



# **UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

*La Universidad Católica de Loja*

## **ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA**

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

**Identificación del Síndrome de Burnout en profesionales de la salud y  
Factores Relacionados con este fenómeno, en el Ecuador.**

TRABAJO DE TITULACIÓN

**AUTORA:** Ramos Quijije, Linda Vanessa

**TUTOR:** Vásquez Escandón, Adrián Felipe, Mgtr.

CENTRO UNIVERSITARIO SAMBORONDÓN

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 DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Mgtr,  
Adrián Felipe Vásquez Escandón  
**DOCENTE DE LA TITULACIÓN**

De mis consideraciones

El presente trabajo de titulación : “Identificación del Síndrome de Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Ecuador”, realizado por la estudiante: Ramos Quijije Linda Vanessa, ha sido orientado y revisado durante la ejecución, ´por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, julio 2018

f .....

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Ramos Quijje Linda Vanessa declaro ser autora del presente trabajo de titulación: Identificación del Síndrome de Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el Ecuador, de la Titulación de Psicología, siendo Ramírez Zhindón Rocío, PhD, 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: Ramos Quijje Linda Vanessa

Cédula: 0923236004

## **DEDICATORIA**

Le dedico mi trabajo de tesis a mis padres, especialmente a mi madre, la señora Rosa Quijje Acosta, porque tus esfuerzos han sido impresionantes, motivos de admiración; y, por tu amor incondicional, para mi invaluable.

A mi esposo, el señor Tec. Marlon Triviño Guerrero y a mi hijo, Isáac Triviño Ramos por ser el objetivo de alcanzar mis metas. Ustedes son mi principal motivación.

## **AGRADECIMIENTO.**

Mi gratitud está dirigida a Dios por haberme dado la existencia y permitido llegar al final de la carrera universitaria.

A los docentes de la UTPL que me han acompañado durante este camino de preparación profesional.

A mi tutor Mgtr. Adrián Felipe Vázquez Escandón, por haber sido una guía importante y necesaria para el logro de este gran sueño.

A mi asesor Lcdo. Alexeis Paneque Preval, quien me orientó en todo momento en la realización de este proyecto.

## INDICE

CARATULA .....	I
CERTIFICACIÓN.....	II
DECLARACIÓN .....	III
DEDICATORIA.....	IV
AGRADECIMIENTO .....	V
INDICE .....	VI
RESUMEN .....	1
ABSTRACT .....	2
INTRODUCCION .....	3
MARCO TEÓRICO.....	6
1.1 Diferentes definiciones del Síndrome de Burnout.....	6
1.2. Fases del Síndrome de Burnout .....	8
1.3. Causas del Síndrome de Burnout .....	9
1.4. Consecuencias del Síndrome de Burnout .....	10
1.5. Tipos de Síndrome de Burnout.....	11
1.6. Modelos explicativos del Síndrome de Burnout.....	12
1.6.1. Modelos Etiológicos basados en la Teoría Socio-cognitiva del Yo... ..	12
1.6.2. Modelos Etiológicos sustentados en las Teorías del Intercambio Social .....	15
1.6.3. Modelos Etiológicos apoyados en la Teoría Organizacional .....	15
1.6.4. Modelos sobre el proceso del Síndrome de Quemarse en el Job... ..	17
1.7. Prevalencia del Síndrome de Burnout .....	19
1.7.1. En profesionales de la salud a nivel mundial.....	19
1.7.2. En profesionales de la salud a nivel de Latinoamérica .....	20
1.7.3. En profesionales de la salud en Ecuador .....	21
1.8. Variables relacionadas con el Síndrome de Burnout .....	22
1.8.1. Asociadas a la personalidad en profesionales de la salud .....	22
1.8.2. Ante situaciones de estrés en profesionales de la salud .....	23
CAPITULO 2	
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION	
Objetivos .....	29
Preguntas de la Investigación .....	29
Contexto de la Investigación.....	29
Diseño de la Investigación.....	30
Muestra .....	30
Procedimientos .....	31
Instrumentos .....	31
CAPITULO 3	
Análisis de los resultados	
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS .....	36
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS .....	41
CONCLUSIONES... ..	49
RECOMENDACIONES... ..	50

## **RESUMEN.**

El Síndrome de Burnout constituye uno de los riesgos presentes en cualquier actividad laboral, los profesionales de la Salud forman parte de los grupos ocupacionales que pueden presentar este fenómeno, por lo que se realizó un estudio con el método exploratorio, descriptivo de corte transversal y correlacional. Con el objetivo de identificar la prevalencia del SB y sus dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización), en médicos y enfermeras perteneciente al Hospital Básico de Balzar (Guayas). Se emplearon como instrumentos: Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC; Inventario de Salud Mental (GHQ-28) Versión española Muñoz (1979); Escala multidimensional de evaluación de estilos de afrontamiento (BRIEF-COPE); y Cuestionario MOS de apoyo social (versión española de Revilla y otros 2005). Concluyendo que no se encontró prevalencia del SB en la muestra, pero el mismo constituyó un punto de partida para la realización de nuevos estudios en la institución intervenida.

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



## **ABSTRACT**

Burnout Syndrome is one risk presents for the health in any work activity, health professional are part of the occupational groups that can present this for that reason. We did a study with the exploratory method, descriptive of transverse cut and correlational.

With the objective of identifying the prevalence of Burnout Syndrome and its dimensions (emotional exhaustion, depersonalization and low realization) in doctors and nurses pertaining to a public institution of the canton Balzar, Guayas.

The instruments were used: Variable questionnaire sociodemographic and labor mental health AD-HOC; Inventory -Spanish Version (1976); Multidimensional Scale of evaluation of Coping styles, social support (BRIEF-COPE); Questionnaire MOS Spanish Version Sevilla and other crosses (2005). I didn't prevalence of Burnout Syndrome in the sample, but the same constituted a starting point for the realization of new studies in the institutions.

## INTRODUCCIÓN.

El Síndrome de Burnout (SB) es un fenómeno que se pone de manifiesto en el ámbito laboral y ha sido estudiado en diferentes áreas de desempeño, fundamentalmente en aquellas actividades que mantienen relación sistemática con las personas en la prestación de servicios, dentro de ellas los profesionales de la Salud (médicos, enfermeras y otros), sin negar que este pueda afectar cualquier grupo laboral.

Maslach (1976), planteó que: "... el SB se configura como un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, sensaciones de sobreesfuerzo con actitudes de insensibilidad y baja relación personal con sentimientos de incompetencia profesional".

La OMS (2000), declaró que el SB constituye un factor de riesgo social, debido a su capacidad para afectar la calidad de vida, Salud Mental e incluso hasta poner en riesgo la vida del individuo que lo sufre (Saborio e Hidalgo, 2015).

La presente investigación consta de los siguientes elementos componentes: 1) marco teórico referente, incluye: definiciones, fases, causas de aparición, consecuencias, tipos, modelos explicativos, prevalencia del fenómeno en profesionales de la salud (a nivel internacional, nacional o local) y, variables asociadas a la personalidad ya situaciones de estrés del SB; 2) marco metodológico estructurante que contiene: objetivos, preguntas de investigación, contexto, diseño, población y muestra, criterios de selección, procedimientos e instrumentos empleados en nuestro estudio; 3) análisis de los resultados obtenidos que muestra la realidad de la muestra y las variables investigadas; 4) discusión de resultados inferidos donde se realiza una comparación de nuestros resultados con estudios similares; 5) conclusiones y recomendaciones correspondientes en respuesta a los objetivos de investigación dirigidas a los beneficiarios de la misma; 6) bibliografía utilizada tanto del estado del arte como de autores clásicos; y, anexos que recoge entre otros documentos detalle de los instrumentos empleados.

Numerosos han sido los estudios desarrollados en esta temática y máxime en profesionales de la Salud, citamos algunos:

López et al (2005), desarrollaron un estudio en Barcelona, con intención determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud pediátrica. Analizaron una muestra de 127 trabajadores del equipo de enfermería (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería), se les aplicó el IBM (Inventario de Burnout de Maslach), el que fue completado por 93 personas, de estos 20,8% de los trabajadores tenían altos niveles de Burnout; y, a nivel de sub-escalas, los resultados de los participantes fueron: 67,7% presentaron niveles bajos de realización personal, 14,5% reflejaron niveles altos de agotamiento personal y el 23,9% altos niveles de despersonalización.

Klersy y Callegari (2007), publicaron un estudio en el cual 344 trabajadores (médicos y enfermeras), de 10 centros de diálisis en el norte de Italia, completaron una batería de cuestionarios que incluían el IBM, el MOS36 (escala que mide variables relacionadas con aspectos de salud física y mental) y el GHQ30 (cuestionario general de Salud). Encontraron que 30% de los enfermeros presentaba una puntuación alta para agotamiento emocional, contra 18% de los médicos; esto, predicho por el número de horas y meses laborados en la unidad de diálisis, de los últimos 2 años; pertenecer al género masculino y tener dificultades interpersonales con los compañeros correlacionó con alto puntaje en la sub-escala de despersonalización; y, la percepción de bajo logro personal correlacionó con no tener hijos y con tener posiciones permanentes en el mismo puesto de trabajo.

En un trabajo multicéntrico, entre 248 médicos intensivistas de los Estados Unidos, el 40% presentó el SB con detrimento emocional, lo que coincide con otro estudio realizado en enfermeras que atienden a pacientes con cuidados paliativos y a otros con trasplantes de médula (Gómez, 2013).

En México un estudio que investigó el nivel de SB en un grupo de 450 médicos, enfermeras y paramédicos de 12 instituciones hospitalarias, reveló los siguientes datos: 10.9% cansancio emocional, 19.6% despersonalización y 74.9% baja realización personal (Franco 2013).

En el Ecuador también ha sido participe en el estudio del SB, dentro de los que podemos citar se encuentran el de (Gómez, 2013), los resultados obtenidos de la investigación no reportan datos significativos de presencia de niveles elevados de Burnout, tanto en la muestra de doctores como en la del personal de enfermería.

Por otro lado, se refiere un estudio efectuado en el Hospital Luís Vernaza, de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, en un grupo de 13 auxiliares de enfermería de una sala, reflejando que el 53% de la población estudiada se vio afectada por la dimensión agotamiento emocional, el 25% por falta de realización personal y el 22% por despersonalización (Quiroz, 2013).

Como se puede apreciar el SB constituye un impacto en el personal médico, son muchos los síntomas que genera, tales como: irritabilidad, trastornos del sueño, dificultades en la prestación de servicio y hasta ausentismo.

Consecuente a esto, nos propusimos como objetivo general del presente estudio: identificar la prevalencia del SB y sus dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización), en médicos y enfermeras del Hospital Básico de Balzar (Guayas). Y, como objetivos específicos: a) identificar la caracterización de la muestra según variables sociodemográficas y laborales estudiadas; b) determinar las dimensiones del síndrome en el grupo estudiado; c) identificar el malestar emocional presente en los miembros de la muestra; d) determinar los modos de afrontamiento más utilizados por los profesionales en estudio ante situaciones estresoras; e) identificar el apoyo social que poseen; e, f) identificar los rasgos de personalidad presentes en los profesionales de la muestra.

Para tales fines, utilizamos el método exploratorio, descriptivo de corte transversal y correlacional, en una muestra de 26 médicos y 11 enfermeras, pertenecientes a una institución pública del cantón Balzar, para desarrollar el mismo se emplearon instrumentos validados internacionalmente y de alta confiabilidad. No se evidenció la prevalencia del síndrome burnout en el grupo estudiado. El estudio constituyó una motivación para la proyección de investigaciones similares y a su vez, elaborar estrategias de intervención para la prevención del SB.

