



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

AREA SOCIOHUMANISTICA

TITULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGIA

**Burnout en médicos y enfermeras del Northospital y el Subcentro de Salud
Yerba Buena en el año 2017**

TRABAJO DE TITULACION

AUTORA: Báez Estrella, Rita Lucila

DIRECTORA: Matute Piedra, Rosario Amapola, Mgtr.

CENTRO UNIVERSITARIO LOJA

2018



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

Septiembre, 2018

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister

Rosario Amapola Matute Piedra

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo titulación: Burnout en médicos y enfermeras del Northospital y el Subcentro de Salud Yerba Buena en el año 2017, realizado por Báez Estrella Rita Lucila, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, julio 2018

f).

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, Báez Estrella Rita Lucila, declaro ser autora del presente trabajo de titulación: Burnout en médicos y enfermeras del Northospital y el Subcentro de Salud Yerba Buena en el año 2017, de la Titulación de Licenciada en Psicología, siendo la Mgtr. Rosario Amapola Matute Piedra, 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 certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

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

f.....

Autor: Báez Estrella Rita Lucila

Cédula: 1708075641

DEDICATORIA

A mi hija Cristina
inspiración y lucero
en este reto académico.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, fuente de toda energía hacedora y fortalecedora.

A mis padres, por su apoyo y dedicación

A mi hija, compañera entrañable de lucha.

A la Universidad Técnica Particular de Loja, por permitirme cumplir esta meta.

Al personal médico del Northospital, por su colaboración y confianza.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA.....	I
CERTIFICACIÓN.....	II
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	III
DEDICATORIA.....	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	VI
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO.....	5
1.1. Conceptualización del burnout.....	6
1.1.1 Desarrollo del término.....	6
1.1.2 Definiciones.....	7
1.2 Desarrollo y fases del burnout.....	9
1.3 Consecuencias del burnout.....	13
1.3.1 Consecuencias en la salud.....	13
1.3.2 Consecuencias en el trabajo.....	14
1.3.3 Consecuencias en la familia.....	14
1.4 Modelos explicativos del burnout.....	14
1.4.1 Modelos basados desde la teoría sociocognitiva.....	15
1.4.1.1 Modelo de competencia social de Harrison.....	15
1.4.1.2 Modelo de autoeficacia de Cherniss.....	16
1.4.1.3 Modelo de Pines.....	16
1.4.1.4 Modelo de autocontrol de Thomson, Page, Cooper.....	17
1.4.2 Modelos elaborados desde la teoría del intercambio social.....	17
1.4.2.1 Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli.....	17
1.4.2.2 Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freddy.....	18
1.4.3 Modelos desarrollados desde la teoría organizacional.....	19
1.4.3.1 Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter.....	19
1.4.3.2 Modelo de Winnubst.....	20
1.4.3.3 Modelo de Cox, Kuk y Leiter.....	20
1.4.4 Modelos sobre el proceso del burnout.....	21
1.4.4.1 Modelo tridimensional de MBI-HSS de Maslach y Jackson.....	21
1.4.4.2 Modelo de Edelwich y Brodsky.....	22

1.4.4.3 Modelo de Price y Murphy.....	22
1.4.5 Modelo de la teoría estructural (modelo de Gil-Monte).....	22
1.5. Prevalencia del burnout en profesionales de la salud.....	24
1.6 Importancia del estudio del burnout.....	25
1.7. Variables asociadas de burnout.....	26
CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA.....	28
2.1 Objetivo.....	29
2.1.1 Objetivos específicos.....	29
2.2 Preguntas de investigación.....	29
2.3 Contexto de la investigación.....	29
2.4 Diseño de investigación.....	30
2.5 Muestra.....	30
2.6 Procedimiento.....	31
2.7 Instrumentos.....	32
2.7.1 Cuestionario de variables sociodemográficas y laborables.....	32
2.7.2 Inventario de burnout MBI.....	32
2.7.3 Cuestionario de salud mental GHQ-28.....	33
2.7.4 Escala de evaluación de los estilos de afrontamiento Brief-Cope.....	33
2.7.5 Cuestionario de apoyo social MOS.....	34
2.7.6 Cuestionario de personalidad de Eysenck.....	35
CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE DATOS.....	36
3.1 Variables sociodemográficas.....	37
3.2 Situación laboral.....	37
3.3 Inventario de burnout de Maslach.....	39
3.4 Cuestionario de salud general GHQ-28.....	40
3.5 Cuestionario de afrontamiento Brief-Cope.....	40
3.6 Cuestionario de apoyo social.....	41
3.7 Cuestionario de personalidad.....	42
DISCUSIÓN.....	43
CONCLUSIONES.....	49
RECOMENDACIONES.....	51
BIBLIOGRAFÍA.....	52

INDICE DE TABLAS Y FIGURAS.....	58
ANEXOS.....	59

RESUMEN

El síndrome de Burnout se ha convertido en una amenaza para el buen desempeño laboral, particularmente en profesionales de la salud como médicos/as o enfermeros/as, quienes están constantemente sometidos a altas demandas emocionales de pacientes y sobrecarga de trabajo. El presente trabajo tuvo por objetivo principal determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en un hospital privado de la ciudad de Quito y las variables relacionadas con el Síndrome. El diseño utilizado fue cuantitativo, no experimental y transversal. A través del Inventario de Burnout de Maslach (Maslach Burnout Inventory, MBI), se identificó una prevalencia del síndrome de Burnout en 21.43% de médicos/as y 11.11% de enfermeras. Se evaluaron las tres dimensiones del burnout y dieron como resultado: 42.9% de médicos/as y 11.1% de enfermeras presentaron niveles altos de agotamiento emocional; 21.4% de médicos/as y 11.1% de enfermeras registraron un nivel alto en despersonalización, y 64.3% de médicos/as y 22.2% de enfermeras puntuaron bajo en realización personal.

Palabras claves: burnout, agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, médicos, enfermeras.

ABSTRACT

Burnout's syndrome is turned into a threat for the good labor performance, particularly in professionals of the health as doctors or nurses, who are constantly submitted to high emotional demands of the patients and overload of work. The present investigation had the objective to determine the prevalence of Burnout's syndrome in a private hospital of the city of Quito and also variables related to the syndrome that were analyzed. The investigation was carried out across a quantitative, not experimental and transverse method. There was identified a prevalence of Burnout's syndrome in 21.43 % of doctors and 11.11 % of nurses. Three dimensions of the burnout were evaluated and gave as result: 42.9 % of doctors and 11.1 % of nurses presented high levels of emotional depletion; 21.4 % of doctors and 11.1 % of nurses registered a high level in depersonalization, and 64.3 % of doctors and 22.2 % of nurses counted down in personal accomplishment.

Key words: burnout, emotional depletion, depersonalization and low personal accomplishment, doctors, nurses.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo forma parte de un proyecto de investigación tipo “puzzle” que busca determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en el Ecuador, a través de investigaciones simultáneas en todas las regiones ecuatorianas, por parte de estudiantes de Psicología, que complementan los trabajos investigativos liderados por el Área de Psicología de la UTPL, tal es el caso del proyecto denominado “Síndrome de Burnout en profesionales de la Salud en la Zona 7 de Ecuador”, que fue presentado en marzo 2018 (Riofrío, 2018).

El síndrome de burnout encierra una problemática biopsicosocial, porque los factores que inciden son múltiples y también las consecuencias abarcan el ámbito personal, laboral, familiar y social, según Mingote, Moreno y Gálvez (2004), se genera especialmente en profesiones con una gran demanda emocional que se involucran en la ayuda a otras personas, como ocurre con los médicos, enfermeras, trabajadores sociales, etc., aunque puede afectar a otro tipo de profesionales también.

En los últimos años ha habido mayor preocupación acerca del burnout debido a las implicaciones de este síndrome, el ya globalizado medio laboral requiere de profesionales competentes y productivos, un desenvolvimiento menguado provoca costos y redundancia en el ambiente laboral. Por lo que es necesario investigarlo, entenderlo y prevenirlo.

Este estudio ha permitido recorrer distintas ramas de la Psicología como son: psicología de la salud, psicología organizacional, psicología social, diferencial, psicometría; que con las bases conceptuales y metodológicas, completa una formación académica y sirve de sustento para el desarrollo de una investigación científica.

Este trabajo está constituido por seis apartados: marco teórico, metodología, análisis de resultados, discusión, conclusiones y referencias. En el apartado de Marco Teórico se revisa la conceptualización del síndrome de burnout, su desarrollo, consecuencias, su prevalencia y variables asociadas al síndrome de burnout.

En la sección Metodología se establece el objetivo general y objetivos específicos de la investigación, se abordan el contexto del estudio, su diseño, la muestra, procedimiento y los instrumentos usados para recoger la información sociodemográfica, laboral y clínica de los participantes del estudio.

En el apartado de Análisis de Resultados se realiza un resumen de los resultados hallados en cuanto a características sociodemográficas, laborales y clínicas de los participantes.

Además, se incluyen tablas que sintetizan la información de todos los instrumentos utilizados.

En el apartado de Discusión se interpretan los resultados obtenidos y se los compara con los resultados de trabajos anteriores, relacionados con el tópico investigado, se exponen las implicaciones del estudio y se plantean vías de investigación para el futuro.

En el apartado de Conclusiones, se relacionan los objetivos planteados para el estudio con los resultados que se obtuvieron y se exponen las principales conclusiones.

Por último, en el apartado de Recomendaciones se proponen sugerencias en base a los resultados obtenidos en el estudio.

Los resultados arrojados en este estudio son de gran importancia para las instituciones participantes ya que permiten conocer una fuente de detrimento en la calidad del servicio por parte de los trabajadores de la salud, y a su vez servirá para tomar medidas y así reducir los costos generados por la problemática, tanto para empleados, las organizaciones y sus usuarios.

El análisis de resultados que se hizo, sirvió para dar respuesta al problema planteado y lograr el objetivo principal que es determinar la prevalencia del síndrome de burnout y en cada dimensión (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización), en los profesionales de salud participantes, así como un análisis relacional con las variables vinculadas.

Cabe destacar que este trabajo de investigación de tipo cuantitativo, no experimental y transversal, se realizó con facilidad y sin contratiempos gracias a la apertura y disposición del área administrativa, cuya preocupación por el desempeño de sus colaboradores médicos y enfermeras se encamina a buscar medidas correctivas y preventivas para evitar más casos de burnout.

CAPITULO I
MARCO TEORICO

1.1 Conceptualización del burnout

En el presente capítulo se pretende establecer una definición sobre el término Burnout, una categoría empleada actualmente en la psicología y adoptada del idioma inglés, para referir a un tipo de agotamiento laboral en profesionales que trabajan diariamente en actividades de servicio social, tal como en el caso de médicos y enfermeras en su relación con pacientes. A continuación se establecerá un análisis de la categoría en términos teóricos, observando el recorrido y evolución de término para así contextualizar este fenómeno con el entorno ecuatoriano desde estudios previos.

1.1.1 Desarrollo del término.

El término “burnout” no aparece en el diccionario de la Real Academia Española (RAE), no obstante se lo usa en nuestro idioma para referirse a una especie de “agotamiento profesional”, si se lo traduce literalmente del idioma inglés, significa “estar quemado”, este término podría tener también otras connotaciones, de hecho, en los años 60’s tal como lo señalan Starrin, Larsson y Styrborn (1990) se lo usaba para hablar del efecto a largo plazo por abuso de sustancias estupefacientes.

No obstante el psicólogo estadounidense Herbert J. Freudenberger, fue quien en 1974 a través de su texto “Staff Burn-Out” que se traduce al español como “Burn-Out del personal”, empleó por primera vez el término burnout para referirse una serie de condiciones físicas y conductuales que se ponen de manifiesto en profesionales que laboran con personas que están expuestas a estrés crónico y que manifiestan una pérdida de motivación y energía en sus labores, esto esencialmente en trabajadores que brindan servicios sociales.

Dentro de su investigación, Freudenberger (1974) manifestó que mientras trabajaba con un grupo de voluntarios para una clínica de adictos, observó cómo algunos de los contribuyentes sufrían la pérdida gradual de energía y motivación para dar paso a un distanciamiento de las personas con quienes trabajaban e incluso tornarse un tanto agresivos con ellos, es por esta razón que decide estudiar este fenómeno y se preocupa también por generar una serie de medidas preventivas, para evitar que los trabajadores caigan en un estado de burnout.

Posteriormente a comienzos de la siguiente década las doctoras Maslach y Jackson establecieron nuevas características del síndrome planteando que, “el burnout se configura como un síndrome tridimensional, caracterizado por: agotamiento emocional, sensaciones de sobreesfuerzo, despersonalización con actitudes de insensibilidad y baja realización personal con sentimiento de incompetencia profesional” (Maslach y Jackson, 1981).

Existe por tanto una discrepancia entre ambas concepciones, tal como lo señalan Manzano y Ayala (2013), la propuesta de Freudenberger (1974) enfatiza los factores personales en los individuos con Síndrome de Burnout, mientras que en la segunda propuesta, Maslach y Jackson (1982) consideran que las principales causas del Burnout se encuentran en el lugar o tipo de trabajo.

Estas discrepancias se siguen dando entre los diferentes estudiosos del tema y permiten analizar al burnout desde dos perspectivas: la clínica y la psicosocial, la primera que entiende al burnout como un estado, es decir, una circunstancia de estrés crónico a la que llega el sujeto y la segunda que entiende al burnout como un proceso, es decir, una sucesión de fases o etapas en su desarrollo (Carlin y Garcés de los Fayos, 2010).

1.1.2 Definiciones.

Dentro de la construcción de la categoría de burnout, constan los aportes de diversos autores que desde su propia línea de pensamiento han contribuido a la formación teórica del término. A continuación se plantea recopilar de modo cronológico las distintas definiciones que permiten observar la evolución del termino burnout como fenómeno de la psicología.

Entre los primeros planteamientos formales respecto al síndrome se registran los de Freudenberger y Richelson, quienes definen al Síndrome de Burnout como un "estado de fracaso y de una experiencia agotadora que resulta de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador" (Freudenberger y Richelson, 1980). Por su parte para esta misma época los autores Pines, Aronson y Kafry (1981), definen al burnout como el estado de agotamiento mental, físico y emocional producido por el involucramiento crónico en el trabajo de situaciones emocionalmente demandantes.

Otro concepto aunque criticado por académicos de la psicología, es el propuesto por Brill (1984), quien establece que el burnout:

“Es un estado disfuncional y disfórico, relacionado con el trabajo en una persona que no padece otra alteración psicopatológica mayor, en un puesto de trabajo en el que antes ha funcionado bien, tanto a nivel de rendimiento objetivo como de satisfacción personal, y que luego ya no puede conseguirlo de nuevo sino es por una intervención externa de ayuda o por un reajuste laboral, y que está en relación con las expectativas previas” Cita de cita: Brill (1984, citado por Zamora, González y Espinosa, 2008).

