



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

*La Universidad Católica de Loja*

**ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA**

**TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

Identificación del Burnout en una muestra de enfermeras en dos entidades de salud del norte y sur de la ciudad de Quito durante el año 2018.

**TRABAJO DE TITULACIÓN**

**AUTORA:** Gudiño Bonilla, Katerine Tatiana

**DIRECTORA:** Ramírez Zhindón, Marina del Rocío

**CENTRO UNIVERSITARIO QUITO**

**2018**



*Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NC-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>*

*Loja, septiembre del 2018*

## **APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

Ph.D.

Marina del Rocío Ramírez Zhindón.

### **DOCENTE DE LA TITULACIÓN**

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: Identificación del Burnout en una muestra de enfermeras en dos entidades de salud del norte y sur de la ciudad de Quito durante el año 2018, realizado por: Katerine Tatiana Gudiño Bonilla, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, Septiembre de 2018.

f) .....

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo Gudiño Bonilla Katerine Tatiana, declaro ser autora del presente trabajo de titulación: Identificación del Burnout en una muestra de enfermeras en dos entidades de salud del norte y sur de la ciudad de Quito durante el año 2018, siendo Marina del Rocío Ramírez Zhindón director (a) del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además, certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

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

f. ....

Autor: Gudiño Bonilla Katerine Tatiana

Cédula: 1720103033

## **DEDICATORIA**

A pesar de que la vida me llevó por otros rumbos y el arte es una parte fundamental en mi vida, siempre tuve claro mis objetivos y metas. Es por ello que me dedico este trabajo a mí misma, a mi esfuerzo y mi tenacidad para culminar con éxito este proceso de formación.

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero agradecer a Edmundo Gudiño por haber confiado en mí y por brindarme su apoyo como padre y madre a la vez, gracias a ti me convertí en la profesional que soy hoy.

Agradezco el presente trabajo a mi tutora Marina del Rocío Zhindón que me demostró que aún existen profesores comprometidos con su trabajo. Gracias por su disponibilidad, su tiempo y su dedicación a los estudiantes.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA .....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA .....	iv
AGRADECIMIENTO .....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
RESUMEN.....	1
ABSTRACT .....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPITULO I. MARCO TEÓRICO.....	5
1.1 Conceptualización del Burnout.....	6
1.2. Evolución de las definiciones del Burnout desde 1970 hasta la actualidad.....	7
1.2.1 Definiciones de las décadas de 1970.....	7
1.2.2. Definiciones en la década de 1980. ....	9
1.2.3. Definiciones en la década de 1990. ....	12
1.2.4. Definiciones en la década del 2000.....	14
1.2.5. Definiciones vigentes del síndrome de Burnout.....	15
1.2 Fases del Burnout. ....	17
1.2.1. Edelwich y Brodsky (1980).....	17
1.2.1. Cherniss (1980). ....	17
1.2.2. Price y Murphy (1984).....	18
1.2.3. Fidalgo (2006).....	18
1.3. Modelos explicativos del Síndrome de Burnout. ....	18
1.3.1 Modelos basados desde la teoría Sociocognitiva.....	19
1.3.2. Modelo de competencia social de Harrison.....	19
1.3.3. Modelo de autoeficacia de Cherniss. ....	20
1.3.4. Modelo de Pines. ....	20
1.3.5. Modelo de autocontrol de Thompson, Page, Cooper. ....	21
1.3.6. Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social.....	21
1.3.7. Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli. ....	21
1.3.8. Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freedy. ....	22
1.3.9. Modelos Desarrollados desde la Teoría organizacional. ....	22
1.3.10. Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter.....	22

1.3.11. Modelo de Winnubst. ....	23
1.3.12. Modelo de Cox, Kuk y Leiter. ....	24
1.3.13. Modelo Tridimensional de MBI- HSS (Maslach y Jackson). ....	24
1.3.14. Modelo de Edelwich y Brodsky. ....	24
1.3.15. Modelo de Price y Murphy.....	25
1.3.16. Modelo de la Teoría Estructural de Gil Monte. ....	25
1.4 Consecuencias del Burnout.....	26
1.4.1. Consecuencias del burnout en profesionales de la salud.....	26
1.4.2. Consecuencias del Burnout en la salud. ....	27
1.4.3. Consecuencias del Burnout en el trabajo.....	28
1.4.4. Consecuencias del Burnout en la familia.....	29
1.5 Prevalencia del burnout.....	31
1.6 Importancia del estudio del Burnout en profesionales de enfermería.....	32
1.7. Variables asociadas de Burnout. ....	34
<b>CAPÍTULO II.METODOLOGÍA</b> .....	<b>37</b>
2.1. Objetivos .....	38
2.1.1. Objetivo general.....	38
2.1.2. Objetivos Específicos.....	38
2.1.3. Preguntas de Investigación.....	38
2.2. Contexto.....	39
2.3. Diseño de Investigación. ....	41
2.4. Muestra. ....	41
2.5. Criterios considerados para seleccionar la muestra fueron. ....	41
2.6. Procedimiento. ....	42
2.7. Instrumentos. ....	43
2.7.1. Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC. ....	43
2.7.2. Inventario de Burnout de Maslach.....	43
2.7.3. Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28).....	44
2.7.4. Escala multidimensional de evaluación de los estilos de afrontamiento BRIEF COPE .....	44
2.7.5. Cuestionario MOS de apoyo social.. ....	45
2.7.7. Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A.....	46
<b>CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE DATOS</b> .....	<b>47</b>
<b>CAPÍTULO IV.DISCUSIÓN</b> .....	<b>56</b>
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>62</b>
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	<b>63</b>



BIBLIOGRAFÍA.....	64
ANEXOS.....	74

## RESUMEN

La presente investigación se centra en el estudio de la prevalencia del Burnout en enfermeras. Las siguientes paginas describen el síndrome desde sus fundamentos teóricos hasta la aplicación de los mismos en dos entidades de salud ubicadas al sur y norte de la ciudad de Quito en el año 2018. Se puede definir al Burnout como un conjunto de síntomas negativos que se presentan en el ámbito laboral cuando el profesional se encuentra expuesto a situaciones estresantes. El objetivo principal fue Identificar la prevalencia del Síndrome de Burnout y sus tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Para cumplir con dicho objetivo se contó con la colaboración de 35 profesionales en enfermería a quienes se les aplicó seis baterías psicológicas. Los resultados que se obtuvieron revelaron que el 2,9% de los evaluados evidencian la presencia del Burnout, el 37,1% evidencia un nivel alto de agotamiento emocional, el 17,1% un nivel alto de despersonalización y 25,7% un nivel bajo realización personal.

**PALABRAS CLAVE:** Burnout, fundamentos teóricos, agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal, profesionales en enfermería.

## **ABSTRACT**

The present investigation focuses on the study of the prevalence of Burnout in nurses. The following pages describe the syndrome from its theoretical foundations to the application of these in two health entities located south and north of the city of Quito in 2018. Burnout can be defined as a set of symptoms negative ones that appear in the workplace when the professional is exposed to stressful situations. The main objective was to identify the prevalence of Burnout Syndrome and its three dimensions: emotional exhaustion, depersonalization and low personal fulfillment. To fulfill this objective, we counted on the collaboration of 35 nursing professionals who were given six psychological batteries. The results that were obtained revealed that 2.9% of those evaluated showed the presence of Burnout, 37.1% evidenced a high level of emotional exhaustion, 17.1% a high level of depersonalization and 25.7% a level under personal fulfillment.

**KEY WORDS:** Burnout, theoretical foundations, emotional exhaustion, depersonalization, low personal fulfillment, nursing professionals.

## INTRODUCCIÓN

El Burnout es un tipo de malestar psíquico, físico y emocional que se produce principalmente en profesionales dedicados a la atención de otras personas. El estudio del síndrome ha evolucionado a lo largo de los años y se ha enriquecido de las investigaciones que diversos autores han realizado motivados por la preocupación ante las consecuencias del estrés laboral. Gil-Monte (2011) define al Burnout como el Síndrome de quemarse por el trabajo (SQT), según este autor es una experiencia subjetiva ante el estrés laboral crónico que comprende pensamientos, emociones y actitudes negativas ante el trabajo.

En el Capítulo uno se recopiló la información de varios autores dedicados al estudio del Burnout desde la década de los 70 hasta la actualidad, se abordan temas relacionados al Burnout como su definición, causas, fases, modelos, consecuencias, prevalencia, importancia y variables. Uno de los pioneros en el estudio del Burnout es Freudenberger (1974), a partir de ahí son varios los y las investigadores/as preocupados por el tema, entre los más importantes están: Maslach (1976), Edelwich y Brodsky (1980), Maslach y Jackson (1981), Pines, Aronson y Kafry (1981), Leiter (1992), Cox, Kuk y Leiter (1993), Peiró (1993), Cherniss (1993), Maslach, Schaufeli y Leiter (2001).

Gracias al aporte de todos los autores nombrados se puede definir al burnout como: Un conjunto de síntomas negativos que el individuo experimenta y que van evolucionando en diferentes etapas. Este proceso genera malestar en el individuo y se presenta cuando el profesional se encuentra expuesto a situaciones estresantes dentro de su área de trabajo habitual, dando como consecuencia un sin número de alteraciones físicas, psíquicas y emocionales tanto en la institución donde labora como en la vida personal.

La importancia de estudiar el síndrome se debe a las exigentes demandas laborales que los profesionales de la salud deben sobrellevar a causa de la complejidad que implica manejar cuadros patológicos cercanos a la muerte y a la inmensa responsabilidad que produce el tomar decisiones en relación a la vida de las personas.

El Capítulo dos explica la metodología utilizada en la investigación, el objetivo principal es: Identificar la prevalencia del Síndrome de Burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal). Para cumplir con este objetivo se coordinó con las autoridades de dos Hospitales al norte y sur de la

ciudad de Quito en el año 2018 para aplicar seis baterías psicológicas a una muestra de 40 enfermeras de las cuales 35 cumplieron con los criterios de inclusión.

Los objetivos específicos están relacionados con: recolección de datos sociodemográficos, identificación de las tres principales dimensiones del Burnout (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal), conocer el malestar emocional, identificar los mecanismos de afrontamiento, conocer el apoyo social y saber cuáles son los rasgos de personalidad de los individuos evaluados.

Las baterías aplicadas fueron: Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC, Inventario de Burnout de Maslach [MBI-HSS], Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28), Escala multidimensional de evaluación de los estilos de afrontamiento (BRIEF COPE), Cuestionario MOS de apoyo social, Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A. El diseño de la investigación es: cuantitativa, no experimental, transversal, exploratoria y correlacional.

En el Capítulo tres se realizó el análisis de datos, para ello se tabularon los resultados obtenidos y se organizaron en tablas donde se colocaron los datos más relevantes. En este apartado se da respuesta a los objetivos planteados, se encontró que el 2,9% de los evaluados presentan el síndrome, también se logró conocer los niveles en las dimensiones del Burnout, el malestar emocional de los evaluados, estilos de afrontamiento, apoyo social y rasgos de personalidad.

En el Capítulo cuatro se encuentra la discusión, las conclusiones y las recomendaciones. La elaboración de estos tres apartados se hizo en base al análisis de los resultados y su relación con los objetivos y el marco teórico. Con respecto a las facilidades al momento de realizar la investigación sin duda el apoyo de la tutora responsable fue de gran ayuda, la profesora se mantuvo al tanto y le dio seguimiento constante al proceso. Entre las dificultades están la falta de disponibilidad de los profesionales de enfermería evaluados, aunque se obtuvo la colaboración solicitada por parte de los mismos fue difícil acoplarse a su horario y sus condiciones de trabajo.

**CAPÍTULO I**  
**MARCO TEÓRICO**

## **1.1 Conceptualización del Burnout.**

A lo largo de la historia el concepto de burnout ha sido definido desde varias perspectivas. Todas las conceptualizaciones se relacionan con el malestar que el profesional experimenta en el desempeño de sus labores. En este contexto, existen tres grupos en los que se clasifican las diferentes denominaciones. El primer grupo relacionado con los conceptos basados en la traducción al español del término Burnout. En el segundo grupo están los que incluyen el contenido semántico de la palabra o de la patología y el tercer grupo con las denominaciones que definen al síndrome como sinónimo de estrés laboral (Gil-Monte y Moreno, 2007).

Gil-Monte (2003) realiza una agrupación acertada de los autores que plantean sus supuestos desde los tres grupos mencionados. En el primer grupo, por ejemplo, se pueden evidenciar conceptualizaciones como: “Síndrome de quemarse por el trabajo” de Gil-Monte y Peiró (1999), o “Síndrome de estar quemado” de Da Silva, Daniel y Pérez (1999). En el segundo grupo se encuentran denominaciones como: “Desgaste profesional” de Prieto et al. (2002) o “Agotamiento laboral” de Manassero et al. (1998). Por último, en el tercer grupo hay concepciones como: “Estrés crónico laboral asistencial” de Manzano (2001), o “Estrés profesional” de Aluja (1997).