Por último, podemos apreciar cuan estudiado ha resultado este fenómeno que se pone de manifiesto en la esfera del trabajo, independientemente de la labor que se realice, por lo que consideramos que resultaría de mucha importancia profundizar en su conocimiento a través de los diferentes aspectos conceptuales y dinámicos que le caracterizan.

## **CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO**

## 1.1. Diferentes definiciones del Síndrome de Burnout.

El Síndrome de Burnout– SB, ha sido estudiado por diferentes ramas de la ciencia, dígase Trabajo Social, las Ciencias Médicas y por la Psicología Laboral, por citar algunos ejemplos. Éste se conoce también como Síndrome del Quemado o Síndrome de Quemarse en el Trabajo.

Es importante hacer referencia al término Estrés Laboral - EL, teniendo en cuenta que SB, es un ejemplo clásico de esta alteración y su repercusión en las personas son muy similares. El estrés laboral es una “enfermedad peligrosa para las economías industrializadas y en vías de desarrollo; perjudicando a la producción, al afectar a la salud física y mental de los trabajadores”, Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT). ([www.estreslaboral.info](http://www.estreslaboral.info), 2017). La mayoría de autores define el Estrés Laboral, como un conjunto de reacciones físicas y mentales que sufre un empleado cuando se ve sometido a diversos factores externos, que superan su capacidad para enfrentarse a ellos. Por lo que podemos considerarlo como muy perjudicial para la persona que lo experimenta, de lo que no está exento el SB.

El SB, ha sido definido por diferentes autores, por lo que mostramos un bosquejo teórico de sus denominaciones en diferentes décadas.

H.B. Bradley (1969), describe por primera vez esta patología y al principio se denominó "staffburnout", para referirse al extraño comportamiento que presentaban algunos oficiales de policía que trabajaban con delincuentes juveniles. Citado en ([www.estreslaboral.info](http://www.estreslaboral.info), 2017).

Luego, en la década de los 70, Herbert Freudenberger profundizó en dicho fenómeno e incorporó el término "Burnout" al campo de la psicología laboral. De ahí que (Freudenberger, 1971) lo define como “extinción de la motivación o el incentivo, especialmente allí donde la dedicación a un objetivo o a una relación fracasa en conseguir los resultados deseados”. El propio autor, que trabajaba como voluntario en una clínica para drogadictos en Nueva York, pudo observar como muchos de sus compañeros, entre uno y tres años después de empezar a trabajar allí, sufrían una pérdida de energía y motivación, junto con síntomas como ansiedad y depresión.

Posteriormente, Maslach estudia las respuestas emocionales de las personas que realizaban trabajos de ayuda, a ella se debe una de las definiciones más citadas, Maslach (1976) aseverando “que el Burnout se configura como un síndrome tridimensional caracterizado por: sensaciones de sobreesfuerzo con actitudes de insensibilidad, agotamiento emocional y baja relación personal con sentimientos de incompetencia profesional”. Posteriormente junto a Jackson, diseñaron el *Maslach Burnout Inventory*, en 1982.

Por otro lado, a principios de los años 80, las psicólogas norteamericanas Maslach y Jackson, definieron el SB como "un síndrome de cansancio emocional, despersonalización y una menor realización personal, que se da en aquellos individuos que trabajan en contacto con clientes y usuarios". ([www.estreslaboral.info](http://www.estreslaboral.info))

En este mismo periodo, Pines y Kafry (1981), señalan que el “S. B. es el estado del agotamiento mental, físico y emocional, generado por el involucramiento crónico en el trabajo en situaciones emocionalmente exigentes; y para ellos el factor responsable es la presencia o ausencia de condiciones laborales objetivas que faciliten la consecución de las metas laborales propuestas”.

Ya para la década de los 90, Leiter (1992), define al Burnout “como una crisis de autoeficacia”; Moreno y Oliver (1993), los consideran como “La consecuencia de un afrontamiento incorrecto del trabajo de asistencia y de las preocupaciones ligadas a él”; y Gil-Monte y Peiró (1997), constatan que “queda establecido como respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos direccionados a las personas con las que labora y hacia su propia actividad, así como por una vivencia de encontrarse emocionalmente agotado”.

En los años 2000, Bosqued (2008), señala que “el Burnout puede afectar a cualquier grupo ocupacional; sin embargo, existen profesiones más propensas, que exigen compromisos fuertes de servicio personalizado, entre ellas las que requieren un constante contacto con otras personas entre los medios sanitarios y de enseñanza”.

Realizando un análisis de las diferentes definiciones del SB, podemos concluir que realmente este fenómeno tiene gran repercusión en la persona que lo vivencia, tanto física como emocional e incluso a nivel psíquico y conductual; pero este trastorno no se pone de

manifiesto de una manera súbita en las personas, sino que se describen etapas o fases que son importantes tomar en cuenta para su estudio, las que referimos a continuación.

## **1.2. Fases del Síndrome de Burnout:**

Edelwich y Brodsky (1980), indican que el Burnout consta de cinco fases progresivas para el desarrollo:

### **Fase inicial de entusiasmo.**

La persona tiene mucha energía para desenvolverse en su nueva asignación laboral, tiene grandes expectativas, su jornada de trabajo no se vuelve para nada agotadora e incluso permanece más tiempo en el trabajo.

### **Fase de estancamiento:**

La persona determina que sus expectativas laborales no se cumplen y que sus esfuerzos no van acorde con lo económico, se desanima y empieza a estresarse fácilmente, siente incapacidad y no se desenvuelve adecuadamente.

### **Fase de estancamiento:**

La persona siente desilusión, se frustra frecuentemente, entorpece su trabajo y los de sus compañeros al ser una persona problemática, su conducta no es asertiva.

### **Fase de apatía:**

La persona se desentiende de su trabajo, se vuelve distante en el trato y en sus obligaciones, antepone sus necesidades a la buena y eficiente atención de sus asignaciones laborales.

### **Fase de agotamiento severo:**

La persona sufre un trastorno cognitivo, afectivo y/o conductual asociado que afecta su salud e incluso puede optar por abandonar el trabajo, cayendo en cuadros de ansiedad, depresión, consumo de sustancias, por citar algunos.



Analizando las fases referidas por los autores, podemos inferir el papel que juega la persona o en su desenvolvimiento en las diferentes funciones que realice y que en gran medida depende de su valoración, pero a su vez consideramos importante plantear que existen otros factores causales que pueden incidir en la aparición del SB en el trabajador.

### 1.3. **Causas del Síndrome de Burnout.** (www.estreslaboral.info,2017).

Cualquiera de las siguientes causas puede desencadenar una situación de SB, máxime cuando se dan por largos y continuados periodos de tiempo:

#### **Puestos relacionados con atención al público, clientes o usuarios:**

Se da en aquellos puestos de trabajo en los que el empleado se ve sometido a un contacto continuo con clientes o usuarios, y por consiguiente, a un gran número de quejas, reclamaciones o peticiones por parte de los mismos. Esto puede generar grandes niveles de estrés en el trabajador y a la larga puede terminar afectando su comportamiento.

#### **Acoso laboral:**

El acoso por parte de compañeros o superiores en el trabajo, también puede favorecer la aparición de este síndrome. El acoso laboral consiste fundamentalmente en el maltrato psicológico de la víctima para afectar su autoestima, en mucho de los casos con la intención de que abandone su puesto por propia voluntad.

#### **Elevado nivel de responsabilidad:**

Algunos puestos de trabajo exigen un gran nivel de atención y concentración en la tarea que se realiza. El más mínimo error puede tener consecuencias desastrosas. Un ejemplo sería el del personal médico, de quienes muchas veces depende la vida de un paciente y más si su labor se pone de manifiesto en servicios cerrados, dígame Salas de Terapias Intensivas, Salas de Diálisis entre otros. Se trata de profesiones sometidas a altos grados de estrés y por tanto propicias para sufrir el Síndrome de Burnout.

#### **Jornadas laborales o "turnos" demasiado largos:**

Otra de las causas del SB, son las jornadas demasiado largas. Trabajos en los que el trabajador debe mantenerse en su puesto por 10, 12 e incluso 16 horas, pueden aumentar drásticamente la posibilidad de padecer este síndrome.

### **Trabajos muy monótonos:**

Se refiere a puestos laborales aburridos, repetitivos o carentes de incentivos que también pueden ser causa del SB. El trabajador no encuentra ninguna motivación en lo que hace, esto le causa desmotivación, frustración y a su vez estrés. De ahí que el Estrés Laboral y el Síndrome de Burnout, comparten la gran mayoría de sus causas.

Podemos seguir enumerando causas del surgimiento de este síndrome en la esfera laboral y consideramos importante su control a nivel empresarial, pero es una realidad que de incidir alguna de ellas genera un sin número de consecuencias en la persona, de las cuales haremos referencia a algunas de ellas a continuación.

#### **1.4. Consecuencias del Síndrome de Burnout. (Labrador, F. 1992).**

##### **En la salud.**

La mayoría de las consecuencias en la salud son de carácter emocional y están relacionados con la depresión, sentimientos de fracaso, pérdida de la autoestima, irritabilidad, disgusto, agresividad, entre otras.

##### **En el trabajo.**

Entre las más notorias consecuencias, tenemos: cinismo, autocrítica, desvalorización, auto-sabotaje, desconfianza y desconsideración hacia el propio trabajo, que puede llevar a que la persona a la evitación de las relaciones interpersonales en el trabajo.

La persona sufre y la empresa declina en sus ganancias, debido a que genera como consecuencias: retrasos, disminución de la producción, absentismo, rotación (o fluctuación del personal), bajo rendimiento (físico y/o psicológico), disminución con el compromiso, afectaciones en la calidad, posible abandono su labor, etc.

##### **En la familia.**

Se ha observado que presentan niveles altos de Burnout tienden a presentar conflictos con la pareja, mostrando en el hogar conductas de ira, disgusto y tensión. Esta situación genera dificultades marcadas en las relaciones interpersonales que establece el individuo.

### **1.5. Tipos de Síndrome de Burnout.**

Ante la disparidad de tipologías de Burnout existentes en la literatura, David F. Gillespie (1980), propone una clasificación sencilla en función de la conducta del trabajador: Burnout activo y pasivo.

#### **Burnout activo:**

En este tipo de Burnout, el empleado presenta comportamientos de resistencia activa frente al Burnout y su conducta es asertiva, es decir, con iniciativa para el cambio a través de estrategias de afrontamiento.

Algunos ejemplos de conductas asertivas:

- Tratarse a uno mismo y a los demás con respeto.
- Ser educado pero firme.
- Ser directo y honesto con los demás.
- Saber expresar aquello que nos preocupa o desagrada frente a los demás con educación.
- Saber hablar y escuchar sin enojarse.
- Ser capaz de controlar nuestras emociones.
- Ver las críticas de los demás como una oportunidad de mejorar.

#### **Burnout pasivo:**

El Burnout Pasivo, por el contrario, se caracteriza por una actitud derrotista, marcada por la apatía y la retirada del esfuerzo por cambiar la situación. A consecuencia de esto la persona tiende a:

- Reprimir las emociones.
- Enojarse fácilmente.
- Preferir ignorar el problema o alejarse de él antes que buscar una solución.
- No ser capaz de expresar nuestros sentimientos o reclamar nuestros derechos.
- Dar demasiada importancia a lo que puedan decir los demás de nosotros.