Posteriormente Maslach y Jackson (1986) definen al burnout como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que tiene ocurrencia

entre quienes trabajan con personas. Un par de años después Shirom (1989) define a este síndrome como una combinación de fatiga física, cansancio emocional y cansancio cognitivo.

Para 1990, luego de 20 años de manejo del término burnout, algunos estudiosos plantean que aún no se ha logrado definir completamente el término y hablan de la imposibilidad de consolidar una definición unánime, entre ellos (García Izquierdo y Velandrino, 1992). No obstante algunos autores a los que a continuación se hará referencia, prefieren seguir aportando con múltiples nociones del término:

Por ejemplo Hiscott y Connop (1990) plantean al burnout como un conjunto de problemas de estrés vinculados al trabajo. Y en este mismo sentido Starrin, Larsson y Styrborn (1990) hablan del burnout como un fenómeno negativo, vinculado a un estrés negativo. Sin embargo la propuesta de Leiter (1992) se contrapone a estos autores y aleja al burnout del “estrés laboral”, estableciéndolo como una “crisis de autoeficiencia”.

Más adelante no obstante Gil-Monte y Peiró (1997) definen al síndrome llamado por ellos “Síndrome de quemarse por el trabajo”, como una respuesta al estrés crónico relacionado con el trabajo en el que hay una mezcla de actitudes y sentimientos negativos hacia los individuos que reciben sus servicios, un problema psicológico que altera la capacidad laboral de una persona.

Por otro lado Mingote (1998) se referirá a este como “síndrome del profesional desgastado”, “quemado” o “síndrome de desgaste profesional”, para establecer que no son las condiciones laborales las que determinan este síndrome profesional, ya es una cuestión relativa a una inconformidad respecto de la presión social.

Dice Mingote (1998) por tanto que este síndrome se genera principalmente, “en profesiones con elevada demanda emocional caracterizadas por una relación constante, directa y de ayuda con otras personas, como ocurre con los médicos, enfermeras, trabajadores sociales, profesores, policías, maestros, etc., aunque puede verse en todo tipo de trabajos o actividades” Cita de cita: Migote (1998, citado por Zamora, González y Espinosa, 2008). Una problemática a nivel emocional y motivacional que tiene que ver sobre todo con un tema perceptual.

Sin embargo para inicios del siglo, bajo un enfoque psicosocial Gil-Monte y Peiró (2000), desarrollan y profundizan su definición del síndrome y plantean al burnout como una respuesta al estrés laboral crónico que se caracteriza porque el individuo desarrolla una idea de fracaso profesional, una sensación de agotamiento emocional y actitudes negativas hacia

las personas con las que trabaja. Es decir se analiza al burnout, como un síndrome complejo, que requiere instituir formas y parámetros de análisis, entendiendo que existen diversos factores e indicadores que de manera conjunta ocasionan el fenómeno. Desde esta perspectiva se entiende que en el proceso “intervienen componentes cognitivo-actitudinales (baja realización personal en el trabajo), emocionales (agotamiento emocional) y actitudinales (despersonalización)”. (Rubio, 2003)

Finalmente dentro de los planteamientos más actuales constan los propuestos por González y Ali (2010) quienes definen al burnout bajo factores determinantes como el estrés, a modo de una condición prologada, debido al desencantamiento profesional, combinado con rasgos frágiles de la personalidad. El desánimo frente al ejercicio de la profesión, como una insatisfacción y pérdida de compromiso laboral. En este caso se lo diferencia del estrés crónico por esta característica de decepción profesional.

En base a las definiciones anteriormente expuestas, se establece que para esta investigación es necesario generar una propuesta y definición de burnout que permita una concepción clara de esta categoría, determinando además el posicionamiento teórico del presente trabajo. Por tanto se entenderá que el Síndrome de Burnout lo pueden padecer trabajadores de diversas áreas, no solamente aquellas que tienen que ver con servicios de ayuda personal sino cualquier trabajo en el que se esté sometido a un estrés crónico laboral, con inadecuadas estrategias de afrontamiento, con altas expectativas de logro que conllevan un arduo camino no siempre fructífero y alta auto-exigencia por parte del sujeto.

Es decir, el Síndrome de Burnout es una respuesta nociva a la combinación de agentes internos y externos del sujeto frente al rol laboral, que incrementan una situación de estrés crónico, este síndrome implica alteraciones conductuales negativas, incidiendo en la pérdida de eficiencia con las consecuentes dificultades en el ambiente laboral.

1.2 Desarrollo y fases del burnout

El síndrome de burnout a partir de su aplicabilidad teórica, comienza a ser explorado en tanto problemática psicológica y emocional, a través de fases que permiten detectar la existencia del síndrome y el grado de intensidad con el que se manifiesta en el paciente, por tanto existen distintos esquemas y fases propuestos hasta hoy respecto al burnout, que serán analizados.

Uno de los modelos es el propuesto por Edelwich y Brodsky (1980), quienes diferencian cuatro fases que suceden en el desarrollo del síndrome de burnout, siendo estas: 1) fase de entusiasmo, la cual se caracteriza por una gran motivación y entusiasmo para para

desenvolverse con éxito en el trabajo; 2) fase de estancamiento, en la que el individuo se sitúa más en la realidad del trabajo y empieza la percepción de que las recompensas no son las anheladas; 3) fase de frustración, donde aparece una fatga constante e irritabilidad, la motivación desaparece y se presentan síntomas psicofisiológicos y 4) apatía, caracterizada por la pérdida de autoestima y autoconfianza.

Desde la perspectiva social son varios los autores que buscan un orden secuencial que permita determinar como surge y cuales son las dimensiones o niveles que presenta el síndrome del burnout. Entre los principales parametros propuestos constan: cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal, sin embargo no solo se pretende determinar el progreso del síndrome sino también comprender como se ven afectados los mecanismos cognitivos del sujeto.

En este sentido, en un segundo modelo, Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983), proponen un esquema de fases donde se establece que existen tres nociones fundamentales bajo las que se construye el burnout, despersonalización, baja realización y cansancio emocional, a partir de estos tres ejes los autores plantean 8 fases que miden el grado de intensidad de burnout que padece el paciente.

Las fases para Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983) se miden en dos niveles, alto (por encima de la media) y bajo (por debajo de la media). En la primera fase los 3 puntajes son bajos, en la segunda fase puntúa alto en el primer eje (despersonalización) y bajo en los otros dos, en la tercera fase puntúa alto en el segundo eje (baja realización) y bajo en los otros dos, así se van ubicando los puntajes en la tabla, hasta que en la octava fase los 3 puntajes son altos.

Tabla 1. Fases del Burnout según Golembiewski, Munzenrider y Carter

Dimensiones	Fases							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Despersonalización	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto
Baja realización	Bajo	Bajo	Alto	Alto	Bajo	Bajo	Alto	Alto
Cansancio emocional	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Alto	Alto	Alto	Alto

Fuente: (López Agrelo, 2013)

Elaborado por: Báez, Rita

Con este proceso de 8 fases se puede valorar al sujeto con burnout leve, medio o elevado, pero también se contempla por parte de los autores un proceso agudo (si el

individuo atraviesa las fases 1, 5 y 8) o un proceso crónico (si el sujeto atraviesa las fases 1, 2, 4 y 8) (Golembiewski, Munzenrider y Carter, 1983).

Otro patrón de fases del burnout es el propuesto por Leiter y Maslach (1988) en el que se distinguen el estrés y la falta de satisfacción laboral como elementos cardinales en el desarrollo de este síndrome. Se plantea que cuando un sujeto acumula demandas laborales difíciles de lograr durante un determinado tiempo, aparece el agotamiento emocional, lo que provoca despersonalización, que a su vez lleva al sujeto a abandonar su compromiso y se produce la sensación de baja realización personal. Es así como estos autores sostienen que el agotamiento emocional es el eje central del síndrome de burnout.

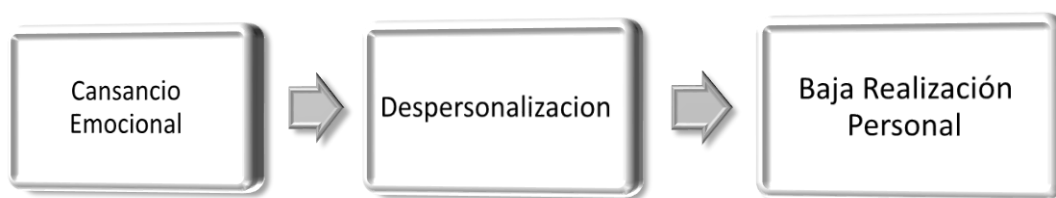


Figura 1. Fases del Burnout según Leiter y Maslach

Fuente: (López Agrelo, 2013)

Elaborado por: Báez, Rita

La evolución del síndrome vendría dada por las interacciones que cada eje sostenga con las diferentes variables asociadas al trabajo (Leiter y Maslach, 1988).

Sin embargo, Leiter (1993) replantea su modelo anterior, con la variante de que las actitudes de despersonalización que suponen para el sujeto mecanismos de protección ante los agentes estresores del trabajo, no se interponen en la relación entre cansancio emocional y baja realización personal. Por el contrario, en este replanteamiento del modelo, se sugiere que los sentimientos de baja realización personal son un resultado directo de los agentes estresores y surgen a la par que el agotamiento emocional.



Figura 2. Fases del Burnout según Leiter

Fuente: (López Agrelo, 2013)

Elaborado por: Báez, Rita

Por su parte, Lee y Ashforth (1993) plantean que tanto la despersonalización como la baja realización personal son implicaciones directas de los sentimientos de cansancio emocional. Al igual que Leiter (1993) consideran que la despersonalización no media entre cansancio emocional y baja realización personal.

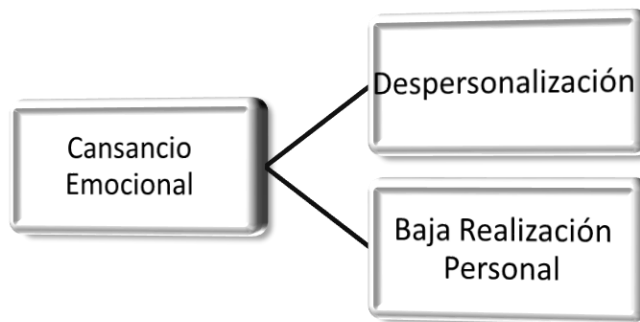


Figura 3. Fases del Burnout según Lee y Ashforth

Fuente: (López Agrelo, 2013)

Elaborado por: Báez, Rita

Posteriormente, Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995) presentan al burnout como una respuesta al estrés laboral que surge posterior a un proceso de autoevaluación cognitiva al hacer conciencia de unas inadecuadas estrategias de afrontamiento para reducir el estrés. En este modelo se plantea que el burnout inicia con el desarrollo de una baja realización personal en simultáneo con los sentimientos de cansancio emocional, son estos dos ejes los que desencadenan la despersonalización, considerada una estrategia de afrontamiento. Este modelo de fases del burnout, integra el rol de las cogniciones y emociones como variables mediadoras entre el estrés laboral y las respuestas al mismo (Gil-Monte y Peiró, 1997).

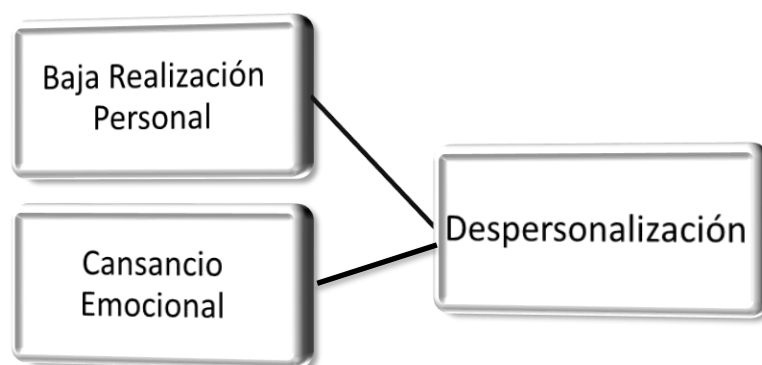


Figura 4. Fases del Burnout según Gil-Monte, Peiró y Valcárcel

Fuente: (López Agrelo, 2013)

Elaborado por: Báez, Rita

1.3 Consecuencias del burnout

El burnout es un síndrome que afecta tanto a la persona que lo desarrolla como a su entorno, por ello acarrea consecuencias de tipo personal, laboral y familiar (González, Lacasta y Ordóñez, 2008). A continuación se analiza el impacto de este síndrome en sus diferentes ámbitos, pues es necesario conocer las afectaciones para cubrir los escenarios de incidencia al momento de llevar a cabo una intervención.

1.3.1 Consecuencias en la salud.

Este síndrome no solo desgasta mental y emocionalmente al paciente sino que se manifiesta a través de afectaciones y síntomas físicos, entre los que constan “insomnio, deterioro cardiovascular, úlceras, pérdida de peso, dolores musculares, migrañas, problemas de sueño, desórdenes gastrointestinales, alergias, asma, fatiga crónica, problemas con los ciclos menstruales o incluso daños a nivel cerebral” (Forbes, 2011). Sin duda mientras más avanzado sea el síndrome implicará mayores daños físicos.

Es por ello, que otra consecuencia que se desprende de los problemas en la salud es “el abuso de sustancias estupefacientes y la presencia de enfermedades psicosomáticas” (Forbes, 2011). El cúmulo de emociones y la depresión del paciente se manifiesta de forma natural en quebrantos en la salud sin embargo los pensamientos negativos también llevan al paciente a pensarse enfermo y sentirse como tal, generando estas enfermedades psicosomáticas.

1.3.2 Consecuencias en el trabajo.

Las consecuencias a nivel laboral, se manifiestan en el mal desempeño y conductas negativas del trabajador que desarrolla el síndrome de burnout y tienen que ver con las dimensiones de despersonalización y baja realización personal, pues existe una inconformidad con su profesión o con el cargo que desempeña y las funciones que realiza (Sociedad Española de Cuidados Paliativos SECPAL, 2008).

Actitudes como impuntualidad, evitación del trabajo, ausentismo, deterioro en la calidad de servicio, alejamiento de las personas a quienes presta sus servicios, etc., además de disminuir el rendimiento profesional, inciden en el ambiente laboral, por lo tanto también la organización donde trabaja se ve afectada indirectamente cuando uno de sus colaboradores desarrolla el síndrome de burnout.