Gil-Monte (2003), también sugiere que se utilice una denominación en común y se deje de lado las conceptualizaciones alternas. En este sentido, propone que se utilice el término “Síndrome de quemarse por el trabajo”. Esta concepción entraría dentro del primer grupo por su traducción al español de “Burnout Syndrome”.

Sin duda, son varias las definiciones del Burnout, muchas de ellas parten de su etimología, sus características o su traducción al español. Como se puede observar, de manera general, existe un desacuerdo al momento de coincidir sobre el concepto del síndrome, dicha discrepancia se puede evidenciar en cada perspectiva y modelo que nace desde la década de los setenta hasta la actualidad.

La recopilación de propuestas teóricas nos muestra que, a pesar de la insistencia de algunos autores por llegar a un acuerdo en la conceptualización del Burnout, aún no existe un consenso general. Este punto se puede explicar por el hecho de que el síndrome es un problema social y que el Burnout se ha tenido que adaptar a las necesidades actuales de la colectividad. Hay que tomar en cuenta que la sociedad en la que vivimos es dinámica y se actualiza constantemente sobre todo en el ámbito

laboral el que se encuentra directamente influenciado por la tecnología, la globalización, las nuevas reformas laborales, las innovaciones en capital humano, entre otros.

Es importante recalcar el hecho de que, si bien los diferentes conceptos sobre Burnout difieren entre sí, también todos se encuentran relacionados en temas comunes sobre desgaste en el entorno laboral, agotamiento personal y estrés. Como veremos en las páginas siguientes el síndrome se desarrolla alrededor de estos conceptos tomando en cuenta causas, efectos, sintomatología y consecuencias.

Para la presente investigación sobre prevalencia del Síndrome de Burnout en enfermeras se considera como una de las autoras más relevantes a Maslach y Jackson (1981) y su clasificación tridimensional: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Asimismo, se considera como referente la investigación de Moreno, Garrosa y González (2000) sobre el desgaste profesional de enfermería ya que nos abre un campo de posibilidades por las que esta profesión es especialmente vulnerable a padecer del síndrome. Estos autores definen a la enfermería como un trabajo altamente estresante debido a las constantes demandas por parte de los pacientes y el alto grado de responsabilidad que poseen al trabajar con la vida de las personas.

## **1.2. Evolución de las definiciones del Burnout desde 1970 hasta la actualidad.**

### **1.2.1 Definiciones de las décadas de 1970.**

En esta década el término Burnout se vuelve novedoso y aparecen muchos aportes para definirlo. La falta de un marco teórico sustentado científicamente produce un aumento de teorías para intentar precisar los criterios del síndrome.

Estos primeros intentos por definir el síndrome abren el campo de estudio para las variadas investigaciones que se presentaron en los años posteriores. Los autores en esta década permiten darle un nombre a la serie de fenómenos observados y demostrar la importancia del estudio en cuanto a las repercusiones físicas y psicológicas que trae consigo el síndrome.

En este contexto, Freudemberger (1974) psiquiatra francés, es el primero en utilizar el término Burnout. Dicho autor comienza a analizar la falta de motivación y el deterioro en



la atención médica por parte de los jóvenes voluntarios de las "Free Clinic" o clínicas libres que proliferaron en EE. UU en aquella época. Dichos centros de salud se caracterizaban por brindar asistencia sanitaria a pacientes ambulatorios con cuotas nominales o sin costo.

Freudenberger (1974), define al Burnout como un desgaste energético del trabajador en condiciones donde se manejan problemas de otras personas y que están relacionados con el estrés laboral, la sobrecarga de trabajo, la falta de recursos personales y la pérdida de fuerza espiritual. Estos factores causarían una sensación de fracaso y una existencia agotada.

Otra de las pioneras en el estudio del Burnout es la psicóloga estadounidense Maslach (1976). Esta autora afirma que el síndrome se presenta a causa del desgaste emocional debido a no poder cumplir con las exigencias del medio. Maslach explica que es la "pérdida de responsabilidad profesional". Sus investigaciones se basan en las demandas emocionales dentro del trabajo. Concluye afirmando que estas demandas son las principales responsables del sentimiento de fracaso del trabajador.

Ahora bien, en esta década las definiciones fueron variadas y diversas. Por ejemplo, Bloch (1976) lo define como un tipo de conducta cínico caracterizado por comportamientos sarcásticos, burlones e irónicos. Seiderman (1978) define al Burnout como una pérdida de energía positiva, de flexibilidad y de acceso a los propios recursos. Pines y Kafry (1978) explican que es una sensación de agotamiento físico, emocional y actitudinal presente en los profesionales relacionados con la salud que se encuentran constantemente bajo presión emocional.

Maslach (1978) se dedicó a identificar las principales características del síndrome en trabajadores de salud, gracias a sus investigaciones podemos afirmar que los profesionales que padecen de esta afección son individuos que ejercen su labor en las áreas sociales. Estas personas se encuentran expuestas al estrés derivado de medios laborales donde se brinda atención humana. La autora afirma que estos profesionales tienen un contacto diario con otras personas que requieren de sus servicios, y por ende desarrollan mayor vulnerabilidad a padecer el síndrome y que además son víctimas del fracaso percibido.

Kobasa (1979) identifica una característica de personalidad importante denominada "hardiness" o "personalidad resistente". Este rasgo de personalidad implica una

respuesta positiva a las situaciones estresantes caracterizada por el compromiso, el control y el reto. Este planteamiento genera los cimientos para los futuros estudios sobre resiliencia.

Desde una perspectiva más general, se puede afirmar que las condiciones de trabajo en distintos lugares del mundo en el siglo XIX y XX no fueron las mejores, de ahí que se hayan generado varias revoluciones laborales, por ejemplo, el movimiento obrero. En consecuencia y en base a la reivindicación de los trabajadores se comienza a dar un aumento en la importancia del capital humano, una evidencia de esta transformación es el cambio que se produce en la forma de ver el estrés laboral y la relevancia que toma el estudio de sus causas y consecuencias.

Esta década abre el campo de estudio para las nuevas perspectivas que se van generando en los años posteriores. En esta etapa se origina una renovación en la toma de conciencia acerca del síndrome, este proceso va tomando fuerza y llega a nuestros días con diversos aportes como: estudios científicos, documentos prácticos, tests psicométricos, sondeos sectorizados, diagnósticos particulares, planes de intervención, entre otros.

También podemos ver que autores como Maslach (1978) van enriqueciendo sus aportes sobre el síndrome. En sus primeras definiciones la autora considera que el síndrome solo se produce en profesiones de ayuda. Por ejemplo, profesionales de la salud o de la educación. En años posteriores la investigadora amplía sus conceptos y aporta más datos sobre las características del síndrome incluyendo a otro tipo de profesionales. Es evidente que en esta década y en lo posterior fue una de las autoras más citadas y reconocidas por sus importantes aportes a lo largo de los años.

### **1.2.2. Definiciones en la década de 1980.**

En este periodo las investigaciones son más sistemáticas y se proponen instrumentos de medición concretos para la evaluación del Burnout en trabajadores. En esta etapa se sientan las bases conceptuales para la definición del síndrome, con la participación de varios investigadores que proponen descripciones más amplias sobre el tema.

Edelwich y Brodsky (1980), definen al Burnout como la pérdida progresiva de idealismo, energía y motivación en las profesiones de ayuda. Esta pérdida energética se traduce en frustración ya que los profesionales consideran que no son capaces de cumplir con las exigencias de quienes requieren de su servicio. Las variables que estos autores

consideran como altamente riesgosas al momento de desarrollar o no el síndrome son: demasiado entusiasmo, baja remuneración, pérdida del apoyo, mal uso de los recursos, etc. Al igual que otros autores, restringen la aparición del síndrome solo a profesiones dedicados al área de atención médica.

Cherniss (1980) define al Burnout como los "cambios personales negativos que ocurren a lo largo del tiempo en trabajadores con trabajos frustrantes o con excesivas demandas" (p.6). Sus apreciaciones marcan una diferencia ya que enfatiza el papel del estrés como el principal factor desencadenante de actitudes negativas en el trabajo.

En este sentido el autor recalca el proceso de acomodación psicológica que experimenta un trabajador ante un trabajo percibido como estresante. Identifica tres momentos: "a) Desequilibrio entre demandas en el trabajo y recursos individuales; b) Respuesta emocional al desequilibrio a corto plazo, caracterizada por ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento; y c) Cambios en actitudes y conductas (afrontamiento defensivo)" (p.17).

Entre las definiciones que se dan a comienzos de esta década, se destacan las de Maslach y Jackson (1981). Las autoras consideran que la aparición del síndrome es a causa del estrés laboral y que se caracteriza por agotamiento emocional.

Pines, Aronson y Kafry (1981) describen el síndrome como un desgaste que se produce en los profesionales que deben trabajar atendiendo personas. De manera que para estos autores la aparición del síndrome se debe a las continuas demandas emocionales, al compromiso en la relación laboral y a la exposición de estos factores por un tiempo prolongado.

Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983) consideran que el desarrollo del Síndrome es el resultado del afrontamiento ante el estrés dentro del trabajo donde el primer síntoma que se puede apreciar es la despersonalización. Las consecuencias de este proceso serían la baja realización personal y el cansancio emocional. Estas tres dimensiones son la base de su modelo basado en fases, este modelo se explicará con mayor detenimiento más adelante.

Maslach y Jackson (1986) siguen brindando sus aportes, en esta ocasión proponen las tres dimensiones del Burnout: agotamiento emocional como la sensación de escasos recursos emocionales y físicos. Despersonalización como punto de vista desvergonzado

sobre el trabajo y baja realización personal como el pobre sentido de logro, sentimientos de incompetencia y baja autoeficacia.

Sería la aparición del estrés el desencadenante para el desarrollo de la despersonalización. En otras palabras, la exteriorización de actitudes negativas hacia las personas con las que el profesional tiene contacto diariamente. Además, las autoras también aclaran que el síndrome va acompañado de la falta de realización personal.

Otra definición importante la brindan Pines y Aronson (1988), los autores explican: “Un estado de agotamiento físico, mental y emocional producido por estar involucrado permanentemente en un trabajo que produce situaciones emocionalmente demandantes” (p.30). Estos autores influenciados por Maslach, definen a las demandas emocionales como el factor determinante en el origen del Burnout. No obstante, los autores incluyen el factor tiempo, aduciendo que la exposición prolongada es un elemento importante.

En definitiva, las aportaciones de esta década se encuentran influenciadas por la teoría planteada en años precedentes. Esta situación contribuye a divisar un cuadro conceptual más detallado sobre la patología. Un ejemplo de ello es Leiter (1989) quien evidencia una clara influencia de la propuesta de Maslach y Jackson (1986) al adoptar sus tres dimensiones: despersonalización, agotamiento emocional y realización personal. Este autor diferencia su teoría al plantear el tipo de influencia que ejercen las dimensiones, en su propuesta el cansancio emocional es la dimensión principal, y este agotamiento sería el responsable de generar despersonalización y baja realización personal.

En efecto se puede evidenciar que las propuestas teóricas de estas autoras han sido de gran influencia para los aportes de otros autores que han tomado como referencia las tres dimensiones que caracterizan al Burnout. López (2013) insiste en la influencia que ha tenido su teoría:

Aunque originalmente entienden el Síndrome de Burnout como un estado, los trabajos desarrollados a partir de su definición han originado su posterior conceptualización como proceso. Se puede desarrollar en aquellas personas cuyo objeto de trabajo son personas en cualquier tipo de actividad (p.38).

Hasta cierto punto esta década marcará un momento histórico definitorio con respecto al Burnout. En resumen, los dos aportes más importantes de esta época son: la aparición de sistemas de medición como el MBI, el SBS-HP, o el TM, y el surgimiento de modelos explicativos como el de la teoría sociocognitiva. En definitiva, las investigaciones aquí planteadas permiten la recolección de datos de forma científica, esto permite llegar a conclusiones objetivas que serán de vital importancia para los planteamientos de las próximas décadas.

### **1.2.3. Definiciones en la década de 1990.**

En este contexto las aportaciones de las décadas anteriores cobran sentido y evolucionan a consecuencia de las nuevas investigaciones. En esta década, los modelos que se proponen siguen una línea que investiga los factores de causa y efecto. En este periodo son los modelos que ponen relevancia el contexto organizacional los que cobran importancia.

Las nuevas perspectivas planteadas se basan en la Teoría Organizacional que resalta la importancia del contexto en el que se desenvuelve el individuo, como el clima laboral y la estructura organizacional. Estos planteamientos incluyen términos como el apoyo social y destacan la importancia de los factores estresantes dentro del clima laboral dado que son considerados como los principales desencadenantes del síndrome.

Leiter (1992) define al síndrome de Burnout “como una crisis de autoeficacia”, es decir, una percepción baja de autoeficacia que lleva al individuo a una valoración negativa de sus propias capacidades. Sería esta autoeficacia negativa la responsable de la aparición del síndrome.

Cox, Kuk y Leiter (1993), comienzan un proceso investigativo para diferenciar el estrés laboral del Síndrome de Burnout. Ahora bien, dichos autores concluyen que el síndrome posee características más complejas y que los aspectos psicosociales poseen un papel decisivo para entrar a un proceso sintomático del síndrome. Peiró (1993), analiza varios aspectos con relación al Burnout. Desde las características de cada individuo y los principales estresores hasta las consecuencias del síndrome.