El Burnout activo parece estar más asociado a elementos organizacionales o externos al trabajador, mientras que el Burnout pasivo, se encontraría más asociado a elementos internos psicosociales.

Muchas veces, el Burnout comienza con una resistencia activa del trabajador, que gradualmente decrece ante la falta de control y el desbordamiento sobre sus recursos o expectativas.

Continuar en la profundización y explicación de los contenidos relacionados con el SB se hizo notar en diferentes épocas y por diferentes autores, de modo que emergen diferentes modelos que persiguieron esta intención, mostrándose algunos de ellos a continuación.

#### 1.6. **Modelos explicativos del Síndrome de Burnout.** (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Diferentes modelos etiológicos surgieron de la necesidad de dar una explicación a los distintos procesos de instauración y/o evolución del SB así como las variables (de tipo individual, social u organizacional) que se encuentran imbricadas con este fenómeno. La etiología de SB ha generado contradicciones en su abordaje, habiéndole atribuido múltiples causas, diferente análisis a la importancia de las variables antecedentes consecuentes y distintos factores involucrados, lo que ha dado lugar al desarrollo de un sinnúmero de modelos explicativos y diferentes variantes para agruparlos.

Precisamente una de las clasificaciones más utilizadas de dichos modelos es la propuesta por Gil- Monte y Peiró, quienes ubican estos tipos de modelos en cuatro tipos de línea de estudio, las que se muestran a continuación:

##### **1.6.1 Modelos Etiológicos basados en la Teoría Socio-cognitiva del Yo.**

Este marco de investigación, ha extraído diferentes ideas esenciales de la Teoría Sociocognitiva del Yo para explicar las causas del SB, señalándolas siguientes: a) las cogniciones influyen en la manera de percibir una realidad determinada, pero a su vez estas se transforman por sus efectos y consecuencias reflejadas; y b) el empeño para la consecución de metas y las consecuencias emocionales de las conductas están determinadas por la autoconfianza del sujeto, lo que propicia gran importancia a las variables de autoconfianza, auto concepto y autoeficacia, etc. por ejemplo:

### **Modelo de Competencia Social de Harrison (1983).**

Este autor se basa en la competencia y eficacia percibida para explicar la “competencia percibida” como función del SB, es decir, que gran parte de los profesionales que inician su labor en servicios de asistencia, generalmente lo hacen con un grado alto de motivación para colaborar con los otros y de altruismo, pero ya en el lugar del trabajo pueden existir factores que serán favorecedores o barreras, lo que determinarán la eficacia percibida y los sentimientos de competencia social; sin embargo, cuando existen factores que dificultan el logro de los objetivos en el contexto laboral, el sentimiento de autoeficacia disminuirá y si estas condiciones se extienden en el tiempo se puede presentar el SB.

Algunos de los factores de ayuda/barrera son: objetivos laborales reales, adecuado ajuste entre los valores del sujeto y la institución, capacitación del personal, toma de decisiones, ambigüedad del rol, disponibilidad y disposición de los recursos, retroalimentación, sobrecarga laboral, ausencia o escasez de recursos y dificultades en las relaciones interpersonales.

### **Modelo de Pines (1993).**

Este enfoque plantea que el SB radica cuando el sujeto pone la búsqueda del sentido de su existencia en el trabajo y fracasa en desempeño (estos sujetos les dan sentido a su vida por medio de actividades laborales de contenido humanitario). Dicho modelo es motivacional y refiere que sólo se quemar aquellos trabajadores con alto nivel motivación y de expectativas. Un individuo con baja motivación inicial puede experimentar estrés, alineación o fatiga, pero no experimentará el SB; por lo tanto, el Burnout se explica como un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por afrontar situaciones de estrés crónico junto con muy altas expectativas; y sería el resultado de un proceso de frustración donde se dificulta la capacidad de adaptación del sujeto al medio.

### **Modelo de Autoeficacia de Chernis. (1993).**

La consecución independiente y exitosa de las metas aumenta la eficacia del sujeto; sin embargo, el no alcanzar las mismas lleva el fracaso psicológico, es decir, a una disminución de la autoeficacia percibida y por último a experimentar el SB; por otro lado, los trabajadores con intensos sentimientos de autoeficacia percibida tienen menos probabilidad de desarrollar el SB, porque son capaces de afrontar de forma exitosa, las situaciones estresantes.

### **Modelo de Thompson, Page y Cooper. (1993).**

Mencionan cuatro factores que se involucran en la presencia del SB y en donde juega un papel fundamental la autoconfianza: 1) discrepancias entre las demandas de las tareas y los recursos del sujeto; 2) nivel de autoconciencia; 3) expectativas de éxito personal; y 4) sentimientos de autoconfianza.

Se plantea que tras reiterados fracasos en el proceso de lograr las metas laborales, unido a niveles significativos de autoconciencia de las discrepancias que percibidas o anticipadas entre demandas, recursos y pesimismo, se tiende a emplear la estrategia de afrontamiento de retirada mental, emocional o conductual de la situación estresara.

Ejemplo de patrón de retirada serían las conductas de despersonalización. Estas tienen como objetivo reducir las discrepancias percibidas en el logro de las metas; por otro lado, se puede reforzar la autoconfianza en el enfrentamiento a situaciones difíciles y disminuir el riesgo de desarrollar el SB, si el individuo adopta expectativas triunfalistas en la solución de la discrepancia.

### **1.6.2. Modelos Etiológicos sustentados en las Teorías del Intercambio Social.**

Estos modelos plantean que cuando el sujeto establece relaciones interpersonales se pone de manifiesto un proceso de comparación social; y, a partir de este proceso, pueden generarse percepciones de falta de equidad o falta de ganancia, lo que puede aumentar el riesgo de aparición del SB. Los enfoques que se centran en esta dinámica de análisis son:

#### **Modelo de Comparación Social de Buunk y Shaufeli (1993).**

Este modelo se creó para argumentar la aparición de SB en enfermeras, a partir de este contexto plantea dos tipos de etiología: 1) los procesos de intercambio social en los pacientes; y, 2) enfatiza en los aspectos relacionados con la afiliación y comparación con sus colegas de trabajo.

Por otro lado refieren la existencia de tres fuentes de estrés que están relacionadas con los procesos de intercambio social: 1) incertidumbre, conocida como la falta de claridad sobre los propios pensamientos y sentimientos sobre cómo actuar en una determinada situación; 2) percepción de equidad, hace referencia al equilibrio percibido sobre lo que se brinda y lo que recibe el sujeto, en el marco de las relaciones que establece; y por último 3) falta de

control, que se entiende como la capacidad del trabajador para controlar adecuadamente sus acciones dentro del marco laboral.

Respecto a los mecanismos y procesos de afiliación social y comparación con los compañeros de trabajo, los autores explican que los profesionales generalmente solicitan apoyo de sus colegas ante situaciones complejas, por miedo a ser etiquetados de incompetentes.

### **Modelo de Conservación de recursos de Hobfoll y Freedy (1993).**

Teoría motivacional que se sustenta en la idea que cuando la motivación básica del trabajador se ve amenazada o negada lleva al estrés que, a su vez, puede producir el SB; a lo anterior se le añade, el tipo de afrontamiento empleado por el sujeto como elemento facilitador o preventivo para desarrollo de este fenómeno.

También plantean que para reducir los niveles de SB se deben aumentar los recursos de los empleados y disminuyendo la vulnerabilidad de que abandonen el puesto; también, se debe intentar modificar de manera positiva las cogniciones y percepciones.

Por consiguiente, mantienen que los trabajadores se esfuerzan por mantener y aumentar sus recursos materiales, que es lo que ellos valoran; entonces, el SB aparecería si estos recursos están amenazados, limitados o cuando el sujeto invierte en sus recursos, pero no recibe la recompensa esperada. Cuatro categorías básicas de recursos, son: propósitos (capacidad intrínseca para afrontar), condiciones, características personales y capacidad física.

Finalmente refieren que la exposición prolongada a las situaciones de demanda profesional hace que el trabajador experimente estados negativos como es el agotamiento emocional y físico; lo que constituye el componente central del SB. Por lo tanto, los recursos obtenidos ayudan a superar la necesidad de utilizar un tipo de afrontamiento defensivo, como es la despersonalización, y lo que puede acarrear como consecuencia de la pérdida de recursos, los que ayudan a promover la autoeficacia, lo que representa la dimensión de la realización personal.

### **1.6.3. Modelos Etiológicos apoyados en la Teoría Organizacional.**

Estos modelos se basan en la función de los estresores del contexto organizacional y de las estrategias de afrontamiento que utilizan los sujetos ante el SB, que explican las

variables como las funciones del rol, apoyo percibido, estructura, clima y cultura organizacional junto a la manera de enfrentar las situaciones estresantes. Dentro de estos se encuentran:

### **Modelo de Fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1988).**

Este modelo propone una progresión secuencial en el tiempo, en la que la presencia de un componente precipita el desarrollo del otro; indica una secuencia, en la que la despersonalización constituye la primera fase del SB, seguida de la realización personal disminuida y finalmente, el incremento del agotamiento emocional.

### **Golembiewski (1989), señala:**

La importancia de las disfunciones del rol: pobreza, conflicto y ambigüedad del rol, para de esta forma comprenderla etiología del SB; y, propone que este es un proceso en que los sujetos disminuyen el nivel de responsabilidad laboral ante el estrés, en ocho fases: 1) se desencadena el estrés por la sobrecarga laboral y la pobreza del rol, generando sentimientos de pérdida de autonomía y de control; esto, simultáneamente, crea sentimientos de irritabilidad, fatiga y una disminución de la autoimagen positiva; y, 2) el sujeto despliega estrategias de alejamiento para afrontar la situación estresora del contexto laboral, que puede ser constructiva o no, dependiendo de su naturaleza. Las fases (3 a 8) se identifican por una baja realización personal, para desembocar en agotamiento emocional, como un proceso de virulencia progresiva, la que permite realizar una clasificación de los sujetos y de los grupos respecto al SB, que puede ser crónico o agudo y se da en cualquier tipo de actividad.

### **Modelos de Cox, Kiky Leiter (1993).**

Sugieren, desde un enfoque transaccional del estrés laboral, que el SB es un acontecimiento particular que se da en las profesiones humanitarias y que el agotamiento emocional es la dimensión esencial de este síndrome, la despersonalización es considerada una estrategia de afrontamiento ante el agotamiento y la baja realización personal es el resultado de la evaluación cognitiva del estrés que afronta el trabajador; en este aspecto, también intervienen los diferentes significados que el sujeto le atribuye al trabajo o las posibles expectativas frustradas en el ámbito laboral.

También Cox y colaboradores (1993), nombran “salud de la organización” al ajuste entre la coherencia e integración de los sistemas psicosociales de la organización (estructura, políticas, procedimientos, cultura, etc.)



### **Modelos de Winnubst (1993).**

Este modelo expone la definición de SB emitida por Pines y Aronson (1988), planteando que“ este surge de las interrelaciones entre el estrés, la tensión, el apoyo social en el contexto de la estructura y la cultura de la organización; por lo tanto, estaría influida por los problemas derivados de la estructura, el clima y la cultura organizacional”.