1.3.3 Consecuencias en la familia.

Al ser la familia el núcleo de la sociedad, abarca consigo los problemas de cada uno de sus miembros, en este caso la persona que padece el síndrome de Burnout no solo disminuye su desempeño laboral o se encuentra desmotivado, atraviesa por una crisis emocional severa que golpea a todo su entorno, el comportamiento de agotamiento lo agobia y se mantiene en quien lo padece transfiriendo este problema a otros escenarios, como el familiar.

Tal como lo señalan Moriana y Herruzo (2004), quienes padecen el síndrome, "llegan tensos a casa, agotados física y psicológicamente, con cuadros de irritación, cansados de escuchar y hablar sobre problemas de otras personas. Estas condiciones no propician, en absoluto, un clima ideal para una adecuada vida familiar y de pareja. Por otro lado, la vida de la pareja sufre un enorme deterioro, siendo la responsable de un importante número de divorcios dentro de este tipo de profesiones".

1.4 Modelos explicativos del burnout

Con el propósito de entender y explicar desde un enfoque teórico el síndrome de burnout, varios estudiosos del tema han tratado de interpretar el proceso de este trastorno y determinar además la interacción con las variables asociadas. Es así que estos estudios se han desarrollado desde distintas perspectivas, entre las que constan la perspectiva sociocognitiva del yo, del intercambio social, perspectiva organizacional y perspectiva transaccional (Gil-Monte, 2001).

Por tanto es fundamental establecer una revisión a cada una de estas perspectivas y a los modelos generados dentro de estas, para ubicar los distintos lineamientos teóricos y establecer la propia línea de esta investigación.

1.4.1 Modelos basados desde la teoría sociocognitiva.

El primer grupo de teorías se basa en los postulados de Bandura (1989) y contiene los modelos desarrollados bajo el marco de la teoría sociocognitiva del yo, la cual se identifica por dos condiciones: las cogniciones de los sujetos y su creencia o grado de seguridad en sí mismos, estas determinan la forma en cómo se perciben las cosas y las acciones que se realizan, acciones que a su vez ejercen influencia en las cogniciones en forma de experiencias.

La creencia o grado de seguridad del sujeto en las propias capacidades, fundamentada en variables como: autoeficacia, autoconfianza y autoconcepto, determina el empeño que ponga para lograr sus objetivos y el nivel de facilidad o dificultad en conseguirlos, también determina ciertas reacciones emocionales (Montoya y Moreno, 2012).

Los modelos basados en esta teoría son: el Modelo de Harrison (enfatisa los sentimientos de competitividad), el Modelo de Cherniss (destaca la autoeficacia), el Modelo de Pines (sentido existencial que se alcanza mediante la realización del trabajo) y el Modelo de Thompson, Page y Cooper (hace hincapié en el nivel de autoconciencia).

1.4.1.1 Modelo de competencia social de Harrison.

El modelo de competencia social propuesto por Harrison (1983) considera como un aspecto fundamental la motivación, presupone que los trabajadores, particularmente aquellos en profesiones de ayuda, en un inicio están altamente motivados. Si en el entorno hay factores de ayuda (aquellos que facilitan la actividad del sujeto) la efectividad crece y aumentan los sentimientos de competencia social.

Si por el contrario, el sujeto se encuentra con factores barrera (dificultades para lograr sus objetivos laborales), los sentimientos de eficacia bajan y afecta negativamente la motivación al logro. Si esto se mantiene en el tiempo, da lugar al síndrome de burnout, que por retroalimentación facilita el desarrollo de factores barrera dando lugar a un círculo vicioso. Harrison (1983) señala que este modelo se aplica a los sujetos que desarrollan expectativas muy elevadas en su trabajo.

1.4.1.2 Modelo de autoeficacia de Cherniss.

El modelo de Cherniss (1993) enfatiza el papel de la autoeficacia percibida por Bandura (1989) que hace referencia a las creencias que un sujeto tiene sobre el poder de sus propias capacidades y que está modulada por la motivación y la satisfacción laboral para explicar las relaciones entre desempeño de tareas, sentimientos subjetivos de éxitos o fracaso y las implicaciones en la autoestima.

En este sentido se puede determinar que la percepción de éxito está dada a partir de valores positivos tales como la satisfacción laboral y la motivación. Pues a partir de estos sentimientos positivos el sujeto logrará involucrarse más en el trabajo, buscando nuevos retos y es así como se manifestará un incremento en el autoestima. Sin embargo todo lo contrario sucederá si el sujeto experimenta fracaso, ya que es allí cuando los valores negativos aparecen, entre ellos el cansancio emocional, desinterés e inseguridad que incluso llevan a claudicar al sujeto.

Cherniss (1993) cree que es posible establecer una relación causal entre la incapacidad del sujeto para desarrollar sentimientos de éxito y el síndrome de burnout. Afirma que los sujetos con fuertes sentimientos de autoeficacia percibida experimentan menos estrés en situaciones amenazantes, por lo tanto el burnout que es una respuesta al estrés crónico laboral, tiene relación con autoeficacia.

1.4.1.3 Modelo de Pines.

En el modelo de Pines (1993) también la autoeficacia percibida es la variable relevante, la particularidad de este modelo es que integra la idea de que sólo los sujetos que le dan un sentido existencial al trabajo serán quienes pueden desarrollar el síndrome de Burnout, es decir, el Burnout se desarrolla en sujetos muy motivados por su trabajo y altamente comprometidos con su labor, que si fracasan en la consecución de sus objetivos, sienten que no es posible hacer una contribución significativa a la vida.

Según Pines, los sujetos que no están suficientemente motivados desde un comienzo no pueden llegar a experimentar el burnout, en ese caso puede ser estrés, fatiga, depresión, alineación, etc., pero no el síndrome; porque considera que el burnout es el resultado de un proceso de gran desilusión que conduce al tedio.

1.4.1.4 Modelo de autocontrol de Thomson, Page, Cooper.

El modelo de Thomson y Page (1993) se basa en el modelo de autocontrol de Montoya y Moreno (2012), en el que se explica el estrés. Los autores delimitan la etiología del síndrome a cuatro variables: nivel de autoconciencia, discrepancias entre demandas de las tareas y recursos del sujeto, expectativas de éxito y sentimientos de autoconfianza.

El nivel de autoconciencia para Thomson y Page (1993) responde a la capacidad para autorregular el grado de estrés. Los sujetos con elevada autoconciencia tienden a concentrarse en su experiencia de estrés generando mayor nivel que los sujetos con baja autoconciencia. Las discrepancias percibidas intensifican el nivel de autoconciencia perjudicando a su estado de ánimo, que a su vez provoca falta de confianza para resolver las mismas discrepancias y baja realización personal en el trabajo.

Los sujetos que son valorados alto en autoconciencia y pesimismo tienden a alejarse mentalmente o a través de conductas. La despersonalización es considerada un retiro conductual que conlleva a un retiro psicológico. Thomson y Page (1993) hacen referencia al cansancio emocional que es percibido gracias a su autoconciencia acerca de la desilusión, frustración o pérdida, en este sentido la propensión de expectativas optimistas de éxito refuerzan la confianza de los sujetos y permiten una constancia para reducir la discrepancia.

1.4.2 Modelos elaborados desde la teoría del intercambio social.

Dentro de este segundo grupo de modelos, el análisis del burnout se da desde su etimología, es decir el enfoque del análisis está direccionado a observar ante todo las percepciones generadas por pacientes con el trastorno, que se manifiestan en sensaciones de inequidad, escasa remuneración o constante estatus competencia en el ambiente laboral.

Esto bajo una predominante percepción de entregar a la institución o al lugar de empleo más de lo que recibe, desarrollando un hastío laboral. Los modelos que se derivan de las teorías del intercambio social, tal como señala López Agrelo (2013) surgen desde dos corrientes, la primera a partir de la Teoría de la Equidad (comparación social) y la segunda desde la Teoría de la Conservación de Recursos (equidad laboral).

1.4.2.1 Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli.

El Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993), explica cuál es la etiología del síndrome de Burnout en profesionales de enfermería. Sin embargo en este estudio se determinó que el Burnout maneja una doble etiología a partir de la cual se

analizan los procesos de intercambio social y de afiliación, por tanto se analizó el origen de cada uno de ellos y sus variables.

Dentro de los Procesos de Intercambio Social, Buunk y Schaufeli (1993) identificaron tres variables que provocan estrés, inseguridad (generada por la incertidumbre de no saber lo que se quiere), percepción de equidad (el equilibrio entre lo que el empleado ofrece y lo que recibe a cambio) y pérdida de control (no puede manejar sus acciones en el campo laboral). En este caso los profesionales de enfermería no encuentran una relación equitativa en la recompensa que reciben por su trabajo.

Mientras que en los procesos de afiliación y de comparación social, Buunk y Schaufeli (1993) establecen que los enfermeros, bajo escenarios de estrés no solicitan apoyo a sus compañeros por vergüenza o temor a ser criticados. Además los autores manifiestan que el proceso de afiliación social genera una propagación del síndrome.

En este sentido, Buunk y Schaufeli (1993) plantean que el vínculo entre, variables, antecedentes y la sensación de quemarse laboralmente, está determinada por el autoestima, los grados de reactividad y por la dirección en el intercambio. En este sentido se entiende que el Burnout, tiene dos elementos centrales, el primero un componente emocional que está dado por sentimientos de estar quemado laboralmente, y otro aptitudinal, marcado por sentimientos de despersonalización laboral y bajos niveles de realización personal.

Por tanto se puede considerar a la despersonalización como una especie de estrategia de resistencia frente al agotamiento emocional que se da a través de actitudes negativas. Mientras que los sentimientos de baja realización personal están determinados por la actitud negativa que presenta la persona con este síndrome frente a sí mismo en el campo laboral, de modo que se va consolidando como una especie de estrategia de resistencia al agotamiento emocional, pero que está vinculada a problemas de baja autoestima.

1.4.2.2 Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freddy.

Para el modelo de Hobfoll y Freddy (1993), el estrés aparece en el momento en el que el trabajador considera que lo que en un inicio lo motivaba se convierte en una amenaza o frustración. Los factores de estrés laboral amenazan a la persona y están determinados por una carencia de recursos, generando inseguridad respecto a sus capacidades laborales.

En este sentido los autores expresan la importante influencia que tienen las relaciones interpersonales, en la percepción que una persona tiene respecto a su labor y sus ingresos

o ganancias en un proceso comparativo. En este caso la falta de recursos se convierte en un factor de mayor importancia ante la mala ganancia. Extremera, Durán, y Rey (2010) en este sentido señalan que las estrategias de afrontamiento influyen en los niveles en que se va quemando una persona.

Dentro de esta teoría existe un direccionamiento motivacional por tanto se considera que emplear estrategias de orden activo disminuye los sentimientos en el paciente de estar quemado, pues conlleva la obtención de recursos. Finalmente los autores establecen que como una forma de prevenir el síndrome es necesaria la obtención de recursos que consientan desarrollar de forma eficaz el trabajo y vayan cambiando las precepciones de los sujetos antes de que estos se quemen.

1.4.3 Modelos desarrollados desde la teoría organizacional.

En el tercer grupo, la teoría organizacional, habla de las disfunciones de rol y de la falta de una salud organizacional, además establece una carencia de orden pues existe una ausencia de estructura, cultura y clima organizacional. Estos modelos están caracterizados por resaltar la importancia de los factores estresores dentro de la organización así como de las estrategias de afrontamiento que debe emplearse ante una experiencia de Burnout (Gil-Monte, 2001).

1.4.3.1 Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter.

El modelo de Golembiewski, Munzenrider, y Carter (1983) maneja tres dimensiones, que son, la despersonalización, la baja realización personal y agotamiento emocional a nivel laboral. Se considera que el estrés laboral se genera por la sobrecarga de trabajo así como por la minimización del rol. En una primera fase la persona con el síndrome siente que ha perdido autonomía, manifiesta su desinterés a través de un descuido en la autoimagen, muestra despreocupación y presenta episodios de irritabilidad y fatiga.

Posteriormente, ya en una segunda fase del proceso, se llega a las estrategias de afrontamiento que como indican los autores parten de un distanciamiento profesional de la condición estresante. Este distanciamiento tal como lo señalan López y Ortega (2004) puede ser constructivo, sin implicación de más problemas o contra productivo ya que puede generar una indiferencia emocional al trabajo.

A pesar de que inicialmente la persona intente solucionar la situación de forma constructiva, la permanencia de condiciones adversas y la actitud negativa, dan como consecuencia actitudes de despersonalización que van desarrollando experiencias de baja

realización personal en el trabajo así como en lo posterior agotamiento emocional. Por tanto el síndrome tal como lo establece Martínez (2010), genera una disminución en la satisfacción e implicación laboral de la persona generando además una disminución en la productividad.

1.4.3.2 Modelo de Winnubst.

En el modelo de Winnubst (1993), el síndrome de Burnout es entendido como el sentimiento de cansancio físico, emocional y mental que se da en todos los trabajadores producto de una tensión emocional severa provocada por estrés laboral. En este modelo se enfatiza en el análisis en los vínculos entre estructura organizacional, cultura y clima organizacional, así como en apoyo social. Pues según el tipo de estructura tanto los antecedentes como las culturas varían (Gil-Monte y Peiró, 1997).

En este caso se observa al burnout como una consecuencia de procesos rutinarios que generan una pérdida de control, agotamiento emocional, esto como resultado de procesos mecánicos de estandarización de las habilidades y burocracia, del sistema actual. Tal como establecen Rodríguez y De Rivas (2011), las disfunciones con el rol y los conflictos personales se van reflejando en una constate confrontación con los demás.

En este sentido, Winnubst (1993) determina las siguientes variables “a) Existe en todas la estructuras un sistema de apoyo social, que se ajusta a cada estructura. b) Por su parte los sistemas de apoyo se mantienen en interdependencia con el clima laboral, son autónomos y permiten mejorar el clima laboral desde su lugar. c) La estructura organizacional, la cultura y el apoyo social, están regidos por lineamientos éticos que responden a los valores sociales y culturales propios de la organización” Cita de cita: Winnubst (1993, citado por Martínez, 2010).

1.4.3.3 Modelo de Cox, Kuk y Leiter.

En el modelo de Cox, Kuk, y Leiter (1993) plantea al Burnout como un episodio particular que se deriva del estrés laboral que se desarrolla de manera específica en los profesionales de servicios humanos y que se genera cuando las estrategias de afrontamiento no son eficaces. Dentro de este modelo constan variables emocionales como la sensación de estar gastado, el sujeto se siente presionado y tenso.

Por tanto, los autores Cox, Kuk, y Leiter (1993) manifiestan que estar emocionalmente agotado está vinculado con sentirse gastado. Entre las estrategias de afrontamiento, la despersonalización se convierte en una estrategia frente al agotamiento emocional, mientras

que los sentimientos de baja realización personal están relacionados con la evaluación cognitiva respecto a su experiencia de estrés.

