejoramiento de clima laboral y riesgos psicosomáticos.
- ✓ Se debe dar seguimiento al único caso encontrado de presencia de burnout para evitar que empeore y deteriore la vida del profesional médico.
- ✓ Se debe realizar estudios anuales sobre este síndrome para conocer si existen nuevos casos, si el caso actual ha mejorado o empeorado y tomar las medidas preventivas o correctivas.
- ✓ Por último, es importante capacitar a los profesionales de medicina sobre este síndrome, para que puedan utilizar estrategias de prevención o afrontamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Andueza, I. (2014). *Estrés laboral y Burnout*. Pamplona.
- Arthur, N. M. (1990). The assessment of burnout: A review of three inventories useful for research and counselling. *Journal of Counselling and Development*, 69, 186-189.
- Asamblea Nacional. (2016). *Ley Orgánica de Servicio Público- LOSEP*. Obtenido de seguridad.gob.ec: http://www.seguridad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/04/ley_organica_del_servicio_publico.pdf
- Bados, A., & García, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- BAKKER, A., DEMFROUTI, E., & SCHAUFELI, W. (2002). Validation of the Maslach Burnout Inventory – General Survey : An internet study. *Anxiety Stress and Coping*, Vol. 15, Nº 3, 245 – 260.
- Baraona, E. (2005). *Estrategias de prevención e intervención del burnout*. Obtenido de inprf-cd.gob.mx: <http://www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm2805/sm280527.pdf>
- Carlin, M., & Garcés de los Fayos, E. (2010). *El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto al ámbito deportivo*. Obtenido de Anales de psicología: http://www.um.es/analesps/v26/v26_1/20-26_1.pdf
- Castaño, J. C. (2012). *Estrés laboral*. Obtenido de Psicología y salud: <http://tusdudaspsicologia.blogspot.com/2012/01/estres-laboral.html>
- Cherniss, C. (1980). *Staff Burnout: job stress in human services*. Sage.
- Cherniss, C. (1985). *Beyond burnou: helping teachers, nurses, therapists, and law recover from form stress and disillusionment*. New York: Routledge.
- Collantes, A. (1 de enero de 2014). *Fases del estrés: alarma, adaptación o resistencia y agotamiento*. Obtenido de diariofemenino: <https://www.diariofemenino.com/articulos/psicologia/estres/fases-del-estres/>
- Corde, C., & Dougherty, T. (1993). A Review and Integration of Research on Job Burnout. *The Academy of Management Review*, Vol. 18, Nº 4, 621 – 657.
- De las Cuevas, C., González de Rivera, J., De la Fuente, J., & Alviani, M. (1997). Burnout and reaction to stress. *Revista Medica Universidad de Navarra* 41, 10-18.

- estreslaboral.info. (2018). *Consecuencias del estrés laboral*. Obtenido de estreslaboral.info: <http://www.estreslaboral.info/consecuencias-del-estres-laboral.html>
- Feo Ardila, J. (2008). *Influencia del trabajo por turnos en la salud y la vida cotidiana*. Obtenido de javeriana.edu.co: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis38.pdf>
- Fundación para la prevención de riesgos laborales; UGT. (16 de agosto de 2007). *Riesgos y factores psicosociales*. Obtenido de portal.ugt.org/: http://portal.ugt.org/saludlaboral/publicaciones_new/files_fichas_1_12/1-12_fichas%20factores%20psicosociales.pdf
- García Izquierdo, M. (1991). EPB: “Una Escala para la Evaluación del Burnout. *Anales de Psicología* 8, 1-2.
- Gil Monte, P. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Ed. Pirámide. Obtenido de 2005
- Gil-Monte, P. R. (2005). *El Síndrome de Quemarse en el Trabajo (burnout)*. Madrid: Psicología Pirámide.
- J.C., C. (2012). *Estrés Laboral*. Obtenido de tusdudaspsicologia.blogspot.com: <http://tusdudaspsicologia.blogspot.com/2012/01/estres-laboral.html>
- Jones, W. (1980). *The Staff Burnout Scale For Health Professionals (SBS-HP)*. Illinois: London House.
- Leibowicz, J. (2001). *Organización Mundial del Trabajo*.
- Liver, C. (1993). *El Burnout como síndrome específico*. Obtenido de eprints.ucm.es: <http://eprints.ucm.es/23491/1/T34883.pdf>.
- Llaneza, F. J. (2007). *Ergonomía y psicología aplicada: Manual para la formación del especialista*. Valladolid: Lex Nova.
- Lozoya, P. (21 de 11 de 2011). *El Estrés*. Obtenido de redneuropsicologica: <https://redneuropsicologica.wordpress.com/2011/11/21/el-estres/>
- Maslach, C. (1976). “Burn-out”. *Human behaviour*. Obtenido de MASLACH, C. (1976): “Burn-out”. *Human behaviour*, vol.5, nº 9, pp.16-22.

- Maslach, C., & Jackson, S. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychological Press. Obtenido de http://www.um.es/analesps/v26/v26_1/20-26_1.pdf
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93, 498-512.
- Mingote JC, P. F. (1999). *Síndrome del "burnout" o de desgaste profesional*. Madrid: Díaz de Santos.
- Molina Linde, J. M. (2007). *Satisfacción laboral y desgaste profesional del personal de enfermería*. . Obtenido de um.es: http://www.um.es/analesps/v6/v26_1/20-26_1.pdf
- Moreno, B. (2005). Burnout en profesores de primaria: personalidad y sintomatología. *Revista de Psicología del trabajo y las organizaciones* 21, 71- 88.
- Neufel, & Paterson. (1984). *Psicopatología del estrés*. Barcelona: Toray.
- Peiró, J. (1977). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis. Obtenido de Ed. Síntesis, Madrid 1997
- Pines, A., & Aaronson, E. (1981). *Burnout: From tedium to personal growth*. Nueva York : Free Press.
- Ramírez, M., & Lee, S.-L. (04 de marzo de 2011). *Síndrome de Burnout entre hombres y mujeres medido por el clima y la satisfacción laboral*. Obtenido de journals.openedition: <http://journals.openedition.org/polis/2355#quotation>
- Rodríguez, I., & Peiró, J. (2006). *Estrés labora, afrontamiento y sus consecuencias: el papel del género*. Valencia: Universidad de Valencia.
- Salgado, A., J., Y., M., Q., C., D., J., F., A., S., & Sánchez T. Y Velasco, C. (1997). El Síndrome del Burnout: Estudio Empírico en Profesores de Enseñanza Primaria. *Iberpsicología*.
- Schaufeli, W. B., & Dierendonck, D. (1993). The construct validity of two burnout measures. *Journal of Occupational Behaviour*, 14, 631-647.
- Schaufeli, W., Janssen, P., & Houkes, I. (1999). Work Related and Individual Determinants of the Three Burnout Dimensions. *Work and Stress*, Vol. 13, 174-186 .

- Secín Diep, R., & Rodríguez, W. (2016). *Síndrome de desgaste en médicos residentes de un hospital privado*. México.
- Treviño, J. (2018). *Estrés*. Obtenido de Etimologías: <http://etimologias.dechile.net/?estre.s>
- Um, M., & Harrison, D. (1998). Role Stressors, Burnout, Mediators and Job Satisfaction. *Social Work Research*, Vol. 22, Nº 2, 100-115.
- Zellar, L. (1988). *Vulnerable to Job Burnout: The Influence of Personality, Social*.