#### **Winnubst (1993), expone:**

Que la cultura de la organización está determinada por su estructura y, por lo tanto, los antecedentes de SB varían en función del tipo de cultura organizacional e institucionalización del apoyo social; paralelamente, al estar estrechamente relacionado el apoyo social con la estructura organizacional y, por lo tanto, constituye una variable importante para la prevención o minimización de los efectos de este fenómeno.

Este autor, al igual que Golembiewski y colaboradores (1983, 1986), defiende el criterio de que el SB puede ser experimentado por cualquier profesional que desarrolle una determinada actividad y no solo a aquellos que laboran en áreas de salud u otros servicios similares.

Otros aportes más avanzados en el tiempo, han intentado relacionar el SB con la Teoría de la Acción, definiendo al Burnout en términos de alteración de procesos de acción (Burisch, 1993) y con la Teoría General del Estrés, como una falta de habilidades de afrontamiento y de motivación (Hobfoll y Freddy, 1993).

#### **1.6.4. Modelos sobre el proceso del Síndrome de Quemarse en el Job.**

Muchos trabajadores identifican estar quemado, entre otras reacciones con: estar a disgusto, estar harto, sentirse agobiado, tener un mal día en el trabajo, llevarse mal con sus compañeros, pero no se observa la verdadera sintomatología del SB, su cronicidad o su intensidad.

Es importante resaltar que esta patología es consecuencia, fundamentalmente por la exposición a unas determinadas condiciones de trabajo y no está originada por una deficiencia en la personalidad del individuo.

Por ello, se puede proponer que la mejor denominación de este proceso de daño a la salud es “síndrome de estar quemado en el trabajo”, se diferencia así la patología laboral del concepto coloquial y permite distinguir este fenómeno de otros como el estrés, el desgaste emocional, la fatiga, la ansiedad, etc.

### **Modelo tridimensional de Maslach y Jackson (1976).**

Maslach y Jackson consideran el SB un constructo tridimensional y por ello su escala está dividida en tres: cansancio emocional (9 ítems), despersonalización (5 ítems) y baja realización persona (8 ítems). De cada uno de estos factores, se obtienen resultados: bajomedio-alto, lo cual permite determinar los niveles en cada sujeto, resultando un instrumento de alta fiabilidad y alta validez.

Este cuestionario se considera el más utilizado internacionalmente y las dimensiones que plantean sus autores también han sido las más utilizadas para el estudio del SB.

### **Modelo de Edelwich y Brodsky (1980).**

Para estos investigadores, la presencia del SB se manifiesta en cuatro etapas: 1) entusiasmo ante el nuevo puesto de trabajo unido a altas expectativas; 2) estancamiento como consecuencia del incumplimiento de las expectativas; 3) frustración; y, 4) apatía como consecuencia de la falta de recursos personales del sujeto para afrontar la frustración.

Dicha apatía genera conductas de distanciamiento, des-implicación laboral, evitación e inhibición de la labor profesional que se ejecute.

### **Modelo de Prince y Murphy. (1984)**

Prince y Murphy (1984), acotan “que hay un deterioro emocional, desgaste emocional y sentimientos de culpa; y, el profesional atraviesa por las fases de desorientación, inestabilidad emocional, sentimientos de culpa, por el fracaso profesional y soledad”.

Consideramos que los modelos contienen aspectos importantes que serán de gran utilidad para el presente estudio, teniendo en cuenta que abordan diferentes categorías psicológicas y sociales que, de una forma u otra, integrando sus supuestos y contenidos, se logra un mejor análisis y comprensión del Síndrome de Burnout en el entorno empresarial.

Hasta aquí hemos abordado algunos de los aspectos teóricos acerca del SB que nos llevado a un acercamiento al tema y de lo que puede ocasionar en las personas que ejercen diferentes profesiones, pero también conocer la prevalencia de este fenómeno a nivel mundial constituye un aspecto importante en el proceso de estudio del mismo.

## **1.7. Prevalencia del Síndrome de Burnout.**

Está demostrada la repercusión del SB en el trabajador que ejerce diferentes responsabilidades y como hemos referido anteriormente, el personal que presta servicio en la salud se encuentra propenso a padecer las consecuencias que esta patología genera. Un abordaje de su repercusión en las diferentes profesiones de la salud y en diferentes regiones del mundo, es lo que se pretende mostrar a continuación.

### **1.7.1 En profesionales de la salud a nivel mundial.**

La prevalencia del SB a nivel mundial es variable respecto al grupo ocupacional y fluctúa de 17.83% en enfermeras de España (Del Rio y Perezagua, 2003: 36) hasta un 71.4% en médicos asistenciales del mismo espacio geográfico. (Martínez y Del Castillo, 2003).

Otro estudio realizado en profesionales de la salud de habla hispana, arrojó una prevalencia en profesionales residentes en España de un 14,9%, en Argentina de un 14,4% y en el Uruguay un 7,9%. Otros trabajadores del sector de países como Perú, Colombia, México, Guatemala, Salvador y Ecuador arrojaron prevalencias entre 2,5% y 5,9%. Por profesiones, Medicina tuvo una prevalencia de 12,1%, Enfermería 7,2% y Odontología, Psicología y Nutrición de un 6%. Entre los médicos, el SB predominaba en los que trabajan en urgencias, siendo un 17%, e internistas 15.5%, mientras que anestesistas y dermatólogos tuvieron las prevalencias más bajas, de 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=0,80), la satisfacción profesional (OR= 0,80) y la valoración económica (OR=0,91). (Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga; 2007).

Por otro lado, estudio desarrollado en 54 centros de Salud de Navarra con profesionales pertenecientes a los 5 grupos de estudio, se identificó que la prevalencia de burnout en los profesionales de Atención Primaria fue del 39,3%. Presentaron mayores niveles los administrativos y los médicos de familia, con una OR frente a ATS-DUE de 4,58 y 5,37, respectivamente, en la dimensión de cansancio emocional, 4,98 y 2,87 en despersonalización y 8,37 para los administrativos en realización personal. Encontramos asociación del Burnout con los siguientes factores: ser varón (para las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización, cifras de 25,5% y 31,9%, respectivamente),

trabajar en un área urbana (para cansancio emocional y despersonalización, 20 y 27,8%, respectivamente), consumo de psicofármacos (para cansancio emocional, 30%), tamaño del cupo (para despersonalización, con una media de 1.565 pacientes), y presión asistencial (para cansancio emocional y despersonalización, medias de 170,35 y 153,54 pacientes/semana, respectivamente).

(Navarro-González; Avechu-Díaz y HuarteLabiano; 2010).

### **1.7.2. En profesionales de la salud a nivel de Latinoamérica.**

Latinoamérica no ha quedado atrás en el estudio del SB, en la búsqueda bibliográfica realizada podemos citar algunas investigaciones desarrolladas en esta región.

En Perú, estudios efectuados por Quiroz y Saco (1999), en la investigación: "Factores vinculados al Burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sureste de Salud de Cuzco", determinaron que el SB bajo se presenta en el 79.7% de médicos y 89% de enfermeras; y, en grado medio en el 10.9% de médicos y 1.4% de enfermeras, asociado a la jornada laboral que excede las 40 horas a la semana, menos de 6 horas de esparcimiento semanal y realizar otras labores fuera de la entidad de referencia.

En el ámbito latinoamericano, Chile registra una prevalencia del Síndrome de Burnout del 30% en profesionales de salud, de los niveles primarios y secundarios de atención y afecta principalmente a las mujeres que ejercen la medicina (Román, 2003).

Estudio llevado a cabo en médicos residentes de diversas especialidades del hospital regional de especialidades No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de Mérida, Yucatán, México. Arrojó que el 100% de los médicos residentes presentó algún grado de desgaste profesional. Se encontraron niveles altos de agotamiento emocional y despersonalización; el tipo de especialidad no influyó en la presencia del síndrome. Estudio donde se evidencian niveles altos del SB entre los médicos residentes estudiados.

### **(Balcázar- Rincón; Montejo- Fraga; Ramírez Alcántara, 2006).**

Estudio sobre este tema en un Hospital Público del Conurbano Bonaerense de Argentina, teniendo como muestra personal de las diferentes ocupaciones de la salud, con una muestra de 105 profesionales, se encontró que un 55,2% de la población estudiada presentaron un alto nivel de afectación, mientras que el 37.1% presentó niveles medios de afectación del síndrome. (Maldonado, 2011)

Igualmente en Argentina, una investigación desarrollada en enfermeras del Hospital “Dr. Emilio Vidal”, de Córdoba, evidenció en el 12,5% de los profesionales abordados, los efectos del SB. Además, se reflejó un alto nivel de incidencia de síntomas de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, con porcentajes de 36,3%, 33,6% y 21%, respectivamente. En una muestra de 110 enfermeros. Concluyendo que el cansancio emocional fue la dimensión que afectó con mayor frecuencia a la población estudiada. (Juárez, 2011)

### **1.7.3. En profesionales de la salud en Ecuador.**

El Síndrome de Burnout ha sido objeto de estudio, también en el Ecuador, trabajos desarrollados fundamentalmente por las diferentes Universidades del país y que, de una forma u otra, marcan las pautas para nuevas investigaciones tal como lo constituye la presente.

Estudio efectuado en el Hospital “Luís Vernaza”, de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, con Médicos y Enfermeras del Servicio de Anestesiología. El mismo arrojó que la mayoría de los profesionales estudiados no estaban afectados por el SB, pero si el Agotamiento emocional fue la dimensión más significativa, por su porcentaje elevado respecto a las demás. (Martínez, 2012).

Una investigación efectuada en los Hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso de la Ciudad de Cuenca, teniendo como población de estudio a Médicos Internos y Residentes, en una muestra de 182 de ellos, se muestra una prevalencia del SB, en el 41.2% y un alto nivel del mismo en el 76% de todo el grupo. (Brito, Cabrera y Cedillo, 2012).

Otro estudio realizado en el Hospital Manuel Monteros del IESS, Clínica MEDILAB y en el Hospital Militar de Ciudad Loja, con Médicos y Enfermeras. A decir del propio autor del estudio, no se reportaron resultados significativos respecto a los efectos del SB. (Gómez, 2013).

Por otro lado, se refiere un estudio más efectuado en el Hospital “Luís Vernaza”, de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, en un grupo de 13 auxiliares de enfermería de una sala. Reflejando que el 53% de la población estudiada se vio afectada por la dimensión Agotamiento emocional, el 25% por falta de Realización personal y el 22% de Despersonalización. (Quiroz, 2013).

Luego de realizar un análisis de los diferentes estudios mostrado anteriormente, se puede apreciar como coincidencia significativa a la afectación del SB en los médicos y enfermeras, independientemente de las áreas en las que trabajan. Otros de los aspectos significativos se refieren a la presencia del cansancio emocional como síntoma del SB. En otro orden, pasaremos a abordar las diferentes variables que se relacionan con el estudio del SB y que permiten lograr una mayor comprensión de este fenómeno.

#### **1.8. Variables asociadas al Síndrome de Burnout.** (citado en Ayala, 2012).

##### **Socio-demográficas y laborales.**

Las principales variables socio-demográficas son: género, edad, estado civil, cargas familiares y nivel socioeconómico; y, las variables laborales: antigüedad laboral, categoría profesional, desempeño del rol, sobrecarga laboral y objetivos profesionales.

##### **De riesgo y protectoras.**

Las variables de riesgo son: estrés laboral, acoso laboral (mobbing), absentismo, rotación, abandono del puesto y disminución de la productividad; y, entre las variables protectoras, tenemos: satisfacción con el equipo de trabajo, autonomía, participación en la toma de decisiones, éxito laboral, apoyo del supervisor, compañeros de trabajo y calidad de vida laboral.