Previo a los planteamientos de Leiter (1993) la mayoría de autores consideraba el estrés laboral y el Burnout como términos similares, incluso como sinónimos, por ejemplo, Nagy (1985), consideraba al Burnout como un tipo de estrés laboral. Es por ello que Leiter vio necesario realizar una diferenciación entre estas dos afecciones, este

investigador crea un punto de partida para los planteamientos futuros, en sus escritos es determinante en el proceso de conceptualización del síndrome ya que delimita las características de la patología y la diferencia del estrés.

Las teorías planteadas en esta década se influyen entre sí. Por ejemplo, Peiró (1994) recibe influencias de Freudenberger, ya que considera que el individuo desarrolla una idea de fracaso profesional. De igual manera y siguiendo el mismo camino de Cherniss plantea que el Burnout implica una respuesta al estrés laboral, salvo que, añade la característica de estrés crónico como factor desencadenante del síndrome.

La mayoría de autores hasta la fecha concuerdan que una exposición prolongada al estrés en el trabajo puede ser el factor desencadenante para generar Burnout, así sucede en el planteamiento de Cherniss (1993). Por lo tanto, Leiter y Schaufeli (1996) sienten la necesidad de recalcar el origen del síndrome no solo como respuesta o reacción al estrés sino como un cuadro más complejo donde intervienen procesos de afrontamiento individuales.

Maslach, Jackson y Leiter (1996) siguen realizando sus aportaciones, en esta ocasión añaden a las tres dimensiones del Burnout la aclaración de su presencia en profesionales que prestan sus servicios a la labor social y trabajan con personas. "Burnout es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y reducción de logros personales que pueden ocurrir entre individuos que trabajan con personas en alguna capacidad" (p. 192).

Harrison (1999) define al Burnout como: "un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por la implicación a lo largo del tiempo en situaciones que son emocionalmente demandantes" (p. 25).

Como conclusión, en esta década se puede evidenciar tres grandes progresos relacionados al Burnout. Primero la aparición de perspectivas que dan importancia al contexto laboral como la Teoría Organizacional. Segundo, el planteamiento teórico de Leiter (1993) quien diferencia el estrés laboral del Burnout, creado un punto de partida para definiciones futuras. Y tercero, el aporte de nuevos sistemas de medición complementarios al MBI.

#### **1.2.4. Definiciones en la década del 2000.**

En esta década se produce un avance significativo en la teorización del síndrome. Faber (2000) aclara que el Burnout se puede producir en diversos tipos de trabajo debido a las altas exigencias, ambiente demandante y competitividad.

La temática del Burnout se convierte en problema de salud sobre todo para los organismos internacionales dedicados a la investigación en temas de sanidad, los cuales toman un papel protagónico y desarrollan sus propias definiciones incluyendo causas y consecuencias.

Es así que entidades como la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) publica su tercer folleto sobre la salud ocupacional basado en las causas, efectos, prevención y solución del estrés laboral. Lo define como: “La reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación” (p. 3).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2000) plantea el estrés laboral como una enfermedad que incide en la productividad, en la salud física y en la salud mental. La Red Mundial de Salud Ocupacional (GOHNET, 2001), señala que “el síndrome de desgaste abarca las tres dimensiones siguientes: extenuación emocional; despersonalización y falta de realización personal” (p.5).

Maslach, Schaufeli y Leiter (2001), enriquecen sus aportaciones y definen el síndrome como una respuesta a estresores crónicos que se evidencian en el individuo y sus relaciones en el trabajo, donde se puede observar las dimensiones básicas del síndrome: agotamiento, despersonalización, cinismo e ineficacia profesional.

El Instituto Nacional de seguridad e Higiene en el trabajo (INSHT, 2005) define al Burnout como:

Una respuesta al estrés laboral crónico integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización (p.3).

Salanova et al. (2005) define al Burnout como una sensación de agotamiento en el trabajo, sentimientos de cinismo, despersonalización e ineficacia laboral. Schaufeli, Leiter y Maslach (2008), aclaran que el concepto de Burnout responde a una metáfora que se refiere a sofocar un incendio, es decir, los empleados sienten un agotamiento similar a un quemarse que no les permite brindar una contribución significativa en el trabajo.

En síntesis, en esta década continúan los aportes para definir el Burnout, replantear modelos, definir dimensiones o clasificar variables. Entre la información que se añade de las investigaciones de autores que realizan sus planteamientos en esta época se destacan investigaciones que estudian los rasgos de personalidad que posee una persona que es más propensa a desarrollar el síndrome.

El principal aporte de esta etapa es comenzar a considerar al Burnout como un problema de salud social que acarrea consecuencias en el individuo, en su entorno y por ende requiere tratamiento y prevención. Las organizaciones internacionales con amplia experiencia en temas de salud son las que toman la iniciativa.

A pesar de las insistencias de algunos autores para que exista un consenso en relación al concepto del síndrome, es indispensable que la teoría siga en constante evolución y que se amplíe el campo conceptual. Por lo tanto, existe un aumento en los aportes que los diferentes estudios realizan. Cada vez más son los artículos de revistas, reseñas, tesis, monografías, libros y blogs, los que se publican añadiendo información relevante que contribuye al mejor entendimiento de la problemática del síndrome.

### **1.2.5. Definiciones vigentes del síndrome de Burnout.**

En estos últimos años se ha podido vivenciar un cambio en la conceptualización del tema, como resultado del avance tecnológico y la globalización. A causa de ello, se ha generado un aumento en el intercambio de información digital y por consiguiente un aumento en el intercambio de información y de la transacción de bienes y servicios,

A consecuencia de lo expuesto, las demandas que sufren los profesionales de toda índole se han incrementado ante la necesidad de aumentar la productividad. En este contexto, los programas de prevención aplicados al individuo, a grupos o a las organizaciones en general se han destacado en torno al tema del Burnout.



Así mismo, la mayoría de planteamientos teóricos en la actualidad concuerdan en que el agotamiento es el eje central que gira en torno al síndrome y sus consecuencias (Moreno et al. 2009).

Schaufeli et al. (2011), dejan claro que la definición más ampliamente reconocida del Burnout en la actualidad es la de Maslach, Jackson y Leiter (1996) sobre las tres dimensiones del síndrome: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal, presentes frecuentemente en profesionales de salud.

Otro concepto que es ampliamente aceptado es el de Gil-Monte (2011) donde conceptualiza al Síndrome de Quemarse por el trabajo (SQT) como una experiencia subjetiva ante el estrés laboral crónico que comprende pensamientos, emociones y actitudes negativas ante el trabajo.

La historia para lograr definir el Burnout es amplia y muchas veces genera discrepancias, como es de esperarse. En este sentido, López (2013) señala que “La revisión bibliográfica centrada en la búsqueda de definiciones del Síndrome de Burnout, se caracteriza por ser extensa, pudiendo concluir que su descripción sintomática, depende de los autores que lo estudien” (p.36).

Muchos de los autores que iniciaron con sus aportes en la década de los 70 y 80, siguieron desarrollando sus teorías y aportando más información en base a estudios e investigaciones, además la evolución del método científico ha obligado a realizar procesos exploratorios más sistemáticos. Por ejemplo, Maslach comenzó sus investigaciones en 1976, luego de 41 años de publicar artículos y libros, la autora ha enriquecido sus concepciones, una entrevista realizada por García (2014) expone el pensamiento de la autora y expresa lo siguiente:

El Burnout es un síndrome psicológico de ciertas experiencias interrelacionadas: primero es el agotamiento, como una respuesta al estrés. Pero, además, en segundo lugar, es también un cambio, un cambio negativo sobre cómo se siente uno con el trabajo y las demás personas, cuando hablamos de ellas con indiferencia (cinismo), y tercero; cuando las personas se empiezan a sentir negativas sobre sí mismas, sobre su competencia, su capacidad, sus deseos y su motivación para trabajar (p.1).

En conclusión, se puede decir que el Burnout es un cuadro complejo de síntomas y dimensiones. Tomando como referencia el modelo tridimensional de Maslach y Jackson

(1986) se puede deducir que el síndrome se desarrolla cuando decrece la realización personal, lo que conduce a la despersonalización y que a su vez produce un agotamiento emocional como respuesta ante la insatisfacción en el trabajo, la falta de motivación y las autoevaluaciones negativas de la posibilidad de éxito.

En este punto, luego de analizar el marco conceptual del Burnout y de identificar las definiciones más relevantes, se considera que es recomendable acogerse a una visión ecléctica y aprovechar lo mejor de cada aporte, que inclinarse por una sola teoría.

Con la riqueza de aportes sobre el Burnout se puede definir que, es un conjunto de padecimientos físicos y psíquicos, que generan malestar en el individuo y que se presentan cuando el trabajador se encuentra expuesto a situaciones estresantes dentro de su área de trabajo habitual como: falta de apoyo, malas relaciones interpersonales, frustración, poca motivación, contacto permanente con el sufrimiento, pérdida de energía, entre otros.

## **1.2 Fases del Burnout.**

### **1.2.1. Edelwich y Brodsky (1980). –**

Proponen cuatro fases que experimenta un individuo afectado por su situación laboral:

1. *Entusiasmo*. - Caracterizado por elevadas aspiraciones, energía desbordante y carencia de la noción de peligro.
2. *Estancamiento*. - Surge tras no cumplirse las expectativas originales, empezando a aparecer la frustración.
3. *Frustración*. - Comienzan a surgir problemas emocionales, físicos y conductuales, (Esta fase es el núcleo central del Síndrome).
4. *Apatía*. - Constituye el mecanismo de defensa ante la frustración

### **1.2.1. Cherniss (1980). –**

Este autor define tres fases:

1. Fase de estrés. - Se genera cuando existe una incongruencia entre las exigencias laborales y los recursos del individuo.
2. Fase de agotamiento. - Se experimentan síntomas negativos a causa del primer momento, en esta fase el trabajador vivencia sentimientos y emociones relacionadas con la preocupación, ansiedad, impotencia, tristeza, fatiga, desesperanza, etc. Esta fase correspondería a la etapa de frustración de Edelwich y Brodsky (1980).

3. Fase de agotamiento defensivo. - Conductas negativas y comportamientos defensivos, se aprecian actitudes y acciones hostiles hacia las personas que reciben los servicios.

### **1.2.2. Price y Murphy (1984). –**

Exponen seis fases:

1. Desorientación. - Perdida de la conciencia temporal y espacial.
2. Labilidad emocional. – Alteraciones repentinas del estado de ánimo.
3. Culpa debido al fracaso profesional. – Sentimiento de decepción hacia uno mismo.
4. Soledad y tristeza, que si se supera puede desembocar en la siguiente fase
5. Solicitud de ayuda. – Búsqueda de consejo y autosuperación.
6. Equilibrio. - Regreso a una situación más estable y armónica.

### **1.2.3. Fidalgo (2006). –**

Toma el planteamiento de Edelwich y Brodsky (1980) y sus cuatro fases: Entusiasmo, estancamiento, frustración y apatía. Añade una fase más. -

1. Fase de quemado. - “Colapso emocional y cognitivo, fundamentalmente, con importantes consecuencias para la salud. Además, puede obligar al trabajador a dejar el empleo y arrastrarle a una vida profesional de frustración e insatisfacción” (Fidalgo, 2006, p.7).

## **1.3. Modelos explicativos del Síndrome de Burnout.**

La aparición del Síndrome de Burnout no surge de manera súbita, sino que emerge de forma paulatina, en una sucesión de etapas y con un incremento continuo de la severidad, por lo que se considera un proceso progresivo. Según Gil-Monte y Peiró (1999) los modelos para explicar la evolución sintomatológica del Burnout se pueden dividir en tres grupos:

- Modelos basados en la teoría sociocognitiva del Yo.
- Modelos basados en la teoría del intercambio social.
- Modelos basados en la teoría organizacional.

A causa de la complejidad en la definición del Burnout se han establecido diferentes perspectivas que difieren entre sí en el enfoque de estudio del síndrome. Gil-Monte y Pieró (1999), aclaran que los modelos se diferencian entre sí, en puntos específicos

como primera respuesta ante el estrés, desarrollo del síndrome, relación entre dimensiones del MBI y consecuencias, los autores dicen:

La diferencia entre ellos radica en cuál es la primera respuesta que surge ante el estrés laboral (Baja realización personal en el trabajo, agotamiento emocional o despersonalización), como se desarrolla el proceso del síndrome de quemarse y como se establece la relación entre las dimensiones del MBI y las consecuencias para el individuo y para la organización (p.262).

### **1.3.1 Modelos basados desde la teoría Sociocognitiva**

El esquema teórico de este modelo se diferencia por dar relevancia al proceso cognitivo del individuo, en sus creencias y en sus percepciones. Las descripciones del modelo se basan en los conceptos de Bandura (1997) quien considera que los procesos cognitivos son los primeros mediadores del comportamiento. A su vez, este control está influenciado por los pensamientos de autoeficacia, es decir por las creencias del propio individuo de poder cumplir con las exigencias.