1.4.4 Modelos sobre el proceso del burnout.

Los modelos teóricos que se refieren a los procesos del burnout son: a) el modelo tridimensional del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS) que se identifica por integrar a síntomas como: deterioro del sistema cognitivo, emocional y actitudinal del sujeto; b) modelo de Edelwich y Brodsky que explica el papel de la frustración en el desarrollo del burnout; y c) el modelo de Price y Murphy que enfatiza al deterioro emocional producto de un desgaste emocional y sentimientos de culpa.

1.4.4.1 Modelo tridimensional de MBI- HSS de Maslach y Jackson.

Este modelo tridimensional se deriva de la evaluación del burnout a través del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS), estudiándose tanto el proceso de desarrollo del burnout como de nuevos modelos, sin embargo hay una falta de consensos por parte de los diferentes autores en cuanto al orden de los criterios y por tanto el acuerdo no se mantiene respecto al orden de adquisición de los componentes del síndrome y de los vínculos entre estos.

Una de las preocupaciones de este modelo ha sido detectar cuál es el síntoma determinante para que inicie el síndrome y cuál es el último síntoma en manifestarse, por tanto se han hipotetizado diversas relaciones causales de las dimensiones derivadas del modelo tridimensional según el MBI-HSS (2010), determinando que estas son: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo. A partir de estas dimensiones han resultado diversos modelos que buscan explicar el desarrollo del burnout.

Por ejemplo Golembiewski, Munzenrider, y Stevenson (1983), sostienen que el burnout se va desarrollando desde la despersonalización, pasa por una baja realización personal en el trabajo, hasta llegar al último síntoma el agotamiento emocional. Por su parte Leiter y Maslach (1988) proponen un modelo que a su criterio es el más acertado para exponer el desarrollo del burnout, colocando como primer síntoma el agotamiento emocional, seguido por la despersonalización y finalmente la falta de realización personal.

En este sentido Lee y Ashforth (1993) plantean que el estrés de rol afecta directamente al agotamiento emocional y este a su vez afecta indirectamente tanto a la despersonalización como a la baja realización personal. Por su parte Farber (1991) manifiesta que la despersonalización es el primer síntoma, luego aparece el agotamiento

emocional que es el que conduce al sujeto a la falta de realización personal. Finalmente Swider y Zimmerman (2010) sostienen, dentro de un meta análisis que cada dimensión del burnout tiene una evolución diferente.

Sin embargo, de estos modelos no se obtiene una explicación sólida respecto del proceso de desarrollo del burnout, pues todos terminan por reducirlo a una dimensión concreta, el agotamiento emocional, por tanto no quedan claros los demás criterios o síntomas propuestos en el desarrollo del síndrome de burnout, además no existe un sustento empírico que permita sobresalir alguna de las propuestas, reduciendo al análisis del burnout a la superficialidad del fenómeno, observando las consecuencias pero sin comprender las verdaderas causas o determinar su evolución.

1.4.4.2 Modelo de Edelwich y Brodsky

En este modelo, Edelwich y Brodsky (1980) presentan al burnout como “una pérdida progresiva del idealismo, de la energía y del deseo de alcanzar objetivos que aflora en los profesionales de ayuda como resultado de sus condiciones de trabajo”, se fundamentan en el surgimiento de una crisis existencial relacionada con el trabajo, que conlleva a un desencanto laboral, haciendo que el trabajo ya no sea equivalente a una actividad vital y de realización.

1.4.4.3 Modelo de Price y Murphy.

En este modelo Price y Murphy (1984) postulan que el burnout es un proceso de adaptación al estrés laboral, algo semejante a un proceso de duelo que se desarrolla alcanzando una serie de seis fases y en el que la variable culpa es básica para entender el deterioro psicológico que resultará en burnout, estas fases son: 1) Fase de desorientación, 2) Fase de inestabilidad emocional, 3) Fase en la que aparece el sentimiento de culpa, 4) Fase de soledad y tristeza, 5) Fase de solicitud de ayuda, y 6) Fase de restablecer del equilibrio inicial.

1.4.5 Modelo de la teoría estructural (modelo de Gil-Monte).

Gil-Monte (1999) expone su preocupación porque a su criterio “existen puntos oscuros en el estudio del síndrome de quemarse resultado de la ausencia de un modelo que establezca la relación entre las dimensiones del MBI. Esto supone una dificultad añadida de cara a generar modelos teóricos que dirijan la investigación y la intervención”.

Por lo tanto este autor propone que las cogniciones y las emociones son variables intermediarias entre el estrés laboral que se percibe y las respuestas actitudinales así como conductuales desde un lineamiento psicosocial que entiende al entorno laboral como el desencadenante de la respuesta del síndrome de quemarse en el trabajo.

Gil-Monte (2001), dirá que el progreso del síndrome de quemarse por el trabajo es producto de la interacción entre las condiciones de ese entorno laboral y las características tanto personales como sociodemográficas de cada trabajador. Estos elementos interaccionan generando una respuesta negativa, sostenida por condiciones laborales inalterables y debido a que los sujetos no encuentran una estrategia de afrontamiento.

Se determina que el síndrome de quemarse por el trabajo inicia a partir de sentimientos de baja realización personal, al mismo nivel se desarrolla el agotamiento emocional, lo que produce la inclusión de actitudes de despersonalización en el individuo. Más adelante Figueiredo, Gil-Monte y Grau (2009) establecen incluso que después puede producirse sentimiento de culpabilidad durante el proceso del síndrome de quemarse por el trabajo, identificando dos perfiles en el desarrollo del síndrome.

El primer perfil se caracteriza porque los trabajadores no poseen sentimientos de culpa intensos, por tanto se puede mantener en el entorno de trabajo, no resulta incapacitante para laborar pero si genera un menor rendimiento en cuanto a atención profesional. El segundo perfil se caracteriza por la presencia de sentimientos de culpa, capaz de generar un círculo vicioso en el proceso del síndrome, que agrava los síntomas e incapacita el desarrollo profesional.

Estos sentimientos como señala Gil-Monte conducirán a los trabajadores a una mayor inmersión laboral para disminuir el remordimiento, pero entendiendo que las condiciones dentro del entorno laboral no cambian, se incrementa la baja realización personal en el trabajo y el agotamiento emocional por tanto aparecerá nuevamente la despersonalización. Este proceso solo ira en aumento desarrollando niveles más altos del síndrome de quemarse por el trabajo.

Las dimensiones de baja realización personal y agotamiento emocional según (Gil - Monte (1994) avanzan simultáneamente, en un inicio se recurrió a la teoría social cognitiva de Bandura, para comprender sus vínculos, entendiendo que la autoafirmación de las personas respecto de sus capacidades, afectan a sus procesos afectivos

Posteriormente la articulación entre agotamiento emocional y despersonalización se transforma en una especie relación con un cliente o paciente como motivo de estrés, lo que

genera la despersonalización como una estrategia de afrontamiento fallida que se desarrolla después de la fase de reevaluación de estrés cuando no funcionan otras estrategias para el manejo del estrés (Gil - Monte y cols., 1998).

Según establece Gil-Monte (2011) bajo este modelo se observan cuatro síntomas del síndrome de quemarse por el trabajo y son evaluados a través del CESQT, siglas de Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo, que es un instrumento de autoinforme compuesto por 20 ítems creado por este mismo autor,

En el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo, CESQT; se evalúa: a) la desilusión laboral, la falta de realización personal del MBI, determinado por deterioro cognitivo; b) Un deterioro psíquico, similar al cansancio emocional y que se destaca por la aparición de un desgaste tanto emocional como físico; c) Indolencia, está marcada actitudes de indiferencia y cinismo en las relaciones interpersonales; y d) Los sentimientos de culpa se apoderan de la persona.

Bajo todos los criterios que se analizan en los diferentes modelos explicativos del burnout, se debe buscar la prevención y predicción de las empresas e instituciones, para medir los niveles de tensión que pueden inducir a quienes conforman una organización y así reducir los riesgos y amenazas de padecer el síndrome de Burnout.

1.5 Prevalencia del burnout en profesionales de la salud

El estilo de vida acelerado del mundo actual, la globalización, la tendencia a lo competitivo, hacen pensar que crecerá el nivel de estrés en el ámbito laboral y por ende una mayor incidencia del síndrome de burnout, lo que nos lleva a predecir que la prevalencia del síndrome estará fluctuando en ascenso a través del tiempo.

Para efectos de análisis comparativo se recoge del trabajo de investigación de la Dra. Marina Rocío Ramírez para la Universidad de Santiago de Compostela titulado "*Burnout en Profesionales de la Salud del Ecuador*" (Tesis doctoral), los porcentajes de prevalencia obtenidos de una muestra de 2404 profesionales de la salud a lo largo de las 24 provincias de Ecuador (Ramírez, 2015).

En dicho estudio, los datos más significativos hallados fueron: prevalencia de 36.4% para el síndrome de burnout; en relación a las dimensiones del síndrome, se halla una prevalencia de 17.6% para el cansancio emocional, 13.6% para despersonalización y un 18.2% para la baja realización personal en el trabajo. Media de edad = 40.0 años. Mujeres = 68.4%.

Se recoge también la información del trabajo investigativo del Instituto de Investigación sobre Calidad de Vida de la Universidad de Girona España, en coordinación con Intramed, la Unidad Coordinadora de Calidad, Fundación Salud en Porda, Departamentos de Enfermería y de Psicología de la Universidad de Girona España, publicado en la Revista Española de Salud Pública en 2009, en donde se muestran los siguientes datos:

“La prevalencia de burnout en los profesionales residentes en España fue de 14,9%, del 14,4% en Argentina, y del 7,9% en Uruguay. Los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias entre 2,5% y 5,9%. Por profesiones, Medicina tuvo una prevalencia del 12,1%, Enfermería del 7,2%, y Odontología, Psicología y Nutrición tuvieron cifras inferiores al 6%”. (Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga, 2007).

El Instituto de Investigación sobre Calidad de Vida de la Universidad de Girona España, también proporciona los siguientes datos: entre los médicos el burnout predominaba en los que trabajaban en urgencias (17%) e internistas (15,5%), mientras que anestesistas y dermatólogos tuvieron las prevalencias más bajas (5% y 5,3% respectivamente). Fueron variables protectoras la mayor edad (OR=0,96), tener hijos (OR=0,93), la percepción de sentirse valorado (OR=0,53), el optimismo (OR=0,80), la satisfacción profesional (OR=0,80) y la valoración económica (OR=0,91) (Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga, 2007).

1.6 Importancia del estudio del burnout

Es de vital importancia ampliar las investigaciones respecto al síndrome de Burnout debido a que en el contexto laboral actual, marcado por la globalidad y la competitividad, se producen una serie de condiciones que elevan la tensión laboral, así como los sentimientos de frustración que como se ha visto van en aumento, formando parte de los orígenes del síndrome de burnout y marcando la pauta del desempeño profesional.

Por tanto para prevenir pero sobre todo enfrentar los problemas subyacentes al síndrome de burnout es necesario conocer sobre su desarrollo y la relación con las diferentes variables relacionadas. A pesar de que ya existen investigaciones respecto al Burnout es necesario ampliar estos estudios y profundizar en su análisis, para así determinar claramente los patrones y manifestaciones del síndrome. Pues es indispensable entender los procesos de los pacientes y capacitar sobre esos hallazgos a modo preventivo, favoreciendo a los profesionales de servicio.

El Burnout es un síndrome que como se ha expresado anteriormente afecta al nivel productivo de una persona, genera niveles de despersonalización y cierta agresividad en el campo laboral, por tanto es necesario informar a gerentes y personal administrativo sobre

este mal, capacitándolos para que sepan cómo enfrentarlo. En la mayoría de casos por desconocimiento del síndrome se toman a estas actitudes negativas como una simple rebeldía o desinterés del empleado por su trabajo.

Además los niveles depresivos a los que llegan las personas con Burnout afectan de forma personal y no solo laboral, por tanto desencadena en una serie de conflictos continuos que podrían conducir al extremo al afectado, es decir llevarlo a tomar decisiones radicales, como renunciar al trabajo, cambiar de profesión, abandonar el hogar o incluso llegar a temas de suicidio por este cúmulo emocional negativo.

1.7 Variables asociadas de burnout

Es necesario identificar el perfil de riesgo partiendo del estudio de variables sociodemográficas diversas, así como también la observación de variables de carácter personal que tienen la función de facilitar o inhibir la acción que los agentes estresores ejercen en el sujeto. Dentro de las variables sociodemográficas se tienen: el sexo, la edad, el estado civil, la existencia o no de hijos, la antigüedad en el puesto y la antigüedad profesional.

En este sentido, Apiquian (2007) recoge la postura de que el síndrome de burnout, en cuanto a la antigüedad profesional, tiene una relación con dos períodos, en los dos primeros años o después de diez años de ejercicio profesional, períodos en los se puede experimentar la frustración causada por la falta de logros ante una alta expectativa laboral, lógicamente las condiciones personales y laborales determinarían en cuál de los períodos es más probable la aparición del síndrome.

En cuanto a la edad, se considera que puede existir un periodo de años en los que el profesional sería especialmente vulnerable al síndrome, siendo aquellos en los que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana (Bellorín, 2008).

En cuanto a sexo, las mujeres muestran sentimientos más sensibles a sus semejantes considerándolas vulnerables, mantienen la actividad profesional y el rol de ama de casa en la familia, hay estudios que indican que pese a ello parecen más resistentes al desarrollo del síndrome de burnout (García y Herrero, 2008). Otros estudios en cambio indican que las mujeres son el grupo más vulnerable por las mismas razones de doble carga de trabajo que acarrear tanto la práctica profesional como la tarea familiar.

Al referirse al estado civil, se ha asociado el síndrome en mayor medida con las personas que no tienen pareja estable, aparentemente las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización. Tal como señala Valiente (2009) las personas con hijos tienden a ser personas más maduras y estables, la implicación familiar hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y laborales, ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar.

CAPITULO 2
METODOLOGÍA

2.1 Objetivo

El objetivo general es identificar la prevalencia del síndrome de burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización) en profesionales de medicina y enfermería de una clínica privada ubicada al norte de la ciudad de Quito, durante el año 2017.

2.1.1 Objetivos específicos.

- Reconocer las características sociodemográficas (género, edad, zona, etnia, estado civil, número de hijos) y laborales (ingresos, profesión, experiencia laboral, tipo de contrato, jornada) de la muestra.
- Evaluar las tres dimensiones del burnout (agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal) en la muestra investigada.
- Determinar molestias de tipo emocional y estado de salud en la muestra investigada.
- Reconocer los tipos de afrontamiento más utilizados de los profesionales de salud.
- Determinar el apoyo social de que disponen los profesionales de salud investigados por parte de su entorno más cercano (amigos íntimos y familiares).
- Distinguir los rasgos de personalidad de los profesionales de la salud investigados.