##### **Motivación y satisfacción laboral.**

Las variables que contemplan la motivación y satisfacción laboral en el empleado, como: capacidad y conocimiento del puesto en el cual se está desempeñando, necesidad de autorrealización, satisfacción laboral, calidad de su rendimiento, buen sueldo acorde a sus funciones, capacitación, ascensos y trabajo seguro.

A continuación, se muestran algunas investigaciones relacionadas con esta temática:

Díaz y otros (2006), investigaron: "Factores demográficos y SB en practicantes de enfermería y psicología", concluyendo: "Los factores demográficos, edad, sexo y estado

conyugal son similares, no existe relación entre los factores demográficos edad, sexo y estado conyugal con las dimensiones del SB".

Rodríguez y otros (2008), estudiaron: "El SB en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la octava región, Chile", concluyendo: "se evidencia una presencia de estrés laboral crónico o SB, lo que los convierte en un grupo vulnerable dentro del ámbito asistencial, con tendencias a manifestar alteraciones físicas y psicológicas asociadas...".

Paredes y Sanabria (2008), investigaron: "Prevalencia del SB en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables socio-demográficas y laborales", concluyendo: "no se encontró ninguna relación estadística significativa entre SB y las variables socio-demográficas y laborales como la especialidad, la edad, el género, el estado civil, el número de hijos, el año de residencia cursado y el número de horas laborales por semana en el hospital".

Pereda y otros (2009), "SB en médicos y personal paramédico", concluyendo: "entre las variables que se consideraron factores de riesgo en nuestro estudio se encuentra el estado civil; asimismo, el trabajar en el turno vespertino y ofrecer sus servicios en la consulta externa, también estuvieron relacionados con mayor predisposición al SB".

Por otro lado, estudio realizado por las (Arias y Castro, 2013), titulado: "Prevalencia del Síndrome Burnout y Factores Socio-demográficos y labores, asociados a enfermeros (as) del Hospital Nacional de Niños", de Costa Rica. Arrojando que no hubo una afectación del SB en la población estudiada y como factores asociados con relación estadísticamente significativa con el riesgo al SB fueron: la percepción de conflictos personales a nivel laboral y la ausencia de enfermedad crónica.

### **1.8.2. Asociadas a la personalidad en profesionales de la salud.**

#### **Definición.**

Allport (1937) definió a la personalidad como: "aquella alineación dinámica de los sistemas psicóticos que permite establecer un modo específico de actuar y de pensar" y señala que ésta "varía de un individuo a otro ya que depende de la clase de adaptación al entorno que establezca cada persona".

### **Tipos de personalidad (personalidad positiva y de salud).**

La personalidad positiva permite que la persona mantenga un estilo de afrontamiento activo y constructivo frente a una situación difícil o estresante, es decir, que de igual manera una perspectiva positiva beneficie a la salud permitiendo una regulación óptima de la persona porque se facilitan los procesos adaptativos y de afrontamiento a cualquier situación demandante.

### **Patrones de conducta y personalidad.**

Se llama patrón de conducta y personalidad a la manera usual de manejarse en el entorno o en ciertas situaciones. Las actitudes, creencias, conductas manifiestas y rasgos de personalidad forman los patrones de conducta.

Friedman y Rosenman (1974), propusieron:

Personalidad tipo A: corresponden a personas donde sus rasgos son irritables, agresivos, hiperactivos, impacientes, impulsivos, dominantes..., por lo cual sus relaciones se tornan difíciles y hostiles.

Personalidad tipo B: corresponde a personas donde sus rasgos son calmados, estables, relajados, abiertos, pacientes, controlados..., por lo cual sus relaciones se torna fáciles y agradables.

Temoshok y Dreher (1992), propusieron:

Personalidad tipo C: corresponde a personas donde sus rasgos son introvertidas, reprimidas, obsesivas, pasivas, sumisas, conformistas, etc. y que necesitan de la aprobación de otros para realizar sus actividades.

### **Locus de control.**

Rotter (1966), “propone que el locus de control se refiere al grado con el individuo crea control de su vida y cómo los acontecimientos influyen en ella”.



Los sujetos que adjudican sus resultados a circunstancias externas son más propensos al estrés laboral, estos presentan: insatisfacción, desamparo y despersonalización; y, los que lo atribuyen a lo interno suelen percibir menos amenazas, se orientan hacia metas concretas y son más creativos por la percepción de control de la situación y el afrontamiento dirigido al problema.

A continuación, citamos algunas investigaciones al respecto:

Bencomo, Paz y Liebster (2004), investigaron: “Rasgos de personalidad, ajustes psicológicos y Síndrome de Agotamiento en personal de enfermería”, concluyendo: “existen rasgos de personalidad asociados tanto a sujetos agotados como a los no agotados”.

Cáceres (2006), investigó: “Prevalencia del SB en personal sanitario oncológico”, concluyendo: “aparecen niveles altos de cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal”.

Ortega y otros, (2007), investigaron: “El S.B en el personal médico y de enfermería, y su relación con el constructo de personalidad resistente”, concluyeron: “el modelo de personalidad resistente ejerce una influencia moduladora en los procesos de estrés y Burnout, la relación que hay entre la personalidad resistente y el Burnout fue negativa”.

Torres y Lajo (2008), investigaron: “Variables psicológicas implicadas en el desempeño laboral médico docente”, concluyeron: “la personalidad tipo A como el afrontamiento al estrés y el SB influyen significativamente en el desempeño laboral de los médicos docentes, afectando positiva o negativamente su rendimiento”.

Roth y Ointo (2010), investigaron: “SB, Personalidad y Satisfacción Laboral en Enfermeras de la Ciudad de La Paz”, concluyendo: “se hallaron asociaciones entre los componentes del SB con algunos factores de personalidad”.

### **1.8.3. Ante situaciones de estrés en profesionales de la salud.**

El estrés es sumamente dañino porque afecta el bienestar de las personas y se manifiesta con sensaciones de fatiga, cansancio, falta de concentración, afecta a la Salud Mental ya que hay ansiedad generalizada y la única forma que el organismo tiene para defenderse es provocar síntomas visibles para alertar al cuerpo a fin de contrarrestarlos con una vida sana

y equilibrada, que se enfoca en respuestas adecuadas para los desafíos del diario vivir y que están llenos de situaciones estresantes.

### **Síntomas somáticos.**

El estrés puede provocar que el cuerpo presente ciertas manifestaciones que se van intensificando y entre las cuales se pueden enumerar las siguientes: opresión en el pecho, sudor corporal excesivo o más frecuentes en ciertas partes del pecho (manos, axilas, rostro), palpitaciones, dificultad para respirar, tensión muscular, temblores corporales, falta o aumento de apetito, diarrea, fatiga, etc.

### **Ansiedad e insomnio.**

Tanto la ansiedad como el insomnio suelen ser frecuentes cuando una persona tiene estrés. Un médico o enfermera por su situación laboral de horarios y turnos rotativos, veladas, etc. no tiene hábitos regulares de sueño y puede ser una consecuencia para que se padezca de insomnio.

Álvarez y Fernández (1991), “El SB o el desgaste profesional: estudio empírico de los profesionales de Galicia del área de Salud Mental”, concluyeron: “dada la complejidad de los problemas en las estructuras de los equipos y las organizaciones, es necesario intervenir en los siguientes niveles: sobre el trabajo en red y en equipo, que implica el cuidado de la comunicación, coordinación y cooperación, así como compartir modelos mentales de la organización, situación y tarea.

Morales y otros (2004), estudiaron: “La incidencia y relaciones de la ansiedad y el SB en los trabajadores de intervención en crisis y prestación de servicios sociales”, concluyendo: “estos profesionales están cada vez más concienciados de los graves efectos del estrés sobre la salud en general y de su relación con los problemas de Salud Mental”.

Palmer y otros (2005), analizaron: “Factores de riesgo organizacionales asociados al SB en médicos anestesiólogos”, concluyeron: “en muchas ocasiones, a causa de este síndrome se llega a poner en peligro la vida de los pacientes, además de que repercute en la Salud Mental del médico anestesiólogo que lo padece”.

Esteva, M. y otros (2006), investigaron: “La Salud Mental en los médicos de familia de atención primaria de un área de Mallorca, efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo”,

concluyendo: “la salud mental de los médicos de atención primaria parece ser protegida por una mayor satisfacción laboral; sin embargo es más precaria entre los que presentan mayor estrés laboral. Estos hechos deben ser asumidos no tanto como un problema individual de los médicos, sino como un problema de toda organización sanitaria”.

Bazarra y otros (2009), abordaron: “Indicadores de Salud Mental y SB en internos rotatorios en SSn en Tepic, Nayarit”, concluyeron: “resultan realmente preocupantes los altos índices de cada una de las dimensiones que conforman al Burnout y al estado de Salud Mental de los internos, esto nos habla de que hay una gran labor a ejercer en cuanto a Salud Mental con los profesionales de la salud, la calidad de la atención que ellos proporcionan depende mucho de condiciones biopsicosociales del individuo y habrá que hacer una gran labor de prevención y atención a la salud mental”.

## **CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

## **Objetivos.**

Identificar la prevalencia del síndrome de burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización) en médicos y enfermeras de una entidad pública del cantón Balzar, provincia Guayas en el periodo 2017-2018.

## **Objetivos específicos.**

Identificar la caracterización de la muestra según las variables sociodemográficas y laborales investigadas.

Determinar las dimensiones del burnout en el grupo investigado.

Identificar el malestar emocional presente en los miembros de la muestra investigada.

Determinar los modos de afrontamiento más utilizados por los profesionales en estudio, ante situaciones estresoras.

Identificar el apoyo social que poseen los miembros de la muestra en estudio.

Identificar los rasgos de personalidad presentes en los profesionales del grupo estudiado.

## **PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN:**

¿Cuál es la prevalencia del síndrome de burnout en el grupo estudiado?

¿Cuáles características sociodemográficas y laborales se identifican en la muestra en estudio?

¿Cuál de las dimensiones del síndrome de burnout se encuentra presente en un nivel elevado?

¿Cuáles tipos de afrontamiento emplean los profesionales en estudio?

¿Cuáles son los tipos de apoyo social percibidos por los miembros de la muestra?

¿Cuáles son los rasgos de personalidad que presentan los miembros de la muestra?

## **CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN.**

Con el presente estudio se analizó a profesionales médicos y de enfermeras de una entidad de salud pública ubicada en el cantón Balzar, provincia Guayas, la cual presta servicios con calidad científica, alta tecnología y valor humano. Dicho centro ofrece servicios como: hospitalización, laboratorio, cirugía, farmacia, ginecología, psicología, consulta externa, odontología, pediatría y emergencia. Cada especialidad cuenta con los equipos y medios necesarios para brindar un servicio de calidad, además, de la adecuada infraestructura para

el desarrollo de la labor profesional, a partir de la alta preparación del personal que en este labora.

### **DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.**

El método utilizado la presente investigación fue el exploratorio, el cual consiste en examinar un tema antes no abordado o que se haya tratado en otros contextos, también analiza la información desde otras perspectivas con el fin de elaborar mejor la investigación (Hernández, 1994).