Por consiguiente, los modelos que parten de la teoría sociocognitiva poseen dos determinantes teóricos principales. El primero es centrar el estudio en la teoría de las cogniciones, es decir, en los pensamientos generados que se encuentran influenciados bidireccionalmente, por un lado, condicionados por lo que la persona percibe y hace, y por otro, modificados en base a las acciones de la propia persona y de los demás (Gil-Monte y Pieró, 1999).

El segundo planteamiento de este modelo viene dado por la capacidad de una persona para creer que sus propias capacidades serán suficientes para lograr alcanzar los objetivos propuestos, acompañado de los efectos emocionales que esto producirá en el individuo (Gil-Monte y Pieró, 1999).

### **1.3.2. Modelo de competencia social de Harrison.**

Harrison (1983) considera al Burnout como una función de competencia percibida en el que el trabajador posee una alta motivación, sobre todo cuando inicia sus labores profesionales en una institución. Hasta cierto punto esta idea es similar a la fase de entusiasmo de Edelwich y Brodsky (1980).

Harrison (1999) también demuestra influencias de Bandura y Leiter al retomar el término eficacia, entendida como el desempeño o performance positivo de una persona en consecución de los objetivos laborales. Toda la motivación y energía positiva con la que el trabajador comienza aumentará o disminuirá a causa de diversos factores, lo que a su vez determinará la eficacia del trabajador.

Esta relación funciona de manera causal, es decir que entre mayor sea la motivación mayor será el grado de eficacia. Por consiguiente, el trabajador percibirá un aumento de su competencia social. Cuando el trabajador percibe una eficacia y competencia social mínima que se prolongan por un tiempo considerable pueden aparecer los síntomas de Burnout.

Los diversos factores que determinan la eficacia del trabajador pueden ser de dos tipos: los que actúan como refuerzo o los que intervienen como limitantes. Entre los descritos por el autor se encuentran: - objetivos realistas, valores similares entre el individuo y su trabajo, grado de capacitación, recursos, toma de decisiones, retroalimentación, conflictos, etc.

### **1.3.3. Modelo de autoeficacia de Cherniss.**

Este modelo propuesto por Cherniss (1993), forma parte de los Modelos en la teoría Sociocognitiva, su propuesta da énfasis a la carencia de autoeficacia que poseen algunos trabajadores. En concordancia con los planteamientos sobre la crisis de eficacia de Leiter (1992), este autor indica que la inseguridad y la desconfianza en las propias capacidades son factores determinantes para que se origine el proceso de Burnout.

La inseguridad, y la percepción de ineficacia ya sea por experiencias previas relacionadas al fracaso juegan un papel importante, un trabajador con escasa consecución de sus metas tiende a poseer mayor sensación de fracaso y mayor probabilidad de desarrollar Burnout. Por lo contrario, un empleado con un alto sentido de la autoeficacia y confianza en sí mismo tiene menos probabilidades de sentirse abrumado ante el estrés ya que tiene la seguridad de que podrá afrontar exitosamente estos estados.

### **1.3.4. Modelo de Pines.**

Pines (1993) posee una visión más humanista. Pines centra su estudio en las características del individuo más que en las del entorno. El autor expresa que el

síndrome se desarrolla cuando el individuo direcciona su sentido existencial hacia la ayuda de los demás y en el camino se da cuenta que no es lo que él estaba esperando.

Pines también da una especial relevancia a las expectativas y expone que mientras más altas sean las aspiraciones, más probabilidad existe de experimentar desilusión, depresión, abulia y por consecuencia la aparición del Burnout.

### **1.3.5. Modelo de autocontrol de Thompson, Page, Cooper.**

Thompson, Page y Cooper (1993), siguen una misma línea con la propuesta de Cherniss (1980). Sostienen que la autoconfianza (autoeficacia en el modelo Cherniss), juega un papel importante en la aparición del Burnout. Así mismo indican que las personas tienden a utilizar lo que ellos llaman “retirada mental o conductual”.

Este estilo de afrontamiento se da cuando el individuo experimenta constantes fracasos y percibe desequilibrio entre las demandas y los recursos. Esta situación está en concordancia con la fase de estrés de Cherniss (1980).

### **1.3.6. Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social.**

Estos modelos dan relevancia a las relaciones de intercambio entre los distintos agentes que intervienen en el contexto laboral, por ejemplo, entre clientes, compañeros o jefes. Este modelo se basa en la relación del individuo con sus compañeros de trabajo, clientes y otras personas con las que el trabajador tiene contacto. Buunk y Schaufeli (1993) proponen que el origen del Burnout se da en el contexto sociolaboral.

Cuando la persona evalúa estas relaciones y llega a la conclusión de que existe una desigualdad o poca reciprocidad por parte de los demás, se puede iniciar un proceso sintomático del síndrome. En definitiva, estos modelos sostienen que el Burnout es producto de la percepción individual de la desigualdad que se da cuando la persona siente que da más de lo que recibe.

### **1.3.7. Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli.**

Buunk y Schaufeli (1993) concluyen que la aparición del Burnout en enfermeras se debe a dos causas principales. La primera está relacionada directamente con el vínculo que el profesional en salud establece con el paciente. La segunda enfatiza la comparación con los otros trabajadores dentro del mismo establecimiento.

En base a estos autores existen tres factores determinantes: 1.- La incertidumbre sobre cómo comportarse; 2.- La percepción de equidad ante lo que se da y lo que se recibe; 3.- La falta de control sobre las acciones realizadas como respuesta a las situaciones estresantes.

#### **1.3.8. Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freedy.**

Hobfoll y Freedy (1993) centran el estudio del Burnout en la pérdida de recursos como desencadenante principal productor del síndrome. De igual manera, el agotamiento es estudiado como una de las principales consecuencias del estrés.

A diferencia de autores como Pines, Aronson y Kafry (1981) o Maslach y Jackson (1981) que exponen al estrés como principal generador del síndrome, estos autores dan más importancia a los recursos y a la pérdida de los mismos.

Los autores dicen que cuando los recursos, por ejemplo, la motivación disminuye o se encuentra amenazada por situaciones adversas dentro de la jornada laboral, el individuo va desarrollando sintomatología que se adapta al cuadro patológico del Burnout. Recomiendan que para mejorar las posibilidades de los empleados para manejar situaciones estresantes hay que aumentar las estrategias de afrontamiento que posee cada uno, además de modificar los pensamientos de manera positiva.

#### **1.3.9. Modelos Desarrollados desde la Teoría organizacional.**

A diferencia de los modelos previamente expuestos, este esquema teórico resalta la importancia del contexto en el que se desenvuelve el individuo. Deja en segundo plano las características individuales y considera que el clima laboral y la estructura organizacional son los principales desencadenantes del Burnout. "Se incluyen en este grupo el modelo de Golembiewski et al. (1983), el modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993), y el modelo de Winnubst (1993)" (Gil-Monte y Pieró, 1999, p.263).

#### **1.3.10. Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter.**

Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983) proponen un modelo basado en las tres dimensiones del síndrome: despersonalización, baja realización personal en el trabajo y cansancio emocional. Según los autores el Burnout es producto del estrés laboral crónico sumado a la sobrecarga laboral y la carencia del rol.

Su propuesta es secuencial, en primer lugar, se produce la despersonalización, esta fase es la más importante del modelo, es considerada como una estrategia de afrontamiento, se caracteriza por actitudes negativas, irritabilidad y fatiga. Luego como producto de la primera fase, aparece la baja realización personal que se caracteriza por sentimientos de indiferencia y por último vemos la presencia del cansancio emocional.

El modelo explica las tres dimensiones puntuadas en ocho fases. Las puntuaciones se obtienen de la suma del reactivo MBI, cada fase se clasifica en un rango polarizado de alto y bajo. Los autores aclaran que no es necesario que los trabajadores pesen por todas las fases.

**Tabla 1. Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983)**

DIMENSIONES	FASES							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Despersonalización	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto
Realización Personal (Inversa)	Bajo	Bajo	Alto	Alto	Bajo	Bajo	Alto	Alto
Cansancio Emocional	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Alto	Alto	Alto	Alto

Fuente. - Phases of Progressive burnout and their work site covariants. Critical issues in OD research and praxis. Journal of Applied Behavioral Science. 19 (4) 461-481.  
Elaborado por. - Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983).

### **1.3.11. Modelo de Winnubst.**

Siguiendo por la misma línea propuesta por Pines y Aronson (1988), Winnubst (1993) sostiene que el Burnout se da a consecuencia del contexto organizacional y el clima laboral es el que determina el desarrollo de la sintomatología del síndrome.

Para este autor el factor a intervenir debe ser la estructura de la organización. Al contrario de Hobfoll y Freddy (1993) quienes consideran que el factor a intervenir son las estrategias de afrontamiento del individuo.

Sin embargo, sus supuestos se asemejan a los planteamientos de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1988), que defienden la concepción de que el Burnout puede generarse en todo tipo de organización profesional no solo en las áreas de servicio social, médico o humanitario.



### **1.3.12. Modelo de Cox, Kuk y Leiter.**

Cox, Kuk y Leiter (1993), al igual que varios autores de esta época, sostienen que el Burnout gira en torno al agotamiento emocional. Estos autores buscan enriquecer las definiciones ya propuestas por Maslach y Jackson (1986). Para ellos 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 al que se enfrenta el trabajador.

Su modelo también va enfocado a la relación entre estrés laboral y salud, consideran que el papel de la salud organizacional y sus políticas institucionales juegan un papel importante en el estrés y la aparición del síndrome.

### **1.3.13. Modelo Tridimensional de MBI- HSS (Maslach y Jackson).**

Además de los aportes en cuestión de medición de estas autoras, ellas destacan tres dimensiones en las que se basa el MBI. Estas dimensiones marcaran un hito para las siguientes definiciones y estudios sobre el Burnout:

Agotamiento Emocional. - Es la sensación de desgaste energético sumada a la percepción de no poseer recursos ante la pérdida de emociones positivas como gozo, satisfacción, entusiasmo, placer. Es decir, es la reducción de recursos emocionales.

Despersonalización. - Es un estado de tensión que implica la evaluación negativa hacia las labores en el trabajo, los compañeros y los pacientes. Se caracteriza por inestabilidad emocional, insensibilidad, abulia, apatía e indiferencia. Maslach y Jackson también definen esta fase como cinismo.

Realización Personal. - Implica la autoevaluación negativa con sentimientos de insatisfacción ante las actividades dentro del trabajo. Implica también la disminución en la percepción individual sobre las capacidades y la posibilidad de éxito.

### **1.3.14. Modelo de Edelwich y Brodsky.**

Edelwich y Brodsky (1980), distinguen el desarrollo del síndrome dividido en cuatro fases que siguen un proceso continuo desde su aparición hasta la implantación de la patología.

Fase de entusiasmo o luna de miel (Entusiasmo): Es el primer periodo, el trabajador experimenta entusiasmo, energía álgida y expectativas positivas. El individuo está conforme con las responsabilidades que le toca cumplir y espera entablar buenas relaciones sociales.

Fase de estancamiento (El despertar): El trabajador se va dando cuenta que las expectativas que él esperaba no se han cumplido, comienza un desánimo al darse cuenta de la realidad desde un punto de vista objetivo de lo que él creía perfecto.

Fase de frustración (Tostamiento): Los sentimientos de la fase anterior se incrementan, las expectativas positivas ya no están, la energía ha decrecido y el entusiasmo es escaso. El individuo comienza a percibir frustración e irritabilidad, las relaciones dentro del área laboral comienzan a carecer de significado y se vuelven superficiales. Comienzan a sentirse las primeras consecuencias físicas, conductuales y cognitivas.

Apatía (El Burnout ya instalado): La frustración experimentada en la fase anterior evoluciona y se convierte en apatía. La fase se caracteriza por una total pérdida de interés, depresión, baja autoestima, negativismo, entre otros.

#### **1.3.15. Modelo de Price y Murphy.**

Prince y Murphy (1984) definen al Burnout como un proceso que se genera como consecuencia del estrés laboral. Se caracteriza por sentimientos de fracaso, inestabilidad emocional, retraimiento, desapego, apatía, etc. Los autores hacen una comparación entre la adaptación del estrés laboral y el proceso de duelo ya que consideran al agotamiento como una pérdida.

#### **1.3.16. Modelo de la Teoría Estructural de Gil Monte.**

Gil Monte (2003), evalúa todas las concepciones que se han generado en el paso de los años e invita a los futuros investigadores del entorno científico a llegar a un acuerdo en cuanto a la problemática del Burnout. Dicho autor propone que se le denomine “Síndrome de quemarse por el trabajo”, para ello recopila diversas definiciones y concluye que:

- 1.- Implica un cuadro complejo con síntomas específicos.
- 2.- Tales síntomas requieren de una evaluación por medio de un instrumento de medición para llegar a un diagnóstico.
- 3.- El síndrome también implica poner atención al entorno laboral y no solo al individuo.

4.- Lo distingue de otras patologías que pueden estar relacionadas pero que poseen otros síntomas.