2.2 Preguntas de investigación

¿Cuáles son las características sociodemográficas de la muestra investigada?

¿Cuáles son las características laborales de la muestra investigada?

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

¿Cuántos casos del síndrome de burnout se identifican?

¿Cuáles son las características de salud mental de la muestra investigada?

¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento entre los profesionales de salud investigados?

¿Cuáles son los tipos de apoyo social más importantes entre los profesionales de salud investigados?

¿Cuáles son los rasgos de personalidad predominantes en la muestra investigada?

2.3 Contexto de la investigación

La presente investigación evaluó al personal médico y de enfermería de una institución de salud privada, la cual presta servicios de salud con calidez y calidad, ubicada en la zona

norte del Distrito Metropolitano de Quito, cuenta con infraestructura nueva, edificio moderno e instalaciones que permiten el tratamiento y diagnóstico en: Consulta externa, Laboratorio, Imagen y Diagnóstico, Centro quirúrgico, Gastroenterología, Emergencia, Hospital del día, Hospitalización, Cuidados Intensivos, Fisioterapia.

Misión: Ser un centro hospitalario ubicado estratégicamente en el norte de Quito, con reconocimiento de especialidades clínicas y quirúrgicas. Orientados a la prevención, diagnóstico médico y tratamiento oportuno de la salud.

Visión: Crear un revolucionario modelo de gestión en el ámbito de la salud, enfocado en la atención de calidad al paciente, y que promueva el desarrollo humano apoyado en experiencia, profesionalismo, y recursos tecnológicos de vanguardia.

2.4 Diseño de investigación

Para este estudio, se usa un diseño de investigación cuantitativo (medir variables) no experimental, pues no se manipularán las variables ni se llevará a cabo intervención alguna, es un estudio transversal, pues se recolectan datos de los profesionales de la salud en un único momento (Hernández Sampieri, 2014).

Para cumplir con los objetivos de la investigación, se aplican dos diseños en forma consecutiva, primero el descriptivo, ya que se pretende indagar sobre la incidencia de las categorías del Burnout y también el diseño correlacional para establecer relaciones entre las variables sociodemográficas y laborales asociadas (Hernández Sampieri, 2014).

2.5 Muestra

La población objeto de este estudio fue el personal médico y de enfermería de un Hospital privado ubicado al norte de la ciudad de Quito, y personal médico y de enfermería de un Subcentro de Salud al Sur de Quito.

Para determinar la muestra en el caso del hospital privado, hubo un acuerdo previo con la Subdirección Médica de Hospital, en el que se encuestaría a los profesionales que salen cumpliendo el turno de la noche durante tres días seguidos, dejando estos días al azar; por lo tanto la muestra fue probabilística y aleatoria. En el caso del Subcentro de Salud, la muestra fue no probabilística, ya que la directora eligió a las 3 profesionales que según su criterio estaban más expuestas a estrés laboral.

La muestra recolectora de información estuvo compuesta en total por 25 profesionales de la salud, 22 del Hospital privado y 3 del Subcentro de Salud, sin embargo en el proceso de

depuración de resultados, la muestra procesadora de datos fue de 23 profesionales de la salud, 21 de Hospital privado y 2 del Subcentro de Salud, de ellos 14 son médicos/as y 9 son enfermeras, quienes cumplieron con los criterios de inclusión de muestra.

La investigación cumple con las normas éticas respetando la Declaración de Helsinki respecto a las investigaciones con seres humanos, el estudio no representó riesgo alguno para los participantes, y se garantizó absoluta confidencialidad de los datos personales otorgados en el consentimiento informado.

Los criterios considerados para seleccionar la muestra fueron:

Criterios de inclusión: Ser médico/a o enfermera/o, ejercer su profesión de forma activa, estar de acuerdo en participar en la investigación y firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: No trabajar directamente con pacientes, no firmar el consentimiento informado.

2.6 Procedimiento

Se realizó la respectiva solicitud a las entidades de salud para llevar a cabo el levantamiento de información a través de médicos/as y enfermeras y una vez aprobada por la autoridad competente, se acudió a una entrevista con la Subdirectora Médica, quien fue la delegada a dar las facilidades para la recolección de datos.

Se acordó llevar a cabo la aplicación de los instrumentos de recolección de información en forma grupal a los profesionales que salían de su turno de la noche durante 3 días seguidos, hubo el requerimiento por parte de la entidad de salud de un informe de resultados, con el que trabajarán en un proyecto de mejora de condiciones laborales para los profesionales de la entidad de salud.

En las tres jornadas de recolección de datos, se explicó los parámetros de los instrumentos y se pidió el consentimiento informado, una vez receptados los instrumentos llenos, se entregó a cada participante un tríptico informativo sobre las características del Síndrome de Burnout.

Al culminar este proceso se depuró la información descartando dos participantes, uno de ellos porque no había firmado el consentimiento informado y el otro porque de acuerdo a la información proporcionada, no ejercía activamente la profesión de enfermera, si no, un trabajo de tipo administrativo.

2.7 Instrumentos

La información que se requirió recabar para ser analizada y así cumplir con los objetivos planteados en el presente estudio se recogió a través de varios instrumentos que se describen a continuación:

2.7.1 Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC.

Diseñado para recolectar datos pertinentes para esta investigación en cuanto a características socioeconómicas como: género, edad, etnia, estado civil, número de hijos, ingresos mensuales; y laborales como: profesión, experiencia en años, tipo de contrato, tiempo de contacto con pacientes y clima laboral.

2.7.2 Inventario de burnout de Maslach (Maslach Burnout Inventory, MBI) version Human Services Survey, HSS.

Para detectar y medir la existencia de Burnout en los participantes, se utiliza este instrumento, en el que se plantea al sujeto 22 enunciados a los que debe responder expresando la frecuencia en cuanto a ciertos pensamientos y sentimientos acerca de su trabajo.

Este cuestionario evalúa los tres aspectos fundamentales del burnout que son:

1. Agotamiento emocional: puntuaciones altas (máximo 54) indican que el sujeto experimenta cansancio emocional por las demandas del trabajo. Hay 9 preguntas para esta escala.
2. Despersonalización: puntuaciones altas (máximo 30) indican que el sujeto a llegado a un grado de distanciamiento y frialdad con sus pacientes. Hay 5 preguntas para esta escala.
3. Realización personal: La máxima puntuación es 48, sin embargo puntuaciones bajas son las que indican una percepción de poco logro, realización y eficacia. Hay 8 preguntas para esta escala.

En cuanto a las propiedades psicométricas, en particular la consistencia interna (el grado en que los distintos ítems de un test miden la misma variable), el cuestionario es óptimo si el coeficiente alfa de Cronbach se encuentra entre 0.7 y 0.9 (González, Lacasta y Ordóñez, 2008).

2.7.3 Cuestionario de salud mental, GHQ-28 (Goldberg y Hillier, 1979); (versión española de Muñoz, Vázquez-Barquero, Rodríguez, Pastrana y Varo, 1979).

En este cuestionario autoadministrado, el sujeto responde de acuerdo a la apreciación de su estado general de salud y al grado de malestar emocional, en donde una mayor puntuación e indicativo de un mayor malestar. El objetivo de este instrumento es identificar disturbios psiquiátricos menores y evaluar el estado de salud mental del participante, centrándose en las alteraciones de sus funciones normales.

El instrumento consta de 28 ítems distribuidos en 4 subescalas que son:

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

En cuanto a las propiedades psicométricas de este instrumento, su punto de corte es: 5/6 = caso probable, su sensibilidad = 84.6% y su especificidad = 82% (Lobo, Pérez Echeverría y Artal, 1986).

2.7.4 Escala multidimensional de evaluación de los estilos de afrontamiento (BRIEF-COPE)

Para el presente estudio se utiliza la versión española de Crespo y Cruzado (1997), en esta escala se evalúan varias dimensiones en cuanto a las estrategias de afrontamiento que usa un sujeto frente al estrés o situaciones difíciles, se mide a través de 28 ítems en los que se valora la frecuencia con que se emplea determinadas conductas (Carver, 1997)

Este instrumento tiene 14 escalas, que a su vez se componen de 2 ítems cada una, estas escalas son:

Tabla 2. Estrategias de afrontamiento evaluadas en el Cuestionario BRIEF-COPE

Afrontamiento activo	Reacciones encaminadas a solucionar los problemas eliminando o reduciendo la fuente de estrés.
Planificación	Idear un plan para enfrentar al problema.
Auto-distracción	Desviar la atención hacia otras actividades distintas al

	problema o estresor para dejarlo de lado.
Apoyo instrumental	Acude en busca de ayuda experimentada para que le aconseje u oriente en la solución del problema.
Apoyo emocional	Buscar en otros, afecto y apoyo.
Reinterpretación positiva	Usar la situación problemática como una experiencia de aprendizaje y crecimiento.
Aceptación	Admitir la existencia del problema y aceptarlo como parte de la vida.
Negación	Rehusarse a tomar como real y propio el problema para no tener que enfrentarlo.
Religión	Acudir al amparo divino y buscar fortaleza en lo espiritual.
Autoinculpción	Echase la culpa a sí mismo por los problemas que se presentan.
Desahogo	El aligeramiento de la carga emocional cuando el sujeto expresa sus sentimientos más profundos que he generado el problema.
Desconexión conductual	Bajar los brazos ante las dificultades y problemas, aún si ello significa alejarse del camino hacia las metas trazadas.
Uso de sustancias	Utilizar drogas o alcohol para evadir los problemas en lugar de enfrentarlos.
Humor	Burlarse de la situación problemática con la intención de minimizarla.

Fuente: (Crespo y Cruzado, 1997)

Elaborado por: Báez, Rita

En cuanto a las propiedades psicométricas de este instrumento, cuenta con un alfa de Cronbach de 0.50 y 0.80 en cada dimensión (Carver, 1997).

2.7.5 Cuestionario MOS de apoyo social.

Parte de los objetivos del presente estudio es determinar el apoyo social de que disponen los participantes, para lo cual se usa el cuestionario creado por Survey; Sherbourne y Stewart (1991), en su versión española de De la Revilla, Luna del Castillo, Bailón, y Medina (2005), el cual también es autoadministrado y contiene 20 ítems que permiten sondear tanto el tamaño de la red social del sujeto, como la frecuencia con la que recibe el apoyo por parte de esa red.

El apoyo social funcional puede tener cuatro dimensiones: emocional (a través de un consejero externo al núcleo familiar), instrumental (a través de algún miembro de su hogar), relaciones sociales positivas (la interacción y comunicación con personas que aparecen en su entorno), y apoyo afectivo (el que recibe de personas que ama o estima).

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

Este instrumento evalúa la frecuencia en la recepción de apoyo por parte de la red más cercana, con valores de 1 a 5, tiene de un alfa de Cronbach de 0.97 y para las subescalas entre 0.91 y 0.96.

2.7.6 Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck. EPQR-A; (Francis, Brown y Philipchalck, 1992), versión española de (Sandín, Valiente, Chorot, Olmedo y Santed, 2002).

Este instrumento permite conocer los diferentes patrones de conducta que marcan las diferencias individuales en los participantes. La versión española que se utiliza en el presente estudio contiene 24 ítems que evalúan personalidad mediante cuatro factores:

Neuroticismo, Extroversión, Psicoticismo, Sinceridad.

Cada factor se valúa en un rango de 0 a 6 en base a las respuestas dadas en un formato de SI / NO, en el que SI vale 1 y NO vale 0.

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

CAPITULO 3
ANALISIS DE DATOS

3.1 Variables sociodemográficas

Los datos que se obtuvieron a través del Cuestionario sociodemográfico y laboral arrojan que, la muestra de este estudio está conformada por 14 médicos/as y 9 enfermeras, la gran mayoría de participantes médicos/as fue de mujeres con el 92.9%, mientras que en el personal de enfermería todas las participantes 100% son mujeres. La edad promedio de los/as médicos/as es de 29.9 años; mientras que en las enfermeras la edad promedio es de 40.8 años. El promedio de número de hijos del personal médico es de 0,6 mientras que del personal de enfermería es de 1,7. La etnia que prevalece en ambos grupos es la mestiza, 92.9% en médicos/as y 88.9% en enfermeras. En estado civil 50% de los médicos/as son casados, mientras que en enfermeras el comparten el 33.3% las solteras, las viudas y las divorciadas.

Tabla 3. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud

	Profesión		N	%
	Médico/a	Enfermero/a		
Sexo				
Hombre	1,0	7,1	0,0	0,0
Mujer	13,0	92,9	9,0	100,0
Edad				
<i>M</i>	29,9		40,8	
<i>DT</i>	8,0		8,2	
Max	42,0		54,0	
Min	26,0		28,0	
Número de hijos/as				
<i>M</i>	0,6		1,7	
<i>DT</i>	0,8		0,9	
Max	2,0		3,0	
Min	0,0		0,0	
Etnia				
Mestizo/a	13,0	92,9	8,0	88,9
Blanco/a	1,0	7,1	1,0	11,1
Afroecuatoriano/a	0,0	0,0	0,0	0,0
Indígena	0,0	0,0	0,0	0,0
Estado civil				
Soltero/a	5,0	35,7	3,0	33,3
Casado/a	7,0	50,0	3,0	33,3
Viudo/a	0,0	0,0	0,0	0,0
Divorciado/a	2,0	14,3	3,0	33,3
Unión libre	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico AD HOC

Elaborado por: Báez,

3.2 Situación laboral

En cuanto a las características laborales de los profesionales de la salud, se pudo apreciar que la remuneración salarial en el caso de los médicos/as está el 100% en el rango de 1001 a 2000 dólares y para enfermeras un 55.6% en el rango de 0 a 1000 dólares mientras que el

44.4% está en el rango de 1001 a 2000 dólares. En experiencia laboral del personal médico la medida fue de 3.6 años, mientras que en enfermeras fue de 14.2 años. El sector en el que laboran la mayoría de los participantes es el privado, siendo de 92.9% en médicos/as y 55.6% en enfermeras. El tipo de contrato que prevaleció en médicos/as es servicios profesionales con 78.6%, y en enfermeras es por contrato con 55.6%. En cuanto al promedio de horas de trabajo por día, los médicos/as hacen un promedio de 21.8 y las enfermeras 10.4, en este punto cabe aclarar que el personal médico del hospital privado hace jornadas rotativas de 24 horas de trabajo y 2 días de descanso, por ello, el máximo de horas trabajadas es de 24 y el mínimo es de 8. El número promedio de pacientes que atienden a diario los médicos/as es de 16, mientras que las enfermeras atienden a un promedio de 27 pacientes diarios. En referencia a los recursos necesarios que les brinda la institución a los participantes, los médicos/as en un 64.3% y las enfermeras en un 62.5% indican que medianamente el establecimiento les provee de recursos indispensables para la realización de su trabajo.