El diseño de la investigación presentó las siguientes características: *cuantitativa*, la información analizada de los instrumentos aplicados fue numérica, *no experimental* ya que no se manipularon las variables, por lo tanto se observaron los fenómenos en su ambiente real, *transaccional (transversal)* pues se analizó el nivel de las variables en un momento dado, *descriptivo* porque los temas escogidos permitió tomar la información con la que se detalló el trabajo investigativo, y *correlacional* debido a que se analizó la relación existente entre variables asociadas al fenómeno abordado.

(Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

El tipo de investigación utilizada fue descriptiva de corte transversal y correlacional, partiendo de que a través de las variables escogidas se obtuvo la información que permitió el desarrollo del estudio, esta se obtuvo en momento dado y se asociaron al SB, como aspecto estudiado.

### **MUESTRA**

La población objeto de este estudio fue el personal médico y de enfermería que realizan sus funciones en una entidad de salud pública localizada en el cantón Balzar, provincia Guayas.

La muestra se obtuvo a través de un muestreo no probabilístico y accidental, la muestra recolectora de información fueron 51 profesionales, siendo 28 médicos y 13 del personal de enfermería, luego del proceso de depuración de resultados la muestra procesadora de datos fue de 44, constituida por 26 médicos y 11 enfermeras, los que se ajustaron a los criterios de inclusión para la investigación.

El estudio se adecuó a las normas éticas respetando el acuerdo de Helsinki, se les explicó a los participantes los beneficios y la no existencia de riesgos para sus vidas, además, que se le garantizaba la total confidencialidad de los datos aportados, todos estos aspectos se

recogieron en el documento referido al Consentimiento informado que se le brindó a cada miembro de la muestra.

Criterios para la selección de la muestra:

***Criterios de inclusión:***

- Ser profesional de medicina y enfermería en ejercicio de la profesión, en la actualidad.
- Contar con 3 años como mínimo de experiencia profesional.
- Mostrar su acuerdo para participar en la investigación.

***Criterios de exclusión:***

- Ser técnico o auxiliar de enfermería/medicina.
- Mostrar desacuerdo para formar parte del estudio.

**PROCEDIMIENTOS:**

El desarrollo de esta investigación se realizó de la siguiente manera:

Se presentó la solicitud formal del permiso correspondiente a la dirección de la entidad donde se desarrolló el estudio.

Luego de la aprobación de los directivos se determinó el horario para la aplicación de las técnicas y procedimientos, seguidamente se procedió a localizar médicos/as y enfermeras para solicitar la colaboración para formar parte del estudio, explicándoseles los fines del estudio y los aspectos generales del mismo, todo reflejados en el consentimiento informado, documento que se les pidió firmar luego de su aceptación. Luego se procedió a aplicar los instrumentos empleados en la investigación.

Luego de culminar con la aplicación de las técnicas se depuraron las que no cumplían con los requisitos para su aprobación y se procesaron los datos a través del SPSS-23, trabajando con datos descriptivos y de correlación.

**INSTRUMENTOS.**

Para la recogida de la información se utilizaron los siguientes instrumentos a través de los cuales se dio cumplimiento a los objetivos propuestos para el estudio.

### **Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC.**

Tiene como objetivo la obtención de la información acerca de los aspectos sociodemográficos en la muestra, tales como el género, edad, cantidad de hijos, etnia, estado civil, ingresos mensuales, experiencia profesional, sector de trabajo, tipo de contrato, turnos, número de pacientes, recursos institucionales y clima laboral).

### **Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory) [MBI-HSS]**

El inventario de SB de Maslach [MBI-HSS] versión española de Seis dedos (1997), mediante esta técnica se analiza las tres dimensiones del SB.

- a) Agotamiento emocional (refleja el nivel de cansancio y el sujeto está exhausta por la labor que realiza).
- b) Despersonalización (evalúa niveles de distanciamiento laboral).
- c) Realización personal (muestra los niveles de satisfacción en el trabajo), este cuestionario emplea la Escala de Likert con puntaje de 0 a 6.

Este instrumento está constituido por 22 ítems: el agotamiento emocional, se valora en 9 ítems (1,2,3,6,8,13,14,16,20); la despersonalización, en 5 ítems (5,10,11,15,22) y la realización personal, compuesta por 8 ítems (4,7,9,12,17,18,19,21). Las cifras más altas son en agotamiento emocional 54, despersonalización 30 y realización personal 48. A pesar que no existen puntuaciones referidas a lo clínico para medir la presencia o no del SB se toman las puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización y los valores bajos en realización personal. (Maslach y Jackson, 1986; versión española de Seis dedos, 1997).

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

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

Este es un cuestionario auto-administrado, utilizado para conocer como la persona aprecia su condición de salud. Está estructurado por 28 ítems que permiten evaluar la existencia de problemas psiquiátricos leves y la salud mental del sujeto. Respecto a las propiedades psicométricas posee el punto de corte de 5/6 indicador de la presencia de un posible caso, sensibilidad = 84.6% y especificidad = 82% (Lobo, Pérez Echeverría y Artal, 1986), y con cifras de alfa de Cronbach de 0.89.

El instrumento evalúa por medio de cuatro sub-escalas:



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

Ansiedad: Nerviosismo, pánico, dificultades para dormir.

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

Depresión: Sentimientos de desvalorización, pensamientos de muerte.

### **Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEFCOPE).**

Este test está configurado por 28 ítems, su objetivo identificar las diferentes respuestas de la persona ante problemas estresantes y situaciones de complejas. (Vargas, Herrera, Rodríguez y Sepúlveda, 2010), los tipos de afrontamiento que se valoran a través del mismo son:

**Afrontamiento activo:** Actividades y acciones ejecutadas para solución de problemas.

**Auto distracción:** Centrarse en tareas que no permitan pensar en la situación problema y dirigir el pensamiento a otros propósitos.

**Negación:** Rechazar lo que está ocurriendo para no afrontar el problema que vivencia.

**Uso desustancias:** Tomar sustancias para evadir y no enfrentar la problemática.

**Uso de apoyo instrumental:** Busca ayuda en guías que expliquen la situación problemática por la que se encuentra atravesando.

**Desahogo:** Desahogo de los sentimientos que ha generado el problema.

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

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

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

**Aceptación:** Reconocer el problema y aceptarlo de manera tranquila.

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

**Religión:** Refugio en espiritualidad.

**Retirada de comportamiento:** Apartarse del problema, sin asumir responsabilidad dejando que se resuelva solo.

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

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

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

El cuestionario elaborado por Survey; Sherbourne y Steward, 1991; versión española Revilla, Luna del Castillo, Bailón y Medina, (2005) es auto administrado y consta de 20 ítems a través de los que se determina la extensión de la red social que posee el sujeto, emplea una escala de Likert de 5 puntos, que va de 1 (nunca) a 5 (siempre), consta de un alfa de Cronbach de 0.97 y para las subescalas entre 0.91 y 0.96.

Identifica cuatro dimensiones de apoyo social:

**Apoyo emocional:** Alguien que preste guía y consejo.

**Amor y cariño:** Demostraciones de amor, cariño y simpatía. Apoyo

**instrumental:** Alguien que presta ayuda en el hogar.

**Relaciones sociales:** La existencia de alguien para comunicarse, con quien distraerse en tiempo de ocio y brinde afecto.

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

El instrumento contiene de 24 ítems los cuales evalúan la personalidad teniendo en cuenta tres factores: neuroticismo, psicoticismo, extroversión, y sinceridad. Cuenta con un formato de respuesta de SI y NO, las puntuaciones para cada una de las subescalas son de 0 y 6, a mayor puntuación mayor es la presencia del rasgo. El alfa de Cronbach relacionado con las dimensiones es: extraversión 0.74, neuroticismo 0.78, psicoticismo 0.63 y sinceridad de 0.54 (Sandín, Valiente, Montes, Chorot y Germán, 2002)

## **CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

**Tabla 1. Características de la muestra.**

	Profesión	
	Médico	Enfermera
	N	N
Muestra Invitada	28	13
Muestra real	26	11

Elaborado por: Autora.

**Tabla 2. Características Sociodemográficas de los Profesionales de la Salud.**

	n	%	n	%
<b>Sexo</b>				
Hombre	8.0	30.8	3.0	27.3
Mujer	18.0	69.2	8.0	72.7
	26.0	70.3	11.0	29.7
Total de profesionales de la salud				
<b>Edad</b>				
<i>M</i>	34.7		31.3	
<i>DT</i>	9.7		7.4	
Max	61.0		45.0	
Min	25.0		23.0	
<b>Número de hijos/as</b>				
<i>M</i>	0.9		1.4	
<i>DT</i>	1.3		1.3	
Max	4.0		4.0	
Min	0.0		0.0	

<b>Etnia</b> Mestizo/a	23.0	88.5	10.0	90.9
Blanco/a	3.0	11.5	1.0	9.1
Afroecuatoriano/a	0.0	0.0	0.0	0.0
Indígena	0.0	0.0	0.0	0.0
 <b>Estado civil</b>				
Soltero/a	11.0	42.3	4.0	36.4
Casado/a	10.0	38.5	5.0	45.5
Viudo/a	0.0	0.0	0.0	0.0
Divorciado/a	0.0	0.0	1.0	9.1
Unión libre	5.0	19.2	1.0	9.1

---

Fuente: Cuestionario sociodemográfico AD HOC

Elaborado por: Autora.

En la tabla #2, se observa en los médicos una muestra compuesta por el 69.2% mujeres y hombres un 30.8 %, en enfermería está dividida por el 72.7% mujeres y hombres el 27.3%. El total de participantes consistió en el 70% médicos/as y el 29.7% de enfermeras/os; la edad promedio de los médicos/as, es de 34.7 años y en las enfermeras/os 31.3 años; el promedio de número de hijos en el personal médico es de 0.9, mientras que en el personal de enfermería es de 1.4; respecto a la etnia, prevalecen en ambos grupos la mestiza, siendo en los médicos/as el 88.5 % y en enfermeras/os el 90.9 %; el estado civil en los médico el 42.3 % son solteros y el 45 %de enfermeras/os son casados.

**Tabla 3. Características Laborales de los Profesionales de la Salud.**

VARIABLES	Médicos		Enfermeras	
	n	%	n	%
<b>Ingresos</b>				
<b>Mensuales</b>				
0 a 1000	6.0	23.1	7.0	70.0
1001 a 2000	11.0	42.3	3.0	30.0
2001 a 3000	9.0	34.6	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
<b>Experiencia Profesional</b>				
<i>M</i>	8.0		6.3	
<i>DT</i>	9.5		5.0	
Max	34.0		17.0	
Min	1.0		1.0	
<b>Sector en el que trabaja</b>				
Público	23.0	88.5	10.0	90.9
Privado	0.0	0.0	1.0	9.1
Ambos	3.0	11.5	0.0	0.0
<b>Tipo de Contrato</b>				
Eventual	2.0	8.0	2.0	18.2
Ocasional	15.0	60.0	6.0	54.5
Plazo fijo	1.0	4.0	1.0	9.1
Nombramiento o Servicios profesionales	5.0	20.0	2.0	18.2
	1.0	4.0	0.0	0.0

Ninguno		1.0	4.0	0.0	0.0
<b>Horas de Trabajo Diarias</b>					
<i>M</i>		11.2		11.5	
<i>DT</i>		6.5		4.5	
Max		24.0		24.0	
Min		3.0		8.0	
<b>Nº de Pacientes/Día</b>					
<i>M</i>		27.7		51.2	
<i>DT</i>		28.3		28.4	
Max		108.0		120.0	
Min		0.0		18.0	
<b>Recursos Institucionales</b>					
Totalmente	15.4	1.0			9.1
	4.0				
Mediadamente	84.6	9.0	81.8		
	22.0				
Poco	0.0	0.0	1.0		9.1
Nada	0.0	0.0			0.0
	0.0				

Fuente: Cuestionario de variables laborales AD HOC  
Elaborado

por: Autora.