En conclusión, se considera que la aparición de diferentes modelos es reflejo de la necesidad de explicar de una manera más organizada los planteamientos teóricos que se han ido generando a lo largo de la historia. Por consiguiente, cada propuesta defiende una teoría sobre los mecanismos, las fases, las relaciones, las variables, las consecuencias, los procesos de interacción y el contexto.

Los modelos son evidencia de la falta de un acuerdo general acerca de los aspectos principales en relación al Burnout. Sin embargo, siempre será mejor el aporte de varios autores, esto ayudará a enriquecer la teoría y servirá para aplicarla a la realidad de cada caso. Los tres modelos pueden ser vistos como complementarios y no en oposición.

Por ejemplo, el modelo de la teoría sociocognitiva del Yo hace énfasis en los procesos cognitivos, el modelo del intercambio social hace hincapié en las relaciones personales y el modelo de la teoría organizacional se centra en el contexto laboral dentro de las instituciones.

Los tres modelos principales y sus respectivos autores agregan valor a la teoría del Burnout, no se puede afirmar que algún modelo posea más relevancia, todos son importantes e implican mayor enriquecimiento teórico.

## **1.4 Consecuencias del Burnout**

### **1.4.1. Consecuencias del burnout en profesionales de la salud.**

Gil Monte y Pieró (1997) propone dos tipos de consecuencias: 1.- Para el individuo, 2.- Para la organización. Las primeras incluyen los efectos que el Burnout causa en la salud, en las emociones y en las relaciones sociales, especialmente en la familia. El segundo tipo de consecuencias señala los resultados negativos dentro del ámbito laboral. En base al planteamiento de Gil Monte y Pieró (1997) se concluye que, las repercusiones giran en torno a cuatro áreas personales: emocional, conductual, físico y cognitivo.

Las consecuencias emocionales acarrearán estados afectivos negativos y las consecuencias físicas se presentan en forma de alteraciones corporales que ponen en

riesgo la salud de la persona que padece el síndrome. En relación a las reacciones conductuales “la consecuencia más importante es la despersonalización (...), la pérdida de acción proactiva y acciones que llevan al consumo aumentado de estimulantes, abusos de sustancias y, en general, hábitos dañinos para la salud” (Martínez, 2010, p.19).

Además de lo mencionado, también se pueden observar conductas inadaptativas, desorganización y evitación de responsabilidades. Las consecuencias cognitivas son el resultado de pensamientos relacionados a la frustración que siente la persona ante la pérdida de la realización personal (Modelo Sociocognitivo). Por último, la organización también se ve afectada ante el desempeño defectuoso que puede manifestar un trabajador que presenta síntomas de Burnout.

Para el desarrollo de esta investigación se tomó como muestra a un grupo de enfermeras, a diferencia de otras profesiones la enfermería conlleva un gran compromiso. Es decir, los y las profesionales de enfermería al involucrarse en la salud de sus pacientes tienen en sus manos la vida de un ser humano, esta responsabilidad no se puede comparar con el manejo de una máquina o un ordenador, un error en su labor puede costar la existencia de un individuo y la pérdida de un ser querido.

#### **1.4.2. Consecuencias del Burnout en la salud.**

La presencia del Burnout puede manifestarse en el deterioro de la salud tanto física como psicológica, este deterioro generalmente se manifiesta con síntomas somáticos. Mente y cuerpo se encuentran íntimamente relacionados de modo que cualquier alteración física podrá en riesgo la salud mental, la experiencia de dolor o mal funcionamiento de algunos órganos puede ser causa de malestar para la persona que lo padece, de ahí que las primeras manifestaciones físicas pueden llegar a ser el desencadenante para el origen de otros cuadros más complejos (Martínez, 2010).

Las alteraciones que afectan la salud física y que se pueden evidenciar a causa del Burnout son: dolor muscular, cefaleas, alteraciones gastrointestinales, insomnio, alergias, úlceras, taquicardias, hipertensión, fatiga, alteraciones respiratorias, disfunciones sexuales, migrañas, malestar general, pérdida de peso, alteraciones dermatológicas, asma, dolores en las articulaciones, entre otros (Parrilla, 2013).

Las emociones que una persona puede experimentar cuando se encuentra en un proceso de desarrollo del síndrome son: amargura, desdicha, agresividad,

desesperanza, frustración, ansiedad, intranquilidad, depresión, irritabilidad, apatía, indiferencia, desapego, desánimo, desinterés, distanciamiento emocional y melancolía. (Martínez, 2010).

Este apartado genera preocupación ya que como podemos ver son muchos los efectos negativos que el síndrome genera en el organismo. Las afecciones citadas son síntomas que si no se les da la debida importancia pueden llegar a generar una enfermedad que requiera tratamiento médico o incluso hospitalización. Los trabajadores deben comprender que su salud está en riesgo si no se toman las medidas adecuadas cuando un cuadro sintomatológico del síndrome se ha implantado.

#### **1.4.3. Consecuencias del Burnout en el trabajo.**

Las organizaciones (hospitales, clínicas, centros de salud), se ven directamente afectadas por las conductas negativas que los profesionales con Burnout exteriorizan dentro de sus labores diarias. Una de las principales consecuencias del Burnout en profesionales de enfermería que han sido mencionadas por Gil-Monte (2003) son los absentismos, este autor afirma que existe una alta relación entre las faltas en el trabajo y las dimensiones del síndrome.

Otra consecuencia que es importante mencionar es la disminución de la satisfacción, esto puede ser a causa de los siguientes factores de riesgo: escasa o nula colaboración por parte de médicos o compañeros de enfermería, alta carga laboral, turnos rotativos, pacientes y familiares hostiles, falta de recursos por parte de la organización, poca tolerancia ante los errores, responsabilidad al comunicar decesos, etc.

La presencia de estos factores está relacionada directamente con la disminución de la motivación. González, et al. (2013), al respecto de la motivación en el personal de la salud menciona:

La motivación laboral es considerada como la fuerza que requiere el profesional de la salud para emprender con éxito su actividad productiva a través de incentivos, enriquecimiento del puesto de trabajo, satisfacción laboral considerados como factores determinantes en la calidad de la atención y modelo para evaluar la prestación de los servicios de salud (...). Una baja motivación y los conflictos laborales son los principales desencadenantes del desgaste profesional en los trabajadores de la salud (p.11).

La conjugación de todos los factores mencionados genera una cadena de reacciones influenciadas por el estrés que dan paso a la evolución del Burnout. Entre las reacciones que se pueden evidenciar están: disminución del rendimiento, quejas de los pacientes, falta de iniciativa, conductas violentas, falta de interés en los pacientes, deterioro de la calidad de servicio, conflictos entre compañeros, rotación de puestos, indiferencia en la atención, falta de competencia y decepción (Parrilla, 2013).

Los administradores de las organizaciones para la salud deben propiciar un ambiente laboral justo y equilibrado que haga sentir al profesional la seguridad de que su trabajo es reconocido. Las entidades gubernamentales deben respaldar por medio de leyes el respeto al trabajo digno estableciendo horarios y derechos que deben respetarse para mejorar la calidad de servicio sin abusar de las prestaciones que brindan los profesionales de la salud (Dávila y Romero, 2010).

Es importante que las instituciones de salud tengan presente que una alta prevalencia del síndrome en los profesionales de enfermería, puede llegar a influir en la salud de la población que atienden diariamente. Aunque la responsabilidad recae tanto en el individuo como en la organización, es esta última la que posee una gran carga en cuanto a tomar medidas que mantengan al personal motivado, además de generar una buena planificación en prevención del Burnout.

Son los mismos ejecutivos de la empresa en colaboración con el departamento de recursos humanos los que juegan un papel crucial para prevenir la aparición del síndrome, o para crear programas que aminoren los síntomas una vez que ya se han establecido.

Para terminar, es pertinente recalcar la relación institución-individuo, esta es una relación causal donde las condiciones laborales repercuten positiva o negativamente en el desempeño de los trabajadores y así mismo la actitud del personal ante las exigencias laborales incide en los resultados de la empresa como tal. La organización se afecta de diversas maneras, por ejemplo, en la producción, el clima laboral, la rotación, la competitividad, entre otros.

#### **1.4.4. Consecuencias del Burnout en la familia.**

La familia es un elemento importante en la vida de una persona, su valor en la sociedad posee un alto grado de significación para el desarrollo afectivo de los individuos. También significa la experiencia de apoyo y sostén al momento de vivenciar estados de estrés prolongados (Contreras, Ávalos, Romeo, Morales, y Córdova, 2013).

Si bien la familia aporta gran apoyo emocional también debe soportar una gran presión cuando uno de sus integrantes, por lo general un profesional está vivenciando un proceso relacionado al Burnout en su trabajo. Contreras et al. (2013), hace hincapié en la importancia de la familia en el desempeño laboral, la autora dice:

La familia es un elemento importante en el marco del desempeño laboral de los individuos y su nivel de funcionalidad puede repercutir en el desarrollo de patologías del tipo del síndrome de Burnout. Hoy en día tanto hombres como mujeres se enfrentan a un gran dilema que surge cuando tratan de conciliar el papel de trabajador, la vida y las obligaciones familiares. (...). El contexto de trabajo se presenta como una presión continua y una demanda de presencia y de compromiso que hace que estos sean cada vez más dependientes del trabajo (p. 4).

Un estudio realizado en México para analizar la funcionalidad familiar en personal médico y de enfermería, concluyó que de los 458 trabajadores encuestados con el MBI y el FF-SIL, el 88% de los casos presentaban un nivel leve-moderado de Burnout y a su vez tenían una familia disfuncional. Contreras et al. (2013) principal responsable de la investigación dice: “Los resultados de este estudio revelan que la tercera parte de la población estudiada del Centro Médico presenta síndrome de Burnout y este se relaciona con la funcionalidad en sus familias” (p. 11).

El estudio también indica que el cansancio emocional es la dimensión más afectada y que “Existe relación entre la presencia del Síndrome y la funcionalidad familiar en el personal médico y enfermeras del Hospital de Especialidades Médicas” (p. 12).

La sobre carga de trabajo trae como consecuencia que las personas dediquen menos tiempo al entorno familiar, lo que a su vez repercute directamente en los hijos, quienes muchas veces son criados por otras personas cercanas al entorno familiar, de ahí que se generen muchos casos de crisis de ausencia en niños menores de cinco años (Contreras et al, 2013).

En el trabajo una persona con Burnout puede experimentar irritabilidad, hostilidad, poca tolerancia, cinismo, evitación, entre otras, estas manifestaciones también se pueden evidenciar en las relaciones familiares como producto de un contagio que la persona experimenta. Es común que personas con Burnout también tengan problemas familiares, deterioro en las relaciones sociales, malas relaciones conyugales y familias disfuncionales (Martínez, 2010).

Como conclusión hay que tomar en cuenta que las consecuencias que se presentan en un ámbito, por ejemplo, en la salud, irán de la mano con consecuencias en otros aspectos de la vida del trabajador. Es así que los efectos negativos en la salud mental implican alteraciones psicológicas que se relacionan con el deterioro físico, bajo desempeño laboral y la disminución en la calidad de las relaciones personales.

Esta cadena de consecuencias está relacionada en diferentes direcciones, esto quiere decir, por ejemplo, que las malas relaciones pueden ser el factor desencadenante de emociones negativas, lo cual influye en el correcto funcionamiento corporal, y que por último repercute en los demás ámbitos como el laboral.

En definitiva, la prevención parece ser el mejor camino, por consiguiente, este proceso es una responsabilidad de todos aquellos entes que intervienen en el área de la salud, así pues, la prevención incluye al profesional, a la institución donde desempeña sus labores y a las entidades gubernamentales. El profesional debe tomar la iniciativa de informarse sobre los estilos de afrontamiento que puede desarrollar ante la presencia del estrés laboral. Una correcta prevención evitará que las relaciones sociales del trabajador se deterioren, sobre todo en el ámbito familiar.

### **1.5 Prevalencia del burnout**

Son varios los estudios que podemos encontrar sobre la prevalencia del síndrome en profesionales de la salud, esto es debido a la inmensa responsabilidad que produce el tomar decisiones en relación a la vida de las personas.

Atender el dolor, la muerte, las enfermedades terminales, situaciones límites de otros, con el sentimiento frecuente de no poder hacer nada o muy poco, no puede sino generar estrés, aún más cuando las situaciones a las que se tienen que enfrentar vienen definidas por la urgencia y la toma de decisiones inmediatas en cuestiones que son de “vida o muerte” (Madrigal, 2006, p.149).

Un estudio realizado por Grau (2007) a 11.530 profesionales de salud de habla hispana reveló que la prevalencia del síndrome en España fue de 14,9%, del 14,4% en Argentina, y del 7,9% en Uruguay. Los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias entre 2,5% y 5,9%. Por profesiones, Medicina tuvo una prevalencia del 12,1%, Enfermería del 7,2%, y Odontología, Psicología y Nutrición tuvieron cifras inferiores al 6%.