Tabla 4. Características laborales de los profesionales de la salud

	Profesión			
	Médico/a		Enfermero/a	
	N	%	N	%
Ingresos mensuales				
0 a 1000	0,0	0,0	5,0	55,6
1001 a 2000	14,0	100,0	4,0	44,4
2001 a 3000	0,0	0,0	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>	3,6		14,2	
<i>DT</i>	3,1		8,7	
Max	14,0		30,0	
Min	2,0		5,0	
Sector en el que trabaja				
Público	1,0	7,1	1,0	11,1
Privado	13,0	92,9	5,0	55,6
Ambos	0,0	0,0	3,0	33,3
Tipo de contrato				
Eventual	0,0	0,0	1,0	11,1
Ocasional	0,0	0,0	1,0	11,1
Plazo fijo	1,0	7,1	0,0	0,0
Nombramiento	2,0	14,3	5,0	55,6
Servicios profesionales	11,0	78,6	2,0	22,2
Ninguno	0,0	0,0	0,0	0,0
Horas de trabajo/día				
<i>M</i>	21,8		10,4	
<i>DT</i>	5,6		2,4	
Max	24,0		12,0	
Min	8,0		6,0	
Nº de pacientes/día				
<i>M</i>	16,4		27,0	
<i>DT</i>	5,6		29,0	
Max	25,0		100,0	
Min	8,0		3,0	
Recursos Institucionales				
Totalmente	5,0	35,7	2,0	25,0
Mediadamente	9,0	64,3	5,0	62,5

Poco	0,0	0,0	1,0	12,5
Nada	0,0	0,0	0,0	0,0
Turnos				
Si	12,0	85,7	8,0	88,9
No	2,0	14,3	1,0	11,1

Fuente: Cuestionario de variables laborales AD HOC (Báez Estrella, 2018)

Elaborado por: Báez, Rita

3.3 Inventario de burnout de Maslach (Maslach Burnout Inventory, MBI); Maslach y Jackson

En lo referente al Inventario del Síndrome de Burnout (MBI) en la dimensión de agotamiento emocional, en la muestra de médicos 42.9% obtuvieron un nivel alto, no así en el caso de enfermeras que sólo el 11.1% obtuvieron un nivel alto; en despersonalización 21.4% de los/as médicos/as puntuaron en nivel alto, mientras que en el personal de enfermería el 11.1% de las participantes obtuvo nivel alto en esta dimensión; el personal médico consiguió un 64.3% en baja realización personal, mientras que en las enfermeras se obtuvo en nivel bajo el 22.2%.

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

		Profesión			
		Médico/a		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Agotamiento emocional	Bajo	3	21,4%	5	55,6%
	Medio	5	35,7%	3	33,3%
	Alto	6	42,9%	1	11,1%
Despersonalización	Bajo	3	21,4%	5	55,6%
	Medio	8	57,1%	3	33,3%
	Alto	3	21,4%	1	11,1%
Realización personal	Alto	3	21,4%	5	55,6%
	Medio	2	14,3%	2	22,2%
	Bajo	9	64,3%	2	22,2%

Fuente: Inventario MBI de Maslach aplicado (Báez Estrella, 2018)

Elaborado por: Báez, Rita

Según los datos obtenidos en la aplicación del MBI, se puede determinar que existen 3 casos de burnout en médicos que representan el 21.4% de la muestra, mientras que en el personal de enfermería se reporta un caso.

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

		Profesión			
		Médico/a		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Burnout	No presencia	11	78,6%	8	88,9%
	Presencia	3	21,4%	1	11,1%

Fuente: Inventario de burnout MBI de Maslach aplicado
Elaborado por: Báez, Rita

3.4 Cuestionario de salud general (GHQ-28)

En lo referente a la salud general, los síntomas que más se presentaron de acuerdo al cuestionario aplicado fueron los somáticos y ansiedad en ambos grupos, sin embargo se presenta una diferencia importante entre médicos/as y enfermeras, pues los primeros se encuentran 42.9% con síntomas somáticos y 50% con ansiedad, las segundas presentan 22.2% para ambos malestares.

Tabla 7. Malestar emocional de los profesionales de la salud

		Profesión			
		Médico/a		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Síntomas somáticos	No caso	8	57,1%	7	77,8%
	Caso	6	42,9%	2	22,2%
Ansiedad	No caso	7	50,0%	7	77,8%
	Caso	7	50,0%	2	22,2%
Disfunción social	No caso	13	92,9%	9	100,0%
	Caso	1	7,1%	0	0,0%
Depresión	No caso	11	78,6%	9	100,0%
	Caso	3	21,4%	0	0,0%

Fuente: Cuestionario de Salud General GHQ-28 aplicado
Elaborado por: Báez, Rita

3.5 Cuestionario de afrontamiento (Brief – Cope)

En afrontamiento se observó que las estrategias de afrontamiento que poseen una media más alta en la muestra de los médicos son Afrontamiento activo (2.71), Aceptación (2.43), Replanteamiento (2.29) y Planificación (2.29); mientras que en la muestra de personal de enfermería los patrones que sobresalen con una media más alta son: Aceptación (2.25), Religión (1.22), Afrontamiento activo (1.13) y Apoyo instrumental (1.11).

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

	Profesión							
	Médico/a				Enfermero/a			
	M	DT	Máx.	Mín.	M	DT	Máx.	Mín.
Auto distracción	2,14	1,56	5,00	,00	1,00	1,00	3,00	,00
Afrontamiento activo	2,71	1,38	5,00	1,00	1,13	,99	2,00	,00
Negación	,38	,77	2,00	,00	,33	,71	2,00	,00
Uso de sustancias	,43	,76	2,00	,00	,00	,00	,00	,00
Apoyo emocional	1,21	1,25	3,00	,00	,78	1,39	4,00	,00
Apoyo instrumental	1,14	1,17	3,00	,00	1,11	1,62	5,00	,00
Retirada de comportamiento	,36	,63	2,00	,00	,78	1,09	3,00	,00
Desahogo	,93	1,21	3,00	,00	,33	,50	1,00	,00
Replanteamiento positivo	2,29	1,14	4,00	,00	,78	1,20	3,00	,00
Planificación	2,29	1,49	4,00	,00	,89	1,17	3,00	,00
Humor	1,36	1,55	5,00	,00	,67	1,00	3,00	,00
Aceptación	2,43	1,50	5,00	,00	2,25	2,31	6,00	,00
Religión	1,71	1,59	5,00	,00	1,22	1,92	6,00	,00
Culpa de si mismo	1,71	1,77	5,00	,00	,33	,50	1,00	,00

Fuente: Inventario COPE-28 aplicado
Elaborado por: Báez, Rita

3.6 Cuestionario de apoyo social (AP)

En cuanto al apoyo social, se puede observar que es distinto para médicos/as que para enfermeras, en el primer caso la media más alta es relaciones sociales con 83.93; luego se percibe la escala de amor y cariño con 82.38, seguido de apoyo emocional con 78.04 y finalmente apoyo instrumental con 75; en el caso de las enfermeras la media más alta es para amor y cariño con 94.07, en segundo lugar relaciones sociales con 91.11, luego apoyo emocional con 88.06 y por último apoyo instrumental con 86.67.

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

	Profesión							
	Médico/a				Enfermero/a			
	M	DT	Máx.	Mín.	M	DT	Máx.	Mín.
Apoyo emocional	78,04	16,09	100,00	52,50	88,06	10,74	100,00	75,00
Apoyo instrumental	75,00	20,82	100,00	25,00	86,67	16,77	100,00	60,00
Relaciones sociales	83,93	13,61	100,00	60,00	91,11	10,83	100,00	75,00

Amor y cariño	82,38	19,50	100,00	40,00	94,07	8,46	100,00	80,00
---------------	-------	-------	--------	-------	-------	------	--------	-------

Fuente: Cuestionario de Apoyo Social MOS aplicado

Elaborado por: Báez, Rita

3.7 Cuestionario de personalidad (EPQR-A)

El rasgo de personalidad más alto fue el de extroversión tanto para médicos/as como para enfermeras, con una media de 4 a los primeros y 5.5 a las segundas, en segundo lugar varía el rasgo para ambos grupos, los médicos/as tienen 2.71 en Neuroticismo y las enfermeras tienen 1.38 en Psicoticismo, y en último lugar, los médicos/as tienen 1.86 en Psicoticismo y las enfermeras 1.38 en Neuroticismo.

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

	Profesión							
	Médico/a				Enfermero/a			
	M	DT.	Máx.	Mín.	M	DT.	Máx.	Mín.
Neuroticismo	2,71	1,98	6,00	,00	1,38	1,19	3,00	,00
Extroversión	4,00	1,96	6,00	1,00	5,50	,76	6,00	4,00
Psicoticismo	1,86	1,23	4,00	,00	1,44	1,13	4,00	,00

Fuente: Cuestionario de Personalidad de Eysenck Revisado-Abreviado aplicado

Elaborado por: Báez, Rita

DISCUSION

En este estudio se ha requerido aplicar varios instrumentos de evaluación a una población de 21 profesionales de la salud, entre médicos y enfermeras, para cumplir su objetivo general que es identificar la prevalencia del síndrome de burnout. Se ha encontrado 3 casos de presencia de burnout, en médicos/as y 1 en enfermeras, esto equivale a una prevalencia de 21.43% en médicos/as y 11.11% en enfermeras, lo que es alta, en relación con otros estudios (Zumárraga, García y Yépez, 2008; Landázuri, 2011; Jaramillo, 2012) y baja con relación a otros (Ramírez, 2015; González y Luzuriaga, 2013).

Tenemos seis objetivos específicos, siendo el primero reconocer las características sociodemográficas (género, edad, zona, etnia, estado civil, número de hijos) y laborales (ingresos, profesión, experiencia laboral, tipo de contrato, jornada turnos, atención directa, número de pacientes, recursos, nivel de valoración y satisfacción), concernientes a la muestra.

En primera instancia se analizan las características sociodemográficas:

Género.- En la muestra de personal médico, el 93% son mujeres y el 7% hombres, dato que no es congruente con otros trabajos de investigación, en donde, o la mayoría de médicos son hombres o hay una reducida diferencia si la mayoría del personal médico está compuesto por mujeres (Vásquez, 2012; González y Luzuriaga, 2013; Ramírez, 2015), no así con el personal de enfermería, el cual el 100% son mujeres y este dato sí concuerda con trabajos anteriores (Vásquez, 2012; Jaramillo, 2012; Ortega, 2012).

Edad.- La edad promedio en los médicos/as es de 29,9 y en enfermeras de 40,8 años, siendo la edad más alta encontrada 54 años y la más baja 26 años. Respecto a esta variable, cabe diferenciar la muestra del hospital privado (19 profesionales) y la del subcentro de salud (2 profesionales), porque en el subcentro de salud se encuentran las personas que tienen más edad (42 para médicos/as y 54 para enfermeras), dejando al hospital privado con un rango de edad entre 26 y 33 años para médicos/as y entre 28 y 47 para enfermeras, lo que indica que hay una tendencia en el hospital privado a contratar profesionales jóvenes o recién graduados y ello puede obedecer a la necesidad de economizar en cuanto al recurso humano profesional.

Zona.- El 100% de los encuestados está en el área urbana.

Etnia.- En los dos grupos objeto de estudio, la mayoría se consideran mestizos, los médicos/as 92.9% y las enfermeras 88.9%, etnia que predomina en el Ecuador. El resultado es similar a otros estudios (Ramírez, 2015)

Estado civil.- el porcentaje que predomina en relación al estado civil de médicos/as fue el de casados (50%), luego solteros (35.7%) y divorciados (14.3%); mientras que las enfermeras comparten el porcentaje de 33% en los 3 estados (casadas, solteras y divorciadas), comparando estos resultados con trabajos anteriores (Ortega, 2012; Zumárraga, García y Yépez, 2008), podemos encontrar que en este estudio el índice de casados, tanto médicos como enfermeras es menor, esto puede deberse a que la población es joven.

El número promedio de hijos en médicos/as es de 0.6, mientras que enfermeras la media es de 1.7 hijos, estos datos son compatibles con el estado civil y la edad de los participantes.

A continuación se observan las características laborables de la muestra:

Ingresos.- Todos los médicos/as tienen una remuneración de 1001 a 2000 dólares y las enfermeras un índice de 55.6% entre 0 a 1000 dólares y el 44.4% está en el rango de 1001 a 2000 dólares, estos datos muestran una remuneración menor que en trabajos anteriores, tomando en consideración que ha pasado más de dos años de aquellos trabajos (Ramírez, 2015).

Experiencia laboral.- La media para médicos/as es de 3.6 años, mientras que en enfermeras la media es de 14.2, estos datos no coinciden con los presentados en otros estudios (Ramírez, 2015; González y Luzuriaga, 2013) pero son congruentes con las edades de los participantes.

El 92.9% de los médicos/as y 55.6% de las enfermeras laboran sólo en el sector privado, un 33.3% de enfermeras labora tanto en el sector privado como en el público.

Tipo de contrato.- En el caso de médicos/as, 78.6% mencionan que trabajan bajo servicios profesionales, es decir que facturan al hospital, en el caso de enfermeras, 55.6 trabajan bajo nombramiento, 22.2 lo hacen bajo servicios profesionales 11.1 de forma ocasional y 11.1 eventual. Estos datos son disconformes a los encontrados en otros trabajos (Ortega, 2012; Ramírez, 2015).

Jornada.- Esta variable requiere una atención especial porque en el hospital privado investigado, se manejan para los médicos/as con jornadas rotativas de 24 horas, pudiendo

llegar hasta 28 horas, a las que siguen 2 días de descanso para luego retomar el mismo turno, si el turno cae en fin de semana, la jornada es de 12 horas, ya que hay menor flujo de pacientes debido a que la mayoría de ellos son derivados del IESS y esto se da sólo en días ordinarios. Únicamente la Jefa de Emergencias trabaja en jornadas diarias de 9 horas, debido a sus responsabilidades. En el caso de las enfermeras, los turnos son de 12 horas y alternan entre día, noche y libre. En cuanto al Subcentro de salud, el personal trabaja en jornadas de 8 horas diarias. Este tipo de agenda laboral no se ha encontrado en otros trabajos anteriores (Zumárraga, García y Yépez, 2008; Ramírez, 2015; Landázuri, 2011).

Atención directa.- El rango porcentual en cuanto a la atención directa a pacientes es de 75 a 100% en el 78,57% de médicos/as y el mismo rango porcentual en el 100% de enfermeras, datos que coinciden con otros trabajos anteriores (Ramírez, 2015)

Número de pacientes.- El promedio de pacientes que atienden los médicos/as en cada jornada es 16 y las enfermeras atienden a un promedio de 27 pacientes, cifras que se aproximan a otros trabajos realizados (Ramírez, 2015).