Se refleja en la tabla #3 que en el personal médico el Ingreso Mensual que más predomina es la de 1001 – 2000 dólares , siendo un 42%, no así en el personal de enfermería que es de 0 – 1000 dólares, para un 70%; la Experiencia Laboral en el personal médico la media fue de 8.0 años y en enfermería 6.3 años; el Sector en el que Laboran destaca el público con el 88.5% de médicos y de enfermería el 90.9%; el Tipo de Contrato que prevaleció en ambos grupos de estudio fue el ocasional con un

60.0% en médico/as y el 54.5% en enfermeras/os; los médicos labora 11.2 Horas de Trabajo Diarias, mientras que los de enfermería trabajan 11.5 horas al día; el Promedio de Pacientes que atiende el personal de médicos/as, es de 27.7 con una atención máxima de 108 pacientes y en las enfermeras/os es de 51.2, con una atención máxima de 120; y Los Recursos necesarios que le brinda la institución a los grupos estudiados, coincidieron en que mediadamente se les provee los recursos indispensables para realizar su labor, siendo el 84.6% en médicos y el 81.8 en enfermería.

**Tabla 4. Percepción del Clima Laboral de los Profesionales de la Salud.**

		Profesión			
		Médico/a		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
¿Cuán valorado se siente por sus pacientes?	Nada	2	7.7%	0	0.0%
	Poco	2	7.7%	1	9.1%
	Bastante	12	46.2%	10	90.9%
	Totalmente	10	38.5%	0	0.0%
¿Cuán valorado se siente por los familiares de los pacientes?	Nada	1	3.8%	1	9.1%
	Poco	3	11.5%	0	0.0%
	Bastante	15	26.9%	8	72.7%
	Totalmente	7		2	18.2%
¿Cuán valorado se siente por sus compañeros de profesión?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	1	3.8%	1	9.1%
	Bastante	17	65.4%	8	72.7%
	Totalmente	8	30.8%	2	18.2%
¿Cuán valorado se siente por los directivos la institución?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	3	11.5%	1	9.1%
	Bastante	16	61.5%	6	54.5%
	Totalmente	7	26.9%	4	36.4%
¿Está satisfecho con el trabajo que realiza?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	3	11.5%	0	0.0%
	Bastante	5	19.2%	2	18.2%
	Totalmente	18	69.2%	9	81.8%
¿Está satisfecho en su interacción con los pacientes?	Nada	1	3.8%	0	0.0%
	Poco	3	11.5%	0	0.0%
	Bastante	7	26.9%	4	36.4%
	Totalmente	15	57.7%	7	63.6%
¿Está satisfecho con el apoyo brindado por parte de los directivos de la institución?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	2	7.7%	2	18.2%
	Bastante	13	50.0%	5	45.5%
	Totalmente	11	42.3%	4	36.4%



¿Está satisfecho con la Nada	0	0.0%	3.8%	0	0.0%
colaboración entre Poco	1	76.9%		0	0.0%
compañeros de trabajo? Bastante	20			9	81.8%
Totalmente	5	19.2%		2	18.2%
¿Está satisfecho con la Nada valoración	0	0.0%	global	0	0.0%
de su Poco 2 experiencia Bastante		7.7%		0	0.0%
profesional?11		42.3%		6	54.5%
Totalmente	13	50.0%		5	45.5%
¿Está satisfecho está Nada con su 1 situación		3.8%		0	0.0%
Poco económica? 4		15.4%		5	45.5%
Bastante		65.4%		5	45.5%
	17				
Totalmente	4	15.4%		1	9.1%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y clima laboral AD HOC

Elaborado por: Autora.

La tabla #4 refleja las características del clima laboral, respecto a este tema se observa que el personal médico refirió que la valoración de labor, por parte de los pacientes es bastante, para un 46.2%; la valoración por parte de los familiares es también bastante, pero el 57.7%; la valoración por parte de sus compañeros de profesión la consideran bastante en un 65.4% y por parte de los directivos se sienten bastante valorados en un 61.5%; la Satisfacción con el Trabajo que realizan mencionan totalmente satisfecho el 69.2% y el 57.7%, se encuentra totalmente satisfecho con la interacción con los pacientes; el 50% del personal médico en estudio, refirió que están bastante satisfechos con el apoyo brindado por los directivos de la institución; la colaboración con los compañeros de trabajo el 76.9% mencionó estar bastante satisfecho; y, el 50% planteó estar totalmente satisfechos con la valoración global de su experiencia profesional y el 65.4% se considera satisfecho con su situación económica.

En cuanto al personal de enfermería, se perciben bastante valorados por parte de los pacientes, el 90.9%; el 72.7% se siente bastante valorado por parte de los familiares y por sus compañeros de profesión; la valoración por parte de los directivos, el 54.5% lo percibe como bastante; totalmente satisfechos se encuentra el 81.8% con la labor que realiza y el 63.6% en la interacción con los pacientes; el 45% del grupo estudiado valora como bastante el apoyo que reciben por parte de los directivos de la institución; bastante satisfechos se encuentran el 81.8% con la colaboración de los compañeros de profesión y el 54.5% con la valoración global de su experiencia profesional; y, mientras que el 45.5% se encuentra bastante satisfecho con su situación económica y el 45.5% refiere poca satisfacción con su economía.

**Tabla 5. Resultados de las Dimensiones del Burnout en los Profesionales de la Salud.**

		Profesión			
		Médico		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Agotamiento emocional	Bajo	14	53.8%	8	72.7%
	Medio	7	26.9%	3	27.3%
	Alto	5	19.2%	0	0.0%
Despersonalización	Bajo	16	61.5%	8	72.7%
	Medio	8	30.8%	2	18.2%
	Alto	2	7.7%	1	9.1%
Realización personal	Bajo	17	65.4%	6	54.5%
	Medio	4	15.4%	1	9.1%
	Alto	5	19.2%	4	36.4%

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

Elaborado por: Autora.

Se destaca el 19.2 % de los médicos con un alto nivel de Agotamiento Emocional; en cuanto a la Despersonalización el 9.1% se observó en las enfermeras, un 7.7 % en los médicos; y, la Realización Personal se evidenció un nivel bajo en el 65.4% de los médicos y el 54.5% en las enfermeras.

**Tabla 6. Resultados de los casos de Burnout en los Profesionales de la Salud.**

		Profesión			
		Médico		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Burnout	No presencia	26	100.0%	11	100.0%
	Presencia	0	0.0%	0	0.0%

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

Elaborado por: Autora.

Según los resultados obtenidos no se manifestó la presencia de Burnout en los grupos estudiados.

**Tabla 7. Malestar Emocional de los Profesionales de la Salud.**

		Profesión			
		Médico		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Síntomas Somáticos	No caso	15	57.7%	10	90.9%
	Caso	11	42.3%	1	9.1%
Ansiedad	No caso	22	84.6%	11	100.0%
	Caso	4	15.4%	0	0.0%
Disfunción Social	No caso	25	96.2%	11	100.0%
	Caso	1	3.8%	0	0.0%
Depresión	No caso	25	96.2%	11	100.0%
	Caso	1	3.8%	0	0.0%

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

En la tabla anterior se destaca el grupo de médicos con la presencia de 11 casos con Síntomas Somáticos representando un 42.3 % de la muestra.

**Tabla 8. Estrategias de Afrontamiento de los Profesionales de la Salud.**

	Profesión							
	M	Médico			Enfermero/a			
		DT	Máx.	Mín.	M	DT	Máx.	
<u>Mín.</u>								
Auto distracción	2.2	1.8	5.0	.0	<b>3.4</b>	1.0	5.0	2.0
Afrontamiento activo	<b>3.0</b>	1.9	6.0	.0	<b>3.4</b>	1.1	5.0	2.0
Negación	0.8	1.3	5.0	.0	1.2	1.8	5.0	.0
Uso de sustancias	0.2	.7	3.0	.0	.7	1.1	3.0	.0
Apoyo emocional	1.1	.9	3.0	.0	1.6	1.1	3.0	.0
Apoyo instrumental	1.6	1.5	5.0	.0	.9	.9	2.0	.0
Retirada de comportamiento	0.4	.6	2.0	.0	.3	.5	1.0	.0
Desahogo	1.2	1.4	4.0	.0	.6	.8	2.0	.0
Replanteamiento positivo	2.8	2.0	6.0	.0	2.3	1.6	5.0	.0

Planificación	2.7	2.1	6.0	.0	1.9	1.4	4.0	.0
Humor	1.3	1.2	4.0	.0	.7	1.2	4.0	.0
Aceptación	2.3	2.0	6.0	.0	<b>3.1</b>	1.9	6.0	.0
Religión	1.8	2.2	6.0	.0	2.9	2.2	6.0	.0
Culpa de sí mismo	1.4	1.4	5.0	.0	1.0	1.2	3.0	.0

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

Elaborado por: Autora.

En la tabla # 8, se reflejan como Estrategias de Afrontamiento más significativas en las enfermeras: la Auto distracción con una media de 3.4; el Afrontamiento Activo con 3.4 y la Aceptación con 3.1 como media; mientras que, en el personal médico se destaca el Afrontamiento Activo con una media de 3.0.

**Tabla 9. Percepción del Apoyo Social de los Profesionales de la Salud.**

	Profesión							
	Médico				Enfermero/a			
	<u>M</u>	<u>DT</u>	<u>Máx.</u>	<u>Mín.</u>	<u>M</u>	<u>DT</u>	<u>Máx.</u>	<u>Mín.</u>
Apoyo emocional	<b>88.6</b>	12.6	100.0	60.0	<b>82.7</b>	11.8	100.0	57.5
Apoyo instrumental	84.8	14.2	100.0	45.0	82.5	17.5	100.0	55.0
Relaciones sociales	<b>87.9</b>	16.1	100.0	35.0	<b>85.0</b>	12.2	100.0	55.0
<u>Amor y cariño</u>	<b>92.8</b>	<u>12.4</u>	100.0	60.0	<b>92.0</b>	17.2	100.0	46.7

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

Elaborado por: Autora.

Se refleja en la tabla anterior la Percepción del Apoyo Social, resaltando como media alta el Amor y Cariño, siendo en los médicos el 92.8 y el 92.0 en enfermería; luego el Apoyo Emocional con 88.6 y el 82.7 en médicos y enfermeras, respectivamente; seguidamente las Relaciones Sociales con 87.9 en los médicos y 85.0 en enfermeras; por último, se destaca el Apoyo Instrumental con una media de 84.8 los médicos y en las enfermeras 82.5.

**Tabla 10. Rasgos de Personalidad de los Profesionales de la Salud.**

	Profesión							
	Médico				Enfermero/a			
	<u>M</u>	<u>DT.</u>	<u>Máx.</u>	<u>Mín.</u>	<u>M</u>	<u>DT.</u>	<u>Máx.</u>	<u>Mín.</u>
Neuroticismo	1.5	1.4	4.0	.0	.9	1.0	3.0	.0

Extroversión	<b>4.4</b>	2.2	6.0	.0	<b>5.2</b>	.8	6.0	4.0
Psicoticismo	2.0	0.9	4.0	.0	2.0	.6	3.0	1.0

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

Elaborado por: Autora.