La prevalencia del Burnout en el Ecuador ha sido objeto de estudio tanto de entidades gubernamentales o privadas como de iniciativas personales, por ejemplo, una investigación realizada por Ramírez et al. (2018) sobre la prevalencia del síndrome en profesionales de la salud en 24 provincias del Ecuador encontró que: el 17.2% de los participantes presentaron un alto nivel de agotamiento emocional, el 13.5% de despersonalización y el 18.2% tuvieron logros personales reducidos.

Es importante que se puedan recabar datos de la prevalencia del síndrome para lograr comprender cuantitativamente el problema. En base a esta aproximación estadística se puede realizar un plan de intervención que vaya de acuerdo a las condiciones de cada organización, donde se identifiquen las causas particulares que ocasionan el síndrome y los mejores caminos a tomar como tratamiento.

### **1.6 Importancia del estudio del Burnout en profesionales de enfermería.**

Los estudios y la importancia que se le ha dado al síndrome se han incrementado, siendo las propuestas preventivas las principales formas en las que se ha podido evidenciar la evolución en torno a las investigaciones sobre al síndrome. En consecuencia: “En Medline, entre 1970 y 1980 se recogen 31 artículos que mencionan la palabra Burnout. En el año 2006, se obtienen 389 referencias en las que aparece citado burnout” (González, Lacasta y Ordóñez, 2008, p.3).

La importancia de su estudio también se relaciona con el hecho de que es un tema latente dentro de la sociedad actual al que no se le puede dar la espalda. Las demandas laborales cada vez son mayores y si no se le brinda la importancia debida para los próximos años se puede predecir un aumento en la prevalencia del síndrome. “La necesidad de estudiar el síndrome de quemarse por el trabajo está asociada al derecho a la protección de la salud que todo trabajador tiene en cuanto está insertado en una organización” (Fidalgo, 2006, p. 1).

Las demandas laborales en los profesionales de la salud parecen ser más difíciles de sobrellevar a causa del grado de complejidad que implica manejar cuadros patológicos cercanos a la muerte y el sufrimiento, razón por la que muchos estudios han comprobado mayor incidencia del Burnout en profesionales de la salud y el cuidado que en otras profesiones.

Los profesionales de la salud son individuos con mayor vulnerabilidad a padecer Burnout, esto debido a que son profesionales que deben lidiar con situaciones complejas donde muchas veces los pacientes encaran la muerte y el sufrimiento, de ahí que las condiciones laborales dentro del área de la salud sean desgastantes para muchos individuos e incluso imposible de manejar para otros. “Los profesionales de la salud se ven constantemente abocados a aprender a convivir con sentimientos de vulnerabilidad y desamparo en relación con el complejo sistema de salud y a establecer límites en su identidad personal y profesional” (González et al, 2013, p.5).

El aumento en los estudios realizados sobre el Burnout se debería a que los autores han considerado significativo buscar una solución a las variadas consecuencias tanto personales como en el entorno general que el Burnout produce a través de su desarrollo. Sin duda estudiar el síndrome es importante ya que permite entender el problema, analizar sus causas, prevenirlo y proponer un tratamiento al respecto.

Es evidente que la mayor parte de los estudios relacionados al Burnout se centran en profesionales de la salud o la educación, pero esto no quiere decir que los demás trabajadores estén libres de padecer el síndrome, podemos ver que todo obrero puede experimentar situaciones demandantes dentro del área laboral. La razón de esta inclinación a los profesionales de la salud, podría ser explicada por la constante relación que tienen estos trabajadores con las duras realidades de sus pacientes, muchas veces el no poder manejar estos estados o no mantenerse al margen del padecimiento ajeno genera un estado de impotencia y despersonalización ante las labores médicas.

Poco a poco se ha convertido en un problema social en el que tanto individuos particulares como organizaciones están involucrados. Cada uno es responsable de su salud física y mental, sin embargo, el departamento de recursos humanos juega un rol importante al utilizar todos los recursos disponibles para prevenir la aparición del síndrome en el personal o en su defecto crear programas de intervención una vez instalado un cuadro sintomático.

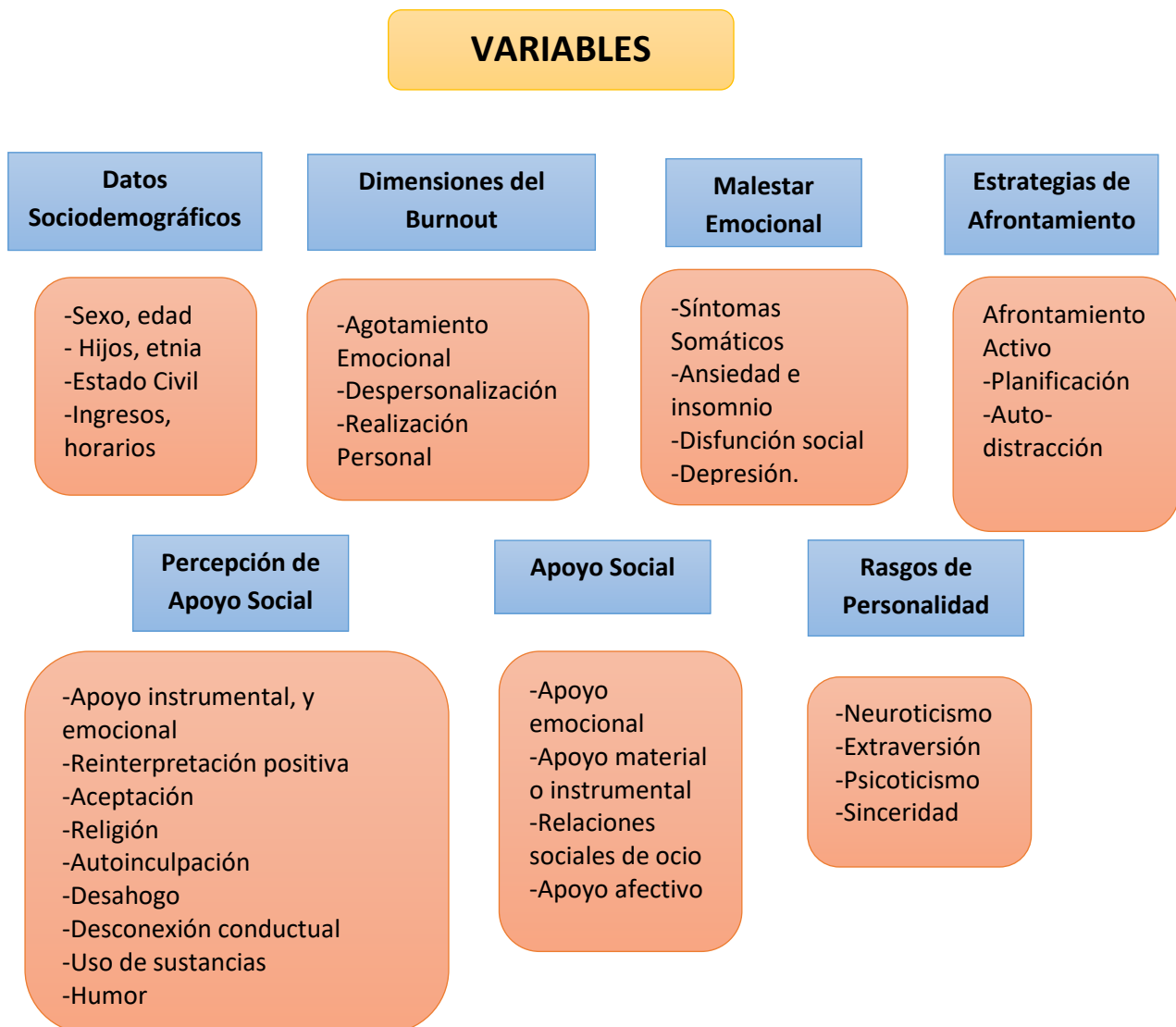
Con relación a la presente investigación podemos afirmar que la importancia del estudio del Burnout en la profesión de enfermería viene dada por el hecho de la alta incidencia de casos que se presentan en el área de la salud debido a una elevada carga laboral que presentan este tipo de trabajadores y la necesidad de responder inmediatamente a las exigencias de los pacientes y sus familiares.

En resumen, El estudio del Burnout es importante porque conlleva repercusiones en el ámbito individual, familiar y laboral. Cabe recordar que muchas de las consecuencias previamente mencionadas traen consigo malestar y efectos negativos que de no ser tratados a tiempo pueden causar situaciones irreversibles que incluyen tratamientos psiquiátricos.

### **1.7. Variables asociadas de Burnout.**

Las variables o también llamados facilitadores son las características del propio individuo y del entorno que contribuyen o inhiben la vulnerabilidad de una persona a padecer Burnout cuando se encuentra amenazado en situaciones de estrés laboral (López, 2013). El siguiente organigrama muestra en resumen las variables que se consideraron relevantes para el presente estudio:

Figura 1. Variables del Burnout.



Fuente: Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC; Inventario de Burnout de Maslach (Maslach, 1979); Cuestionario de Salud Mental. GHQ-28 (Goldberg y Hillier, 1979); Escala multidimensional de evaluación de los estilos de afrontamiento. BRIEF COPE (Canver, 1989); Cuestionario MOS de apoyo social (Sherbourne y Steward, 1991); Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A (Francis, Brown y Philipchalk, 1992).

Elaborado por: Katherine Gudiño Bonilla

En la figura 1, podemos observar que las variables tomadas en cuenta para esta investigación se dividen en: demográficas, dimensiones del Burnout, malestar emocional, estrategias de afrontamiento, percepción de apoyo social, apoyo social y rasgos de personalidad.

Estas variables se pueden agrupar en dos grupos: intrapersonales e interpersonales. Las primeras son propias de cada persona y se dividen en variables sociodemográficas, sentimientos de malestar, rasgos de personalidad y estrategias de afrontamiento.

Las sociodemográficas incluyen los aspectos ya establecidos de la persona determinados por las experiencias previas y sus características innatas, así mismo los sentimientos de malestar, rasgos y estrategias de afrontamiento son las características propias de cada individuo como comportamientos que la persona posee para lograr sobrellevar situaciones adversas.

Las variables interpersonales constituyen las relaciones de apoyo que el individuo entabla con las personas más cercanas a él, como su familia o sus amigos. Se puede observar que existe una concesión entre diversos autores, sobre todo los autores del modelo sociocognitivo de que existe personas con mayor vulnerabilidad a padecer el síndrome son "sujetos empáticos, sensibles, humanos, con dedicación profesional, idealistas, altruistas, obsesivos, entusiastas y susceptibles de identificarse excesivamente con los demás" (López, 2013, p.151).

Como conclusión se puede afirmar que los facilitadores varían de persona a persona, mientras en una persona una variable puede ser determinante, en otro individuo puede influir o no en la presencia del síndrome. Por ejemplo, la falta de apoyo social en el trabajo para una persona que se caracteriza por entablar relaciones estrechas puede significar el inicio del desarrollo del síndrome, mientras que, para otra persona, que desde el comienzo se mantiene distante, puede tener escasa influencia.

Todas las variables ejercen influencia, pero, en algunos individuos ciertos factores llegan a ser determinantes. Los modelos explicativos del Burnout tienen relación con el estudio de las variables. Es decir, las variables individuales, tienen relación con los modelos sociocognitivos, las variables de relación con los modelos de intercambio social, y las variables institucionales, con el modelo organizacional.

Por último, para contemplar un programa de intervención (una vez que los síntomas del Burnout estén presentes), es importante considerar aquellas variables independientes que permitan su modificación. En este caso se puede intervenir en la alteración de los rasgos de personalidad, o en brindar estrategias de afrontamiento eficaces.

**CAPÍTULO II**  
**METODOLOGÍA**

## **2.1. Objetivos.**

### **2.1.1. Objetivo general.**

- Identificar la prevalencia del Síndrome de Burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal) en una muestra de enfermeras de dos entidades de salud al norte y sur de la ciudad de Quito durante el año 2018.

### **2.1.2. Objetivos Específicos.**

- Identificar las características sociodemográficas y laborales de enfermeras que prestan sus servicios en dos entidades de salud al norte y sur de la ciudad de Quito durante el año 2018.
- Identificar las tres principales dimensiones del Burnout (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal), en una muestra de enfermeras que laboran en dos entidades de salud al norte y sur de la ciudad de Quito durante el año 2018.
- Conocer cuál es el malestar emocional que se presenta en la muestra investigada perteneciente a dos entidades de salud al norte y sur de la ciudad de Quito durante el año 2018.
- Identificar los mecanismos de afrontamiento que más utiliza el personal de enfermería de dos entidades de salud al norte y sur de la ciudad de Quito durante el año 2018.
- Conocer el apoyo social brindado por parte de los vínculos informales y los vínculos del lugar de trabajo que reciben los y las profesionales de la salud de dos entidades de salud al norte y sur de la ciudad de Quito durante el año 2018.
- Saber cuáles son los rasgos de personalidad que caracterizan a quienes trabajan en el área de salud de dos entidades de salud al norte y sur de la ciudad de Quito durante el año 2018.

### **2.1.3. Preguntas de Investigación.**

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales de los y las 40 enfermeras encuestadas dos entidades de salud al norte y sur de la ciudad de Quito durante el año 2018?