Recursos.- El 64.3% de los médicos/as y el 62.5% de las enfermeras señalaron que la institución les provee medianamente los recursos, estas cifras se aproximan a otros trabajos anteriores (Ortega, 2012; Ramírez, 2015).

Nivel de valoración y satisfacción.- En cuanto a valoración, los porcentajes más altos en el caso de médicos/as son: 78.57% se siente bastante valorado por sus pacientes, el 64.28% se siente bastante valorado por sus compañeros, 50% se siente bastante valorado por los familiares de pacientes, y 42.85% se siente poco valorado por los directivos.

Los porcentajes más altos en el caso de las enfermeras son: 66.66% se siente bastante valorada por los familiares de pacientes y también por sus compañeras, 44.44% se siente bastante valorada por sus pacientes, pero la valoración de directivos apenas alcanza 33.33% para bastante y también para poco valorada.

Estos datos en cuanto a valoración externa hacia el trabajo profesional, tanto de médicos/as como de enfermeras, puede ser indicio de una falta de atención al recurso humano profesional por parte de la Institución.

En cuanto a la satisfacción, los porcentajes más altos para médicos son: el 57.14% se siente bastante satisfecho con la interrelación que tiene con sus pacientes, así como con la colaboración de compañeros y con la valoración global de su experiencia profesional, el 50% se siente bastante satisfecho con el trabajo que realiza y también con su situación

económica, en cuanto a la satisfacción por apoyo de directivos, sólo un 28.57% se siente bastante satisfecho y también este porcentaje es para poco satisfecho.

Los porcentajes más altos para enfermeras en cuanto a satisfacción son: 100% bastante satisfecha en cuanto a la colaboración entre compañeras, 88.88% totalmente satisfecha en cuanto al trabajo que realiza, 66.66% se siente totalmente satisfecha con el interacción que tiene con los pacientes, el 44.44% se siente totalmente satisfecha con la valoración global de su experiencia profesional y con la situación económica, también el 44.44% se siente bastante satisfecha con el apoyo de directivos.

Al igual que con los índices de valoración, los datos recién expuestos sobre satisfacción indican que la atención por parte de la Institución al recurso humano no es la esperada, tanto en el caso de médicos/as como de enfermeras.

El segundo objetivo específico del estudio es evaluar las tres dimensiones del burnout (agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal) en la muestra investigada, para lo cual se utilizó el cuestionario de MBI. Analizando cada una de las dimensiones del burnout por separado, tenemos las siguientes relaciones:

El 42.9% de médicos/as y el 11.1% de enfermeras presentaron niveles altos de agotamiento emocional, éstas últimas entran dentro de un promedio de resultados similares en otros trabajos pero en el caso de médicos/as sobrepasa por mucho las cifras encontradas en estudios anteriores: por ejemplo Zumárraga, García y Yépez (2008) en su trabajo, encuentran que el 14.7% de médicos tuvieron niveles altos de agotamiento emocional; Ramírez (2015) encuentra en su investigación que 17.6% de los médicos puntúan alto en cansancio emocional.

El contraste de resultados entre médicos/as y enfermeras dentro de la misma institución se puede deber a la diferenciación que tienen estos profesionales en cuanto a su carga horaria (Gil-Monte, Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse, 1997), como se ha señalado anteriormente, los médicos/as de este estudio hacen jornadas extendidas de hasta 24 horas, mientras que las enfermeras, hacen turnos de 8 horas.

En cuanto a despersonalización, 21.4% de médicos/as y 11.1% de enfermeras registran un nivel alto en esta dimensión; al igual que en la anteriormente analizada, el porcentaje de médicos/as es mayor que los encontrados en otros estudios Zumárraga, García y Yépez (2008) obtienen 16.7% alto en despersonalización; Ramírez (2015) registra que 13.6% de los médicos presenta nivel alto en despersonalización. Según (Gil-Monte,

Peiró y Valcárgel (1995), la despersonalización surge como un mecanismo de defensa a partir del cansancio emocional en paralelo con la baja realización personal, lo que en este caso significaría que los médicos/as están tratando de afrontar a su manera al síndrome que se está manifestando.

En lo que se refiere a realización personal, el 64.3% de médicos/as y el 22.2% de enfermeras puntúan bajo en esta dimensión del burnout, nuevamente hay una gran diferencia entre los resultados de enfermeras versus los resultados de médicos/as, siendo la cifra de médicos/as que presentan baja realización personal alarmante, además de la carga horaria que tienen los médicos/as participantes en este estudio, hay que tomar en cuenta su promedio de edad (29.9 años), según Naisberg-Fenning, Fenning, Keinan y Elizur (1991) la falta de experiencia lo puede hacer más vulnerable, ya que un profesional joven atravesaría en sus primeros años de ejercicio profesional por un período de transición entre sus expectativas idealistas y la realidad en la práctica.

El siguiente objetivo específico de este trabajo es determinar molestias de tipo emocional y estado de salud en la muestra investigada, para lo cual se utilizó el cuestionario GHQ-28, del cual se arrojan como resultados que ambos grupos de profesionales puntúan más alto en los síntomas somáticos y de ansiedad pero hay una diferenciación entre médicos/as y enfermeras, en síntomas somáticos los médicos/as llegan al 57.1% mientras que enfermeras al 22.2%, en síntomas de ansiedad los médicos/as puntúan 50% y las enfermeras 22.2%.

Estos resultados son contrapuestos a otros trabajos anteriores en los que las cifras son a la inversa, enfermeras presentan mayormente síntomas somáticos frente a los médicos, tal es el caso de Jaramillo (2012), quien encuentra en una clínica privada de Quito un 40% de síntomas somáticos en enfermeras y 39% en médicos/as, en el caso de ansiedad, 32% presenta niveles altos para médicos y 60% para enfermeras, así como Ortega (2012) quien encuentra en su trabajo que 27% de los médicos puntúan alto en síntomas somáticos mientras que las enfermeras puntúan 47%, en cuanto a ansiedad 33% de los médicos puntúa alto y 53% de las enfermeras presenta ansiedad.

Otro objetivo específico es reconocer los tipos de afrontamiento más utilizados de los profesionales de salud, para ello se aplicó el cuestionario de afrontamiento BRIEF-COPE, que permitió develar las estrategias más utilizadas, siendo afrontamiento activo, aceptación, replanteamiento y planificación para médicos/as y, aceptación, religión, afrontamiento activo y apoyo instrumental, para enfermeras. Estas formas de enfrentar los problemas son positivas porque permiten al sujeto asumir su problema como tal y examinar soluciones

viables, así como salir fortalecidos de la situación buscando el aprendizaje. En otros estudios previos también se encontró estrategias positivas de afrontamiento en los profesionales de la salud (Jaramillo, 2012; Ortega, 2012).

El quinto objetivo específico es determinar el apoyo social de que disponen los profesionales de salud investigados, por parte de su entorno más cercano (amigos íntimos y familiares). De acuerdo al cuestionario de apoyo social aplicado, en general son altos los índices de percepción de apoyo para toda la muestra evaluada, de mayor a menor en médicos es: relaciones sociales, amor y cariño, apoyo emocional y apoyo instrumental; para enfermeras en cambio es: amor y cariño, relaciones sociales, apoyo emocional y apoyo instrumental. Los resultados difieren un poco de otros estudios en lo que respecta a médicos, tal es el caso de Jaramillo (2012) y Ortega (2012) que encuentran en sus estudios que el tipo de apoyo social que prevalece es el amor y cariño.

Y el último de los objetivos específicos es distinguir los rasgos de personalidad de los profesionales de la salud investigados. Se utilizó el cuestionario de personalidad EPQR-A, para encontrar que tanto médicos como enfermeras puntúan alto en extroversión, lo cual les permite desarrollar habilidades sociales y de comunicación que son de utilidad para formar redes de apoyo social. Los resultados con similares a los obtenidos en estudios anteriores (Ortega, 2012; Jaramillo, 2012; Ramírez, 2015).

CONCLUSIONES

Dado que hubo una apreciable apertura en los dos Centros de Salud investigados, aparte de analizar los resultados obtenidos, se pudo observar la situación de ambos lugares y conversar con los participantes, lo que permitió tener una visión más amplia del contexto de cada uno e identificar las variables que combinadas, influyen en el ambiente laboral.

También hubo un acercamiento por parte de las autoridades del Hospital privado para manifestar una preocupación en cuanto al desempeño laboral que reconocen, ha bajado en los dos últimos años y que atribuyen a una crisis financiera a nivel nacional que afectó indirectamente a la parte administrativa de la Institución y de la que consideran que ya se están recuperando.

Se ha identificado la prevalencia del síndrome de burnout en este estudio, luego de analizar los resultados, en médicos/as con un 21.43% y en enfermeras con un 11.11%. Estos porcentajes prácticamente son determinados por la muestra del Hospital privado, ya que en el Subcentro de Salud no se encontró casos de burnout. Este dato exige de enfocar la atención en el Hospital privado y las variables que interactúan con mayor presencia, siendo la carga horaria en los turnos de los médicos/as lo que se destaca.

En cuanto a la distinción de las dimensiones del burnout en la muestra, las cifras obtenidas: médicos/as 42.9% alto agotamiento emocional, 21.4% alta despersonalización y 64.3% baja realización personal; enfermeras 11.1% alto en agotamiento emocional, 11.1% alto en despersonalización y 22,2% bajo en realización personal, evidencian un problema que fue advertido por las autoridades del Hospital en cuanto a un bajo desempeño laboral que es tema de preocupación de las autoridades, especialmente con los médicos/as, y más aun tomando en cuenta que prácticamente están iniciando su actividad profesional.

El perfil sociodemográfico distintivo de la muestra de médicos/as que participaron en este estudio, según la encuesta, corresponde en promedio a una mujer de 29.9 años, mestiza, casada y con un hijo, mientras que el perfil de las enfermeras corresponde en promedio a una mujer de 40 años, mestiza, pudiendo ser casada, soltera o divorciada, con al menos un hijo. Llama la atención en este punto, el predominio de personal femenino, sólo hubo un hombre participante en toda la muestra, además de la edad promedio de médicos/as, lo que puede estar relacionado con la gestión administrativa para la recuperación financiera post-crisis, pues se entiende la correlación: a mayor experiencia, mayor remuneración.

Por su parte, el perfil laboral de los médicos/as es de quien percibe un salario entre \$1001 a \$2000, con una experiencia de 3.6 años, perteneciente al sector privado, bajo la modalidad de servicios profesionales y trabajando en turnos extensos; el perfil de las enfermeras es de quien percibe un salario entre \$1001 a \$2000, con experiencia de trabajo de 14.2 años, perteneciente tanto al sector privado como al público, bajo nombramiento, haciendo turnos rotativos. Aquí cabe destacar el hecho de que una relación laboral bajo servicios profesionales, en donde el personal no está en nómina y debe facturar mensualmente a la Institución, podría generar la percepción por parte de los trabajadores de inestabilidad laboral.

En lo concerniente a las molestias de tipo emocional y estado de salud, las condiciones predominantes son los síntomas de tipo somático con 57.1% en médicos/as, y 22.2% en enfermeras, ellas también presentan ese mismo porcentaje en ansiedad. En cuanto al afrontamiento las estrategias que sobresalieron fueron afrontamiento activo, aceptación, replanteamiento y planificación para médicos/as y aceptación, religión, afrontamiento activo y apoyo instrumental, para enfermeras. En este caso los tipos de afrontamiento que son positivos pueden reducir los riesgos de padecer burnout.

El tipo de apoyo social que recibieron los médicos/as en su mayoría fue relaciones sociales y las enfermeras percibieron más apoyo del amor y cariño de sus familias. Nuevamente se aprecia una diferenciación entre médicos/os y enfermeras, cabe destacar que los datos recabados en cuanto a estado civil, refiere que hay un 50% de médicos/as no casados (35.7% solteros y 14.3% divorciados), datos que pueden estar relacionados con la superioridad de apoyo social frente a apoyo familiar.

En cuanto a la personalidad, el rasgo que predominó tanto en médicos/as como en enfermeras fue el de extroversión, lo que permite a las personas tener una buena interacción con los demás, ser optimistas, mantenerse activos, características que son de ayuda para mantener buenas relaciones sociales.

RECOMENDACIONES:

El presente estudio se ha realizado gracias a la colaboración de los participantes en la investigación y de los directivos del Northospital que mostraron siempre apertura, por lo que me permito hacer ciertas recomendaciones para mejorar las condiciones que rodean a los médicos/as y enfermeras que allí trabajan y de esa manera prevenir el fenómeno del burnout:

- Es prioridad brindar la atención y seguimiento a los profesionales que presentaron el Síndrome de Burnout en la Institución, poniendo especial cuidado a cada una de las dimensiones respecto de su puntuación.
- Ya que el Burnout es un problema latente, debe ser abordado desde varias aristas, para combatirlo y prevenirlo, deben involucrarse administradores, área de recursos humanos, jefes departamentales, además de buscar ayuda externa de profesionales de la salud mental para entender mejor el síndrome y sus causas.
- Por parte de los administradores de la institución, se podría revisar la carga horaria del personal de salud en los turnos rotativos, de igual manera, una revisión de las remuneraciones a fin de mejorar las condiciones.
- Por parte del área de Recursos Humanos, se debe mejorar el ambiente laboral implementando una política de mayor comunicación, procurando un diálogo horizontal entre trabajadores y administrativos.
- Implementar en el Centro actividades de integración, a fin de facilitar las redes de apoyo entre compañeros, después de todo la convivencia diaria durante largas jornadas de trabajo, hace que los colegas se conviertan en una segunda familia.
- También es importante que se evalúe periódicamente a los profesionales con el objetivo de hacer un seguimiento y valorar los logros en función de las medidas que se adopten para reducir riesgos de desarrollar Burnout.
- Por parte de expertos en el tema, se debe implementar programas de prevención y talleres donde se entrene a los profesionales en estrategias adecuadas de afrontamiento a situaciones estresoras.
- También las entidades responsables de las políticas de salud ocupacional deben llevar a cabo nuevas investigaciones de tipo longitudinal en todos los hospitales y documentar la prevalencia del Burnout en el país para que se puedan tomar las medidas preventivas y correctivas necesarias para mejorar la situación.
- Seguir haciendo otros estudios de tipo relacional para encontrar causalidades del síndrome de Burnout.