En la tabla # 10, se refleja como Rasgo de Personalidad con la media más alta la Extroversión, siendo 5.2 en las enfermeras y el 4.4 en los médicos; le sigue el Psicoticismo con 2.0 para los dos grupos en estudio; y finalmente, el Neuroticismo con una media en los médicos de 1.5 y 0.9 en las enfermeras.

## DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

El objetivo general de la presente investigación consistió en identificar la prevalencia del Síndrome Burnout y sus dimensiones, en médicos y enfermeras de una institución pública del Cantón Balzar, provincia Guayas.

En la presente investigación no existió prevalencia del Síndrome Burnout (SB), teniendo en cuenta que no se reportó ningún caso en el grupo estudiado. Resultados que coinciden con otros trabajos realizados en el Ecuador en grupos similares de profesionales (Martínez, 2012; Gómez, 2013). Comentar que ha sido una tendencia en el Ecuador a no existir una alta prevalencia SB, a diferencia de otros países europeos y en Latinoamérica, aspecto en el cual hay que continuar profundizando en próximos proyectos investigativos, lo cual puede estar mediado por el papel de la cultura u otros fenómenos a nivel organizacional y social, que estén funcionando adecuadamente, partiendo de que estos aspectos se tienen en cuenta para la prevención del SB, según el Modelo Etiológico de Winnubst (1993).

El primer objetivo específico fue identificar las características sociodemográficas y laborales en la muestra analizada, se puede referir que corroboran los resultados obtenidos respecto a la prevalencia del SB, partiendo de que no se encontró riesgos para la aparición de esta patología. Lo que coincide con investigación similar realizada por (Díaz y otros, 2006). No obstante, en la muestra se reflejó el predominio del sexo femenino en ambos grupos (médicos y enfermeras), variable que según la literatura revisada, se destaca como la más propensa al SB. Respecto a lo laboral, el grupo de indagado no arroja parámetros negativos, reflejando satisfacción con los aspectos valorados y adecuada percepción del clima organizacional en que se desempeñan. Estudio realizado por (Paredes y Sanabria, 2008) en médicos, coinciden con los resultados de la presente investigación en este sentido. Estos datos nos conlleva a argumentar, con lo citado en nuestro marco teórico, donde se refiere que las variables que contemplan la motivación y satisfacción laboral en el empleado, como: capacidad y conocimiento del puesto en el cual se está desempeñando, necesidad de autorrealización, satisfacción laboral, calidad de su rendimiento, buen sueldo acorde a sus funciones, capacitación, ascensos y trabajo seguro. (Citado en Ayala, 2012).

El segundo objetivo específico correspondió a las dimensiones del SB, se manifestaron resultados que corroboran los expuestos respecto a la prevalencia del SB, evidenciándose: a) solo un 19% de agotamiento emocional en el grupo de los médicos, b) la realización

personal se manifestó en un nivel bajo, con un 65.4% en médicos y en enfermería un 54.5% y, c) el malestar emocional, la presencia de síntomas en el personal médico de una manera significativa, no así en las enfermeras, reflejando síntomas somáticos el 43% de los primeros y en un menor por ciento la ansiedad en este mismo grupo. Una vez más en el personal médico de una forma u otra se presentan síntomas asociados al SB, reflejado en diferentes estudios, ejemplo de ello el realizado por los realizados en Chile por (Balcázar-Rincón; Montejó- Fraga; Ramírez Alcántara, 2006). Aunque podemos argumentar que es de conocimiento que no es un solo aspecto que se tiene en cuenta para el diagnóstico de esta patología, pero es un elemento a valorar en el trabajo dirigido a mantener una adecuada salud mental en este personal y la intervención propiamente dicha.

En el tercer objetivo específico se relacionó con los modos de afrontamiento más empleados por los profesionales de la muestra, se destacan en los médicos el afrontamiento activo con una media de 3.0 y en enfermería se presentaron este (afrontamiento activo) y la autodistracción con una media de 3.4 y la aceptación con una media de 3.1. Resultados apuntan a que los miembros de los subgrupos señalados presentan características de personalidad que favorecen el adecuado afrontamiento a las situaciones de estrés y mostrando además mecanismos asertivos en el proceso de adaptación al medio laboral. Deducciones que difiere con el estudio realizado por (Ortega y otros, 2007), donde la relación de una personalidad resistente y el SB, resultó ser negativa o no favorecedora.

Y, el cuarto objetivo específico consistió en identificar el apoyo social en el grupo estudiado, de lo que se destaca la dimensión amor y cariño en los dos subgrupos investigados, con una media de 92.0, seguida de apoyo emocional en los médicos 88.6 y las relaciones sociales 85.0, en el de enfermería. Cifras que demuestran que el apoyo social que reciben los miembros de ambos grupos de estudio juega un papel importante en el afrontamiento a los eventos que generan estrés en el medio laboral y en la prevención de enfermedades. Resultados que concuerdan con el estudio realizado por (Gómez, 2013); donde solo se reflejó diferencia en una dimensión en los médicos (apoyo instrumental). Por otro lado, se ha podido constatar en la bibliografía revisada, que el apoyo social que recibe el trabajador ya sea de sus compañeros y jefes directos o por otra parte familiares, amigos u otros, influyen en el rendimiento y estabilidad laboral de trabajador, a su vez la falta de apoyo o percepción inadecuada del mismo genera actitudes negativas en la prestación del servicio, agotamiento emocional, baja realización y otras dimensiones que aumentan la probabilidad de un SB en el trabajador.

Para cerrar este apartado, vale la pena señalar que la personalidad juega un papel importante en todo proceso donde forme parte el ser humano, respecto a los rasgos

identificados en el grupo de estudio se evidencia la extroversión, con medias de 5.2 en enfermería y 4.4 en los médicos. Lo que coincide también con la investigación ya referida de (Gómez, 2013), donde arrojó medias altas en este rasgo y bajas en las otras características que se evalúan su presencia. Es así que muestras similares reflejan la asociación de los rasgos de personalidad y SB [(Bencomo, Paz y Liebster; 2004) y (Roth y Ointo; 2010)]. Teniendo en cuenta que la personalidad positiva permite que la persona mantenga un estilo de afrontamiento activo y constructivo frente a una situación difícil o estresante, es decir, que de igual manera una perspectiva positiva beneficie a la salud permitiendo una regulación óptima de la persona porque se facilitan los procesos adaptativos y de afrontamiento a cualquier situación demandante. (Allport 1937, citado en Ayala, 2012).



## CONCLUSIONES.

Luego de haber desarrollado la presente investigación podemos arribar a las siguientes conclusiones:

El estudio no arrojó prevalencia del Síndrome Burnout (SB), teniendo en cuenta que no se reportó ningún caso en el grupo estudiado.

En cuanto a las características demográficas de la muestra, no se encontró riesgos de estas para la presencia del SB.

Respecto a las variables laborales, no arrojó parámetros negativos, reflejándose en el grupo satisfacción y motivación en la labor que desempeñan.

En las dimensiones del SB, se presentó de manera significativa la baja realización personal, en ambos subgrupos: siendo en médicos el 65.4% y en enfermeras el 54.5%.

Resultó ser significativo el malestar emocional en el subgrupo de los médicos, con la presencia de síntomas somáticos en un 43%.

En lo referente al afrontamiento, las medias con mayores escalas fueron el afrontamiento activo en ambos subgrupos y solo en las enfermeras la autodistracción y la aceptación

El apoyo social que más se evidenció en el grupo estudiado fue la dimensión amor y cariño.

Y, el rasgo de personalidad que más sobresalió en ambos subgrupos fue la extroversión.

## **RECOMENDACIONES.**

Se recomienda a la dirección de la institución de salud, que la presente investigación constituya un punto de partida para la realización de otros estudios relacionados con esta u otras temáticas referente al fenómeno del burnout, con la finalidad de determinar la existencia de esta patología periódicamente.

Recomendamos a la UTPL de Loja, se encargue de instrumentar, en cursos venideros, los trabajos investigativos que den cumplimiento a la recomendación anterior, lo que favorecería el desarrollo del potenciar investigativo del centro de estudio.

Al departamento de Recursos Humanos, se sugiere que tenga en cuenta los resultados obtenidos en el estudio para desarrollar estrategias de intervención dirigidas a potenciar los aspectos positivos identificados en la muestra, como son los tipos de afrontamiento, el apoyo social, la motivación y otros, con el apoyo del psicólogo de la institución de salud.

Se recomienda al departamento de Recursos Humanos, valore los aspectos aislados que se identificaron: baja realización y síntomas somáticos, con la finalidad de prevenir la aparición de esta u otra patología en el personal del centro.

Se le sugiere al departamento de Psicología capacitar al personal de la institución en el enfrentamiento a las situaciones de estrés, en cuanto al fortalecimiento de las relaciones interpersonales y a la promoción de salud. Todo esto con el fin de promover en ambiente laboral favorable y el crecimiento personal de cada individuo.

## BIBLIOGRAFÍA.

Alcover de la Hera C., Moriano León J., Osca Segovia A., y Topa Cantisano G (2012) *Psicología del Trabajo*, Madrid, Librería Uned.

Álvarez y Fernández, (1991). El síndrome de burnout o el desgaste profesional (1): Revisión de estudios. *Revista de la Asociación Especializada de Neuropsiquiatría*. Vol. 11, núm. 33.

Andrade, L. (2016). *Guía didáctica Seminario de fin de titulación*. Loja: Ediloja.

Barrios Gallegos E., Robles Águila C., y García Cruz, C., (2012) *Causas del Síndrome de Burnout. "Prevención mediante una plataforma moodle" Los Galácticos Universidad Interamericana para el desarrollo*".

Confederación de empresarios de Málaga CEM, *Guía de prevención de riesgos psicosociales en el trabajo* (2013) España, Unidad CEM.

El-Sahili González, Luis. (2015) *Burnout Consecuencias y Soluciones*, México Ed. El Manual Moderno.

Estrés Laboral. [www.estreslaboral.info](http://www.estreslaboral.info), (2017).

Gómez, (2013). Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital Manuel Ignacio Monteros del IEES, clínica Medilab y Hospital Militar (Trabajo de titulación). UTPL de Lojas.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucia, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.

López et al. (2005). Prevalencia del síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud pediátrica. Barcelona. Recuperado de <https://solar.google.com>

Malash C. Burnet-out. *Human Behavior*. (1976).

Mansilla Izquierdo, (2012) Fernando, *Manual de Riesgos Psicosociales en el trabajo: Teoría y Práctica*, EAE – España.

<http://www.monografias.com/trabajo38/sindrome-burnout/sindormeburnout2.shtml>

Quiroz (2013). Estudio del Síndrome Burnout en Auxiliares de enfermería del Hospital Luís Vernaza. Guayaquil.

Saborio L. e Hidalgo LF, (2015). Síndrome de Burnout (revisión bibliográfica). Recuperado de [www.scielo.sa.cr](http://www.scielo.sa.cr)

Soto Cárdenas Teresa Viviana (2017). Identificación del Burnout en profesionales de la salud en una Institución de salud pública, ubicada en la zona 1 al norte de la ciudad de Otavalo.

Universidad del Norte, Revista "Psicología desde el Caribe" vol 33, N°1, Enero – Abril 2016, La Investigación sobre el Síndrome de Burnout en Latinoamérica entre 2000 y 2010. Colombia Ed. Universidad del norte. Extraído de [http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/6442/80\\_65](http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/6442/80_65)

## **ANEXOS**