- ¿Cuál es la prevalencia del síndrome de *burnout* en los profesionales de salud (40 enfermeras) en dos entidades de salud al norte y sur de la ciudad de Quito durante el año 2018?
- ¿Cuál de las tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal), del síndrome de *burnout* es la que presenta un alto nivel en los profesionales de salud (40 enfermeras) en dos entidades de salud al norte y sur de la ciudad de Quito durante el año 2018?
- ¿Cuáles son los rasgos de personalidad y las características de salud mental que presenta de la muestra investigada?
- ¿Cuáles son los tipos de afrontamiento y apoyo social que se identifican en la muestra investigada?

## **2.2. Contexto.**

La presente investigación se desarrolló en dos instituciones de salud de la ciudad de Quito. La primera institución es un Hospital ubicado al sur de la ciudad, cuenta con 86.500 m<sup>2</sup> de construcción, es hasta la actualidad el hospital más grande de la capital ecuatoriana.

Ofrece atención en 36 especialidades: Consulta externa, ginecología, neonatología, hospitalización, cuidados intensivos, rehabilitación física, alergología, dermatología, cardiología, gastroenterología, reumatología, medicina interna y familiar, especialidades quirúrgicas, cirugía general, plástica, urología, traumatología, otorrinolaringología, oftalmología, entre otros.

La infraestructura del Hospital es moderna y cuenta con 5 torres de 10 plantas cada una, de la cuales 3 son subsuelos. Dispone de 56 consultorios las áreas de hospitalización poseen 370 camas de un total de 450 camas repartidas por toda la institución. Es un Hospital de segundo nivel y se encuentra gestionado por uno de los principales seguros con los que cuenta la población ecuatoriana, es por ello que la visión y misión de la institución está relacionada con esta aseguradora. –



## **Visión**

Ser la organización de aseguramiento en salud preferida por las familias ecuatorianas que garantice el derecho a servicios integrales de salud oportunos, eficientes y sustentables, durante toda la vida de los asegurados, bajo los principios de solidaridad y equidad.

## **Misión**

Proteger al asegurado en las contingencias de enfermedad y maternidad, con políticas, normas, reglamentos, a través de procesos de aseguramiento, compra de servicios médico-asistenciales y entrega de prestaciones de salud con calidad, oportunidad, solidaridad, eficiencia, eficacia, subsidiaridad, universalidad, equidad, suficiencia, sostenibilidad, integración, transparencia y participación. El Seguro General de Salud Individual y Familiar entrega prestaciones de salud en sus propias unidades, ubicadas en todas las provincias del país, y a través de prestadores externos que mantienen convenios.

La segunda entidad de salud donde se realizó la recolección de datos de la presente investigación es un centro de salud especializado en exámenes médicos como radiografías, mamografías, exámenes de laboratorio, tomografías, audiometrías colposcopias, entre otros.

Cuenta con modernos equipos y personal altamente capacitado para operarlos y brindar información relevante sobre diagnóstico. Su infraestructura es moderna y sus diferentes áreas están distribuidas en un edificio de tres pisos. Su misión es ser una empresa de carácter privado prestadora de servicios de Diagnóstico en imagen, a través del liderazgo tecnológico y profesional altamente calificado, lo que nos permite lograr resultados de calidad para los usuarios.

Su visión es ser una empresa líder en la prestación de servicio de diagnóstico médico por imagen, laboratorio clínico y salud ocupacional en la ciudad de Quito, a través de la permanente inversión de renovación de equipos con tecnología de vanguardia, formación y capacitación permanente del recurso humano y la atención personalizada y con altos valores éticos hacia nuestros clientes.

### **2.3. Diseño de Investigación.**

La presente investigación se plantea junto a una metodología descriptiva, como su nombre lo indica busca describir las características, variables o peculiaridades del fenómeno a estudiar de manera individual sin tomar en cuenta la relación que hay entre estas (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

En el desarrollo del presente estudio también se presentaron otros diseños de investigación incluidos:

Cuantitativa. - Expresada en símbolos numéricos, que se obtuvieron del análisis de datos por parte de los instrumentos aplicados en la muestra.

No experimental. - Porque no hubo una manipulación de las variables en cuestión, en consecuencia, el fenómeno fue analizado en su ambiente real.

Transversal. - Significa que el análisis de las variables se realizó en un momento específico, en un tiempo único.

Exploratorio. - Debido a que el tema de investigación no ha sido estudiado previamente. Esto sirve para plantear los fundamentos teóricos, que permiten la proliferación de nuevos estudios sobre el tema.

### **2.4. Muestra.**

La población objeto de estudio fue el personal de enfermería que labora en dos Instituciones de Salud al norte y sur de la ciudad de Quito en al año 2018. La muestra fue de accesibilidad, no probabilística y accidental, la muestra recolectora de información fueron 40 enfermeras de las cuales 35 cumplieron con los criterios de inclusión de muestra.

La investigación se adecuo a las normas éticas respetando el acuerdo de Helsinki, los participantes no estuvieron expuestos a ningún tipo de riesgo y se mantuvo la confidencialidad de los datos proporcionados por medio del consentimiento informado.

### **2.5. Criterios considerados para seleccionar la muestra fueron.**

#### Criterios de Inclusión

- Tener título de enfermera (o).
- Ejercer la profesión de enfermería actualmente

- Mínimo tres años de experiencia profesional
- Firmar la hoja de consentimiento informado y estar de acuerdo en colaborar con la investigación.

#### Criterios de Exclusión

- Trabajar como auxiliar de enfermería
- No firmar la hoja de consentimiento

### **2.6. Procedimiento.**

Primero se habló con el equipo administrativo de las dos instituciones para conocer el nombre de la persona responsable a la cual se debía dirigir la carta de autorización por parte del área de Psicología de la Utpl.

Luego se entregó la carta a la administración y se realizó seguimiento constante para obtener una respuesta de aprobación. Se coordinó una primera reunión de encuentro con el administrativo responsable, se entregó una copia de los test a aplicar, en la reunión se explicó datos relevantes del síndrome, causas, consecuencias, beneficios de la investigación y aspectos a evaluar en cada test.

Después de tener una respuesta positiva se tomó contacto con los profesionales responsables de asignar a los y las enfermeras que formarían parte de la muestra para poner aplicar los tests correspondientes:

- Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC.
- Inventario de Burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory) [MBI-HSS].
- Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28)
- Escala multidimensional de evaluación de los estilos de afrontamiento (BRIEF COPE)
- Cuestionario MOS de apoyo social. (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Steward, 1991; versión española Revilla, Luna del Castillo, Bailón y Medina, 2005).
- Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A. (Francis, Brown y Philipchalk, 1992; Versión española de Sandín, Valiente y Chorot, 1999)

En el caso del Hospital fue la jefa de enfermeras quien colaboro con dicho proceso y en el caso del centro médico el responsable fue el médico del área de otorrinolaringología.

## **2.7. Instrumentos.**

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

Su objetivo es recoger información general sobre el individuo, su situación sociodemográfica y laboral. Las principales cuestiones que se plantean en el test están relacionadas con: género, edad, etnia, estado civil, puesto de trabajo, remuneración, horas y días de trabajo, contacto con los pacientes, recursos de la institución, permisos, percepción de que lo valoran y satisfacción.

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

El MBI analiza la presencia de tres factores claves en la aparición del Burnout, estos son: Agotamiento emocional, despersonalización, y realización personal. Para la presente investigación se utilizó el inventario de *Burnout* de Maslach [MBI-HSS] versión española de Seisdedos (1997). El cuestionario cuenta con 22 ítems divididos en:

- Nueve ítems corresponden a la evaluación del agotamiento emocional, las puntuaciones altas indican la percepción de pérdida de los recursos emocionales positivos.
- Cinco ítems avalúan la despersonalización, una alta puntuación en este ámbito implica actitudes y evaluaciones negativas hacia la labor y con el trato al paciente.
- Ocho ítems pertenecen a la realización personal y evalúan la percepción individual sobre las capacidades y la posibilidad de éxito.

El test utiliza la escala de tipo Likert basado en la frecuencia en la que se presentan ciertos sentimientos ante el trabajo, puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización y bajas en realización indican la presencia del Síndrome de Burnout. Con relación al alfa de Cronbach el rango del test oscila entre .70 a .90 (Maslach y Jackson, 1986).

**2.7.3. 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 autoadministrado que consta de 28 ítems divididos en 4 subescalas que evalúan la percepción que tiene el individuo sobre su salud mental. Cuenta con el punto de corte de 5/6 lo que determina la presencia del síndrome o no, posee un 84.6% de sensibilidad, 82% de especificidad y 0.89% de alfa de Cronbach.

El objetivo del test es detectar alteraciones psiquiátricas leves que se basan en 4 ámbitos del funcionamiento psíquico. -

- Síntomas somáticos como diferentes tipos de dolor, temperatura o cansancio.
- Ansiedad e insomnio, nerviosismo, ataques de pánico, alteraciones del sueño.
- Disfunción social relacionados a la percepción del individuo hacia las actividades diarias.
- Depresión, que incluyen desvalorización y pensamientos de suicidio.

**2.7.4. Escala multidimensional de evaluación de los estilos de afrontamiento BRIEF COPE de Carver (1989). Versión española por Crespo y Cruzado (1997).**

La escala está compuesta por 28 ítems que analizan los tipos de respuesta que posee un individuo ante situaciones estresantes. Cada ítem plantea diferentes estrategias de afrontamiento donde el individuo debe elegir cuatro opciones de frecuencia que van desde “No he estado haciendo esto en absoluto” hasta “He estado haciendo esto mucho”. Cuenta con un alfa de Cronbach de 0.50 y 0.80 para cada una de sus estrategias (Carver, 1997).

Crespo y Cruzado (1997) realizan esta versión abreviada del cuestionario Ways of Coping, Resulta una versión española que ha sido ampliamente aplicada en la población hispana. Los estilos de afrontamiento que evalúa son:

- Afrontamiento activo: Actividades y acciones ejecutadas para solucionar el problema.
- Auto-distracción: Centrar en actividades que no permitan pensar en el

problema y así olvidarlo.

- Negación: Rechazar lo que está ocurriendo para no enfrentar el problema.
- Uso de sustancias: Ingerir sustancias para esquivar y no hacer frente al problema. poder afrontarla.
- Uso de apoyo emocional: Buscar en terceros afecto y apoyo.
- Uso de apoyo instrumental: Busca ayuda en guías que expliquen la situación problemática por la que se está pasando.
- Retirada de comportamiento: Hacer a un lado el problema, sin asumirlo dejando que se resuelva solo.
- Desahogo: Desahogo de los sentimientos que ha provocado el problema.
- Replanteamiento positivo: Sacar algo bueno del problema aprendiendo de él.
- Planificación: Formulación de un proceso a seguir para controlar el problema.
- Humor: Quitarle importancia al problema para no pensar en ello.
- Aceptación: Reconocer el problema y aceptarlo de manera tranquila.
- Religión: Refugio en espiritualidad.
- Culpa de sí mismo: Auto culpase de los problemas por los que se atraviesa.

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

Es un cuestionario autoadministrado que consta de 20 ítems, su principal objetivo es conocer la red de apoyo social que el individuo percibe tener y la extensión de la misma. Utiliza una escala de tipo Likert de 5 puntos, donde 1 representa a “Nunca” y 5 “Siempre”. Consta de un alfa de Cronbach de 0.97 y para las subescalas entre 0.91 y 0.96. Son cuatro las dimensiones que se pueden identificar con este cuestionario.

- Apoyo emocional: Alguien que preste guía y consejo.
- Apoyo instrumental: Alguien que presta ayuda en casa.
- Amor y cariño: Alguien para comunicarse, con quien distraerse en tiempo de ocio y brinde afecto.

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

Este cuestionario es una versión abreviada del EPQR, consta de 24 ítems y avalúa la personalidad del individuo en base a cuatro rasgos:

- Neuroticismo. – Una alta puntuación en este rasgo es característica de las personas con dificultades para exteriorizar de manera adecuada sus emociones. Se puede observar inestabilidad emocional, con subidas y bajadas del estado de ánimo.
- Extroversión. - Es un rasgo que se expresa en personas altamente expresivas, impulsivas, desinhibidas y sociables. El otro lado de este rasgo sería la introversión que se caracteriza por la poca sociabilidad, reflexión, pesimismo, entre otros.
- Psicoticismo. – Las personas con puntuaciones altas en psicoticismo tienden a ser violentas, insensibles, poco empáticas, extravagantes y antisociales. Por lo general las personas relacionadas con este rasgo presentan algún tipo de trastorno mental.
- Sinceridad. - Medida sobre deseabilidad social, destinada a medir la tendencia a mentir al responder la prueba.

Cada una de estas cuatro subescalas cuenta con seis ítems cada una. Las respuestas posibles oscilan entre SI y NO. Las puntuaciones altas indican que el rasgo está presente en la personalidad del individuo y estas se califican de 0 a 6. El alfa de Cronbach en relación a las dimensiones es: extraversión 0.74, neuroticismo 0.78, psicoticismo 0.63 y sinceridad de 0.54 (Sandín et al, 2002).