BIBLIOGRAFIA

- Apiquian, A. (2007). El síndrome de burnout en las empresas. *Presentación realizada en en Tercer Congreso de Escuelas de Psicología de las Universidades Red Anahuac*. Mérida. Recuperado de: <https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-30022/sindrome%20burnout.pdf>
- Bandura, A. (1989). Human Agency in Social Cognitive Theory. *American Psychologist*, 1175-1184.
- Bellorín, H. (2010). *Síndrome de burnout en el personal de enfermería de la emergencia de adulto de un hospital tipo IV*. Puerto Ordaz: Universidad Nacional Experimental de Guayana.
Recuperado de:
http://www.cidar.uneg.edu.ve/DB/bcuneg/EDOCS/TESIS/TESIS_POSTGRADO/ESPECIALIZACIONES/TGERB45H832010BellorinHugo.pdf
- Bosqued, M. (2008). *Quemados El síndrome del burnout qué es y como superarlo*. Barcelona: Paidós.
- Brill, P. (1984). *The need for an operational definition of burnout*. Community Health.
- Buendía Vidal, J. y Ramos, F. (2001). *Empleo, estrés y salud*. Madrid: Pirámide.
- Buunk, B. y Schaufeli, W. (1993). A perspective from social comparison theory. En W. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek, *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (págs. 53-69). London: Taylor y Francis.
- Cañadas, G., Lozano, L., De la Fuente, E., Vargas, C. y Saldaña, L. (2010). Análisis bayesiano de variables relacionadas con el desarrollo del síndrome de Burnout en profesionales sanitarios. *Escritos de Psicología*, 33-39. Recuperado de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092010000300004
- Carlin, C. y Garcés de los Fayos, E. (2010). El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de psicología*, 169-180. Recuperado de:
http://www.um.es/analesps/v26/v26_1/20-26_1.pdf
- Carver, C. (1997). You Want to Measure Coping But Your Protocol's Too Long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 92-100.
- Carver, C. y Scheier, M. (1982). Control theory: a useful conceptual framework for personality-social, clinical, and health psychology. *Psychological Bulletin*, 111-135.
- Cherniss, C. (1993). Role of professional self-efficacy in the etiology and amelioration of burnout. En W. Schaufeli, C. Maslach, y T. Marek, *Series in applied psychology: Social issues and questions. Professional burnout: Recent developments in theory and research* (págs. 135-149). Philadelphia: Taylor y Francis.
- Cooke, R. y Rousseau, D. (1984). Stress and strain from family roles and work-role expectations. *Journal of Applied Psychology*, 252-260.

- Cox, T., Kuk, G. y Leiter, M. (1993). Burnout, health, work stress, and organizational healthiness. En W. Schaufeli, C. Maslach, y T. Marek, *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (págs. 177-193). Philadelphia: Taylor y Francis.
- Edelwich, J. y Brodsky, A. (1980). *Burn-Out - Stages of Disillusionment in the Helping Professions*. New York: Human Sciences Press.
- Extremera, N., Durán, A. y Rey, L. (2010). Recursos personales, síndrome de estar quemado por el trabajo y sintomatología asociada al estrés en docentes de enseñanza primaria y secundaria. *Ansiedad y Estrés*, 47-60. Recuperado de:
<http://emotional.intelligence.uma.es/documentos/pdf75.pdf>
- Farber, B. (1991). *Crisis in education. Stress and burnout in the american teacher*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Figueiredo Ferraz, H., Gil-Monte, P. y Grau Alberola, E. (2009). Prevalencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) en una muestra de maestros portugueses. *Aletheia*, 6-15.
- Forbes, R. (2011). El síndrome de burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa. *Éxito Empresaria*, 1-4.
- Freudenberger, H. (1974). Staff Burn-Out. *Social Issues*, 159-165.
- Freudenberger, H. y Richelson, G. (1980). *Burn Out: The High Cost of High Achievement*. Michigan: Anchor Press.
- García Izquierdo, M. y Velandrino, A. (1992). EPB: A escale for evaluating the professional burnout. *Anales de Psicología*, 131-138. Recuperado de:
<http://revistas.um.es/analesps/article/view/28821>
- García, J. M. y Herrero, S. (2008). Variables sociodemográficas y síndrome de burnout en una muestra multiocupacional del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla. *Apuntes de Psicología*, 459-477. Recuperado de:
<http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/viewFile/167/169>
- Gil-Monte, P. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Valencia: Universidad de Valencia.
- Gil-Monte, P. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de psicología*, 261-268. Recuperado de:
http://www.um.es/analesps/v15/v15_2pdf/12v98_05Llag2.PDF
- Gil-Monte, P. (2001). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Revista Psicológica Científica.com*.
- Gil-Monte, P. (25 de Julio de 2001). *psicopediahoy*. Obtenido de El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y

recomendaciones para la intervención. Recuperado de:
<http://psicopediahoy.com/burnout-teoria-intervencion/>

Gil-Monte, P. (2011). *CESQT cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo*. Madrid: TEA. Recuperado de:

http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/Manual_CESQT.pdf

Gil-Monte, P. y Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.

Gil-Monte, P. y Peiró, J. M. (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) según el MBI-HSS en España. *Revista de Psicología del trabajo y de las organizaciones*, 135-149. Recuperado de:
https://www.uv.es/unipsico/pdf/Publicaciones/Articulos/01_SQT/2000_RPTO_Normas.pdf

Gil-Monte, P., Peiró, J. M. y Valcárcel, P. (1995). A causal model of burnout process development: An alternative to Golembiewski and Leiter models. *VII Congreso Europeo sobre Trabajo y Psicología Organizacional*. Hungría.

Golembiewski, R., Munzenrider, R. y Carter, D. (1983). Phases of Progressive Burnout and Their Work Site Covariants: Critical Issues in OD Research and Praxis. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 461-481.

Golembiewski, R., Munzenrider, R. y Stevenson, J. (1986). *Stress in organizations: toward a phase model of burnout*. New York: Praeger.

Góngora, F., Pérez, M. L. y Torres, R. (2016). Capítulo 19: Síndrome de Burnout y Enfermería: Diagnóstico y Prevención. En F. Jiménez López, *Gestión Pública de la Salud* (págs. 121-126). Almería: ACCI ediciones.

González, M., Lacasta, M. A. y Ordóñez, A. (2008). *El síndrome de agotamiento profesional en Oncología*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

González, S. y Ali, L. F. (2010). *Psicología para el docente: consideraciones sobre los riesgos y desafíos de la práctica magisterial*. Guanajuato: Universidad de Guanajuato.

Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M. y Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Revista española de salud pública*, 215-230. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1135-57272009000200006&script=sci_abstract

Hall, D. (1976). *Careers in organizations*. Michigan: Goodyear Pub.

Harrison, W. D. (1983). A social competence model of burnout. En B. Farber, *Stress and burnout in the human service profession* (págs. 29-39). New York: Pergamon Press.

Hernández Sampieri, R. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.

- Hiscott, R. y Connop, P. (1990). The health and wellbeing of mental health professionals, *Canadian Journal of Public Health*, 422-426. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2282601>
- Hobfoll, S. y Freedy, J. (1993). Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. En W. Schaufeli, C. Maslach, y T. Marek, *Series in applied psychology: Social issues and questions. Professional burnout: Recent developments in theory and research* (págs. 115-133). Philadelphia: Taylor y Francis.
- Jaramillo, A. (2012). Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en la Clínica Universidad San Francisco de Quito período: mayo - diciembre 2012. *Tesis de Licenciado de Psicología*. Quito: UTPL. Recuperado de: <http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/11698/1/Jaramillo%20S%20a%20nchez%20%20Ana%20Carolina.pdf>
- Lee, R. y Ashforth, B. (1993). A further examination of managerial burnout: Toward an integrated model. *Journal of Organizational Behavior*, 3-20. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/229627846_A_Further_Examination_of_Management_Burnout_Toward_an_Integrated_Model
- Leiter, M. (1992). Burnout as a crisis in self-efficacy-conceptual and practical implications. *Work and Stress*, 107-116.
- Leiter, M. (1993). Burnout as a developmental process: Consideration of models. *Professional burnout: Recent developments in theory and research*, 237-250.
- Leiter, M. y Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 297-308.
- López Agrelo, V. (2013). Rasgos, trastornos de personalidad y comorbilidad psiquiátrica de profesionales sanitarios con síndrome de burnout. *Tesis doctoral*. Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de: <http://eprints.ucm.es/21683/>
- López Ríos, F. y Ortega Ruiz, C. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas1. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 137-160. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/337/33740108.pdf>
- Maicon, C. (2014). *El síndrome de Burnout: comprensión del pasado, análisis del presente y perspectivas del futuro*. Sevilla: Wanceulen Editorial deportiva.
- Mansilla, F. (2017). *Psicología online*. Obtenido de Modelos teóricos-etiológicos del síndrome de burnout: http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4_7.shtml
- Manzano García, G. y Ayala Calvo, J. C. (2013). New perspectives: towards an integration of the concept "burnout" and its explanatory models. *Anales de Psicología*, 800-809.
- Martínez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 42-80. Recuperado de: <http://webs.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/PDFs/Anbelacop.pdf>

- Maslach, C. y Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 99-113.
- Maslach, C., y Jackson, S. (1982). Burnout in health professions: A social psychological analysis. En G. Sanders, y J. Suls, *Social psychology health and illness* (págs. 227-281). Michigan: L. Erlbaum Associates.
- Mingote, J. C. (1998). Síndrome burnout o síndrome de desgaste profesional. *Formación Médica Continua*, 493-508.
- Montoya, P. y Moreno, S. (2012). Relación entre síndrome de burnout, estrategias de afrontamiento y engagement. *Psicología desde El caribe*, 205-227.
- Moriana, J. A. y Herruzo, J. (2004). Estrés y burnout en profesores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 597-621. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/pdf/337/33740309.pdf>
- Muñoz, P., Vásquez-Barquero J., Rodríguez F., Pastrana E. y Varo J. (1979). Adaptación española del General Health Questionnaire (GHQ) de D.P. Goldberg. *Archivos de Neurobiología*.
Recuperado de:
http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/cuestionario_de_salud_de_goldberg.pdf
- Napione, M. E. (2008). *¿Cuándo se "quema" el profesorado de secundaria?* Madrid: Ediciones Díaz de Santos S.A. Recuperado de:
<http://www.editdiazdesantos.com/wwwdat/pdf/9788479788667.pdf>
- Ortega, M. E. (2012). *Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en la ciudad de Quito, Hospital Quito No 1 de la Policía Nacional*. Quito: UTPL. Recuperado de:
- Pines, A. M., Aronson, E. y Kadry, D. (1981). *Burnout : from tedium to personal growth*. New York : Free Press.
- Pines, A. M. (1993). Burnout: An existential perspective. En C. Maslach, W. Schaufeli, y T. Marek, *Professional burnout: Recent developments in* (págs. 33-51). Washington: Hemisphere.
- Price, D. y Murphy, P. (1984). Staff burnout in the perspective of grief theory. *Death Education*, 47-58.
- Ramírez, R. (2015). *Burnout en profesiniales de la salud en el Ecuador*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela. Recuperado de:
<https://minerva.usc.es/xmlui/handle/10347/14632>
- Rodríguez, R. y De Rivas, S. (2011). Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 72-88.
- Rubio, J. (2003). *Biblioteca UNEX*. Obtenido de Biblioteca UNEX:
<http://biblioteca.unex.es/tesis/9788477238164.pdf>

- Sociedad Española de Cuidados Paliativos SECPAL. (2008). *Guía de prevención de Burnout para profesionales de cuidados paliativos*. Madrid: Arán Ediciones S.L. Recuperado de: <http://www.secpal.com>
- Starrin, B., Larsson, G. y Styrborn, S. (1990). A Review and Critique of Psychological Approaches to the Burn-out Phenomenon. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 83-91.
- Swider, B. y Zimmerman, R. (2010). Born to burnout: A meta-analytic path model of personality, job burnout, and work outcomes. *Journal of Vocational Behavior*, 487-506. Recuperado de: https://cscsproject.weebly.com/uploads/1/3/7/1/1371292/swider_and_zimmerman_2010_full_article.pdf
- Thomson, M. y Page, S. (1993). A test of carver and scheier's self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress y Health*, 221-235.
- Valiente, A. (2009). Factores asociados al síndrome de Burnout en personal de enfermería del Hospital San Vicente de Paul. *Universidad Nacional de Córdoba*. Recuperado de: https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/232/PDF_%20BOURNAUT.pdf?sequence=1
- Winnubst, J. (1993). Organizational structure, social support, and burnout. En W. Schaufeli, C. Maslach, y T. Marek, *Series in applied psychology: Social issues and questions. Professional burnout: Recent developments in theory and research* (págs. 151-162). Philadelphia: Taylor y Francis.
- Zamora, P., González, M. y Espinosa, E. (2008). Concepto e historia del síndrome de agotamiento profesional. En M. González, M. Lacasta, y O. Amalio, *El síndrome de agotamiento profesional en oncología* (págs. 1-7). Madrid: Editorial medica panamericana.

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

1. TABLAS

1.1 TABLA 1.....	10
1.2 TABLA 2.....	33
1.3 TABLA 3.....	37
1.4 TABLA 4.....	38
1.5 TABLA 5.....	39
1.6 TABLA 6.....	40
1.7 TABLA 7.....	40
1.8 TABLA 8.....	41
1.9 TABLA 9.....	41
1.10 TABLA 10.....	42

2. FIGURAS

2.1 FIGURA 1.....	11
2.2 FIGURA 2.....	12
2.3 FIGURA 3.....	12
2.4 FIGURA 4.....	13

ANEXOS



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

Datos Personales

Género Masculino Femenino

Edad _____ años

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

La zona en la que trabaja es: Urbana Rural

Etnia Mestizo Blanco Afro ecuatoriano Indígena

Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado o separado Unión Libre

Número de Hijos: _____

Recibe su remuneración salarial: si no

La remuneración se encuentra entre:

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

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

Datos Laborales

Profesión: Médico/a Especialidad de medicina en: _____

Enfermera

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado Público Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales Ninguno

Horas que trabaja Diariamente _____

Trabaja usted en turno SI No

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

Ninguno 25 % 25-50% 50-75% 75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____

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

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

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

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

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

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

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

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

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

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

Anexo 2. 3

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

Cuestionario (GHQ-28) El objetivo del cuestionario es determinar si se han sufrido algunas molestias y cómo se ha estado de salud en las últimas semanas. Por favor, conteste a todas las preguntas, simplemente seleccionando las respuestas que, a su juicio, se acercan más a lo que siente o ha sentido. Recuerde que no se pretende conocer los problemas que ha tenido en el pasado, sino los recientes y actuales.

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

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

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

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

Anexo 2. 4

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

Cuestionario BRIEF-COPE

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

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

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

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

Anexo 2.5.

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

CUESTIONARIO DE AS

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

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

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

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

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

Medical Outcomes Study Social Support Survey. MOSS-SSS. Sherbourne y Cols (1991).

Recuperado de <http://pagina.iccm.es/sanidad/salud/promosalud/pdf/violencia.pdf>

Anexo 2.6.

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

CUESTIONARIO EPQR-A

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

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