**CAPÍTULO III**  
**ANÁLISIS DE DATOS**



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

VARIABLES	Enfermeros/as	
	n	%
<b>Sexo</b>		
Hombre	10,0	28,6
Mujer	25,0	71,4
<b>Edad</b>		
<i>M</i>	31,7	
<i>DT</i>	6,8	
Max	53,0	
Min	23,0	
<b>Número de hijos/as</b>		
<i>M</i>	1,1	
<i>DT</i>	1,0	
Max	3,0	
Min	0,0	
<b>Etnia</b>		
Mestizo/a	34,0	97,1
Blanco/a	1,0	2,9
Afroecuatoriano/a	0,0	0,0
Indígena	0,0	0,0
<b>Estado civil</b>		
Soltero/a	16,0	45,7
Casado/a	13,0	37,1
Viudo/a	0,0	0,0
Divorciado/a	2,0	5,7
Unión libre	4,0	11,4

Fuente: Cuestionario sociodemográfico AD HOC  
Elaborado por: Katerine Gudiño Bonilla

En la tabla 2 podemos ver la información sociodemográfica, con relación a la variable género, el porcentaje de profesionales en enfermería mujeres es del 71,4%, mientras que el porcentaje de enfermeros varones es de 28,6%. En cuanto a la edad, la media es de 31,7 años, con un máximo de 53,0 años y un mínimo de 23,0 años.

El número de hijos en promedio de la muestra es de 1,1. En la variable etnia el 97,1% de los profesionales se considera mestizo, mientras que el 2,9% blanco. Por último, 45,7% de los y las enfermeras está soltero/a y el 37,1% está casado/a.

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

VARIABLES	Enfermeros/as	
	n	%
<b>Ingresos mensuales</b>		
0 a 1000	9,0	25,7
1001 a 2000	23,0	65,7
2001 a 3000	2,0	5,7
3001 a 4000	1,0	2,9
<b>Experiencia profesional</b>		
<i>M</i>	5,5	
<i>DT</i>	4,8	
Max	20,0	
Min	2,0	
<b>Sector en el que trabaja</b>		
Público	26,0	74,3
Privado	9,0	25,7
Ambos	0,0	0,0
<b>Tipo de contrato</b>		
Eventual	1,0	2,9
Ocasional	28,0	82,4
Plazo fijo	1,0	2,9
Nombramiento	3,0	8,8
Servicios profesionales	1,0	2,9
Ninguno	0,0	0,0
<b>Nº de pacientes/día</b>		
<i>M</i>	23,7	
<i>DT</i>	14,9	
Max	60,0	
Min	0,0	
<b>Horas de trabajo/día</b>		
<i>M</i>	8,8	
<i>DT</i>	2,5	
Max	15,0	
Min	6,0	
<b>Recursos Institucionales</b>		
Totalmente	9,0	25,7
Mediadamente	21,0	60,0
Poco	5,0	14,3
Nada	0,0	0,0
<b>Turnos</b>		
Si	28,0	82,4
No	6,0	17,6

Fuente: Cuestionario de variables laborales AD HOC  
 Elaborado por: Katerine Gudiño Bonilla.

Con respecto a las características laborales de los profesionales en enfermería expresadas en la tabla 3, podemos observar que un 65,7% de enfermeros/as recibe una remuneración que oscila entre 1001 a 2000 dólares mensuales, en segundo lugar, en rango de remuneración vemos que el 25,7% percibe ingresos mensuales de 0 a 1000 dólares mensuales.

La experiencia profesional media es de 5,5 años, con 20 años máximo y 2 años mínimo. Vemos que la mayoría de profesionales (74,3%) brinda sus servicios en una entidad pública y que la otra parte de la muestra (25,7%) en una entidad privada.

El tipo de contrato que predomina en los y las profesionales de enfermería es el ocasional con un 82,4%, seguido de nombramientos con un 8,8%. El promedio de pacientes que se atienden por día se encuentra en los 23,7, con un máximo de 60 y un mínimo de 0 pacientes.

Son 8,8 horas que en promedio un enfermero/a trabaja diariamente, máximo 15 horas y mínimo 6 horas. El 60% de evaluados considera que la institución esta medianamente equipada con los recursos necesarios, mientras que el 25,7% considera que se encuentra totalmente equipada. Un 82,4% de los profesionales debe trabajar turnos y un 17,6% no labora en este horario.

**Tabla 4. Percepción del clima laboral de los profesionales de la salud.**

		Profesión	
		Enfermero/a	
		N	% de columna
¿Cuán valorado se siente por sus pacientes?	Nada	3	8,6%
	Poco	5	14,3%
	Bastante	21	60,0%
	Totalmente	6	17,1%
¿Cuán valorado se siente por los familiares de los pacientes?	Nada	4	11,4%
	Poco	13	37,1%
	Bastante	11	31,4%
	Totalmente	7	20,0%
¿Cuán valorado se siente por sus compañeros de profesión?	Nada	2	5,7%
	Poco	10	28,6%
	Bastante	19	54,3%
	Totalmente	4	11,4%
¿Cuán valorado se siente por los directivos la institución?	Nada	5	14,3%
	Poco	11	31,4%
	Bastante	17	48,6%
	Totalmente	2	5,7%
¿Está satisfecho con el trabajo que realiza?	Nada	0	0,0%
	Poco	2	5,7%
	Bastante	13	37,1%
	Totalmente	20	57,1%
¿Está satisfecho en su interacción con los pacientes?	Nada	0	0,0%
	Poco	2	5,9%
	Bastante	19	55,9%
	Totalmente	13	38,2%
¿Está satisfecho con el apoyo brindado por parte de los directivos de la institución?	Nada	2	5,7%
	Poco	18	51,4%
	Bastante	10	28,6%
	Totalmente	5	14,3%
¿Está satisfecho con la colaboración entre compañeros de trabajo?	Nada	0	0,0%
	Poco	9	25,7%
	Bastante	22	62,9%
	Totalmente	4	11,4%
¿Está satisfecho con la valoración global de su experiencia profesional?	Nada	0	0,0%
	Poco	5	14,3%
	Bastante	20	57,1%

¿Está satisfecho con su situación económica?	Totalmente	10	28,6%
	Nada	1	2,9%
	Poco	16	45,7%
	Bastante	12	34,3%
	Totalmente	6	17,1%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y clima laboral AD HOC.

Elaborado por: Katerine Gudiño Bonilla.

En la tabla 4 se encuentran los resultados de la percepción del clima laboral. Un 60% de profesionales se sienten bastante valorados por sus pacientes, 17,1% totalmente valorados, 14,3% poco valorados y 8,6% nada valorados.

Con respecto a la valoración por parte de los familiares de los pacientes, 37,1% expresaron sentirse poco valorados, 31,4% bastante, 20,0% totalmente y 11,4% nada valorados. El 54,3% afirmó sentirse bastante valorados por sus compañeros de trabajo, por otro lado, el 28,6% se considera poco valorado, el 11,4% totalmente y el 5,7% nada valorado.

El 57,1% de la muestra afirmó que está satisfecho con el trabajo que realiza, el 37,1% está bastante satisfecho y el 5,7% siente poca satisfacción. En relación a la satisfacción en la interacción con los pacientes, el 55,9% afirmó sentirse bastante satisfecho, el 38,2% está totalmente satisfecho y el 5,9% poco satisfecho.

En cuanto a la valoración que perciben los profesionales por parte de los directivos de la institución, un 48,6% manifiesta sentirse bastante valorado, un 31,4% siente poca valoración, 14,3% no siente nada de valoración y un 5,7% se siente totalmente valorado.

En la cuestión colaboración entre compañeros de trabajo, el 62,9% dice estar bastante satisfecho, el 25,7% poco y el 11,4% totalmente satisfecho. El porcentaje de profesionales que se sienten satisfechos con la valoración global de su experiencia profesional es de 57,1%, el 28,6% está en totalmente satisfecho y el 14,3% poco satisfecho. Por último 45,7% está poco satisfecho con su situación económica, el 34,3% dice sentirse bastante satisfecho y el 17,1% totalmente satisfecho.

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

		Profesión	
		Enfermero/a	
		N	% de columna
Agotamiento emocional	Bajo	18	51,4%
	Medio	4	11,4%
	Alto	13	37,1%
Despersonalización	Bajo	16	45,7%
	Medio	13	37,1%
	Alto	6	17,1%
Realización personal	Alto	12	34,3%
	Medio	14	40,0%
	Bajo	9	25,7%

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

Elaborado por: Katerine Gudiño Bonilla.

En la tabla 5 podemos apreciar los porcentajes en las dimensiones del Burnout. En relación al agotamiento emocional el 51,4% de la muestra presentó un nivel bajo, 11,4% un nivel medio y un 37,1% nivel alto. En la dimensión de despersonalización vemos un nivel bajo de 45,7%, un nivel medio de 37,1% y un nivel alto de 17,1%. En la tercera dimensión referente a la realización personal se puede observar un 34,3% en el nivel alto, 40,0% en el nivel medio y un 25,7% en el nivel bajo.

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

		Profesión	
		Enfermero/a	
		N	% de columna
Burnout	No presencia	34	97,1%
	Presencia	1	2,9%

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

Elaborado por: Katerine Gudiño Bonilla.

La tabla 6 nos muestra la presencia o no presencia del Burnout, vemos que un 97,1% de los profesionales de la salud no presentan el síndrome, mientras que el 2,9% de los evaluados evidencian la presencia del Burnout.

**Tabla 7. Malestar emocional de los profesionales de la salud.**

		Profesión	
		Enfermero/a	
		N	% de columna
Síntomas somáticos	No caso	27	77,1%
	Caso	8	22,9%
Ansiedad	No caso	26	74,3%
	Caso	9	25,7%
Disfunción social	No caso	35	100,0%
	Caso	0	0,0%
Depresión	No caso	33	94,3%
	Caso	2	5,7%

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

Elaborado por: Katerine Gudiño Bonilla.

Con respecto al malestar emocional resumido en la tabla 7 se puede afirmar que el 77,1% no registra síntomas somáticos, aunque un 22,9% si los presenta. La ansiedad se evidencia en un 25,7% mientras un 74,3% afirma no sentirla. No existe registro en la variable de disfunción social y la mayoría (94,3%) no presenta depresión, en este caso solo existe un porcentaje de 5,7% que afirma sentirse deprimido.

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

	Profesión			
	Enfermero/a			
	M	DT	Máx.	Mín.
Auto distracción	2,37	2,02	6,00	,00
Afrontamiento activo	2,37	1,75	6,00	,00
Negación	1,23	1,55	6,00	,00
Uso de sustancias	,37	,91	4,00	,00
Apoyo emocional	2,06	2,00	6,00	,00
Apoyo instrumental	1,83	1,56	6,00	,00
Retirada de comportamiento	1,37	1,52	5,00	,00
Desahogo	1,49	1,74	6,00	,00
Replanteamiento positivo	2,23	1,83	6,00	,00
Planificación	2,20	1,84	6,00	,00
Humor	1,49	1,25	5,00	,00
Aceptación	2,26	2,02	6,00	,00
Religión	1,74	1,82	6,00	,00
Culpa de sí mismo	1,74	1,54	6,00	,00

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

Elaborado por: Katerine Gudiño Bonilla.

En base a la tabla 8 podemos afirmar que la estrategia de afrontamiento más utilizada por los profesionales en enfermería son la auto distracción y el afrontamiento activo, las dos con una media de 2,37. La segunda estrategia más usada es la aceptación con 2,26 y la tercera el replanteamiento positivo con 2,23, seguida de la planificación con 2,20.

Las estrategias que los y las enfermeras/os menos utilizan son: Apoyo emocional con una media de 2,06, apoyo instrumental con 1,83, religión y culpa de sí mismo ambas con una media de 1,74, desahogo y humor ambas con 1,49, retirada de comportamiento con 1,37, negación con 1,23 y la estrategia de afrontamiento menos usada es el uso de sustancias con una media de 0,37.

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

	Profesión			
	Enfermero/a			
	M	DT	Máx.	Mín.
Apoyo emocional	65,79	21,52	100,00	32,50
Apoyo instrumental	65,14	22,77	100,00	25,00
Relaciones sociales	70,71	21,93	100,00	35,00
Amor y cariño	73,14	22,43	100,00	40,00

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

Elaborado por: Katerine Gudiño Bonilla.

El apoyo social percibido se puede observar resumido en la tabla 9. En cuestión al apoyo emocional la media es de 65,79, con una máxima de 100,00 y una mínima de 32,50. El apoyo instrumental posee una media de 65,14 con una máxima de 100,00 y una mínima de 25,00. La media de las relaciones sociales es de 70,71 con una máxima de 100,00 y una mínima de 35,00. La media de la variable amor y cariño presenta una media de 73,14, con una máxima de 100,00 y una mínima de 40,00.

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

	Profesión			
	Enfermero/a			
	M	DT.	Máx.	Mín.
Neuroticismo	1,51	1,76	6,00	,00
Extroversión	4,29	1,82	6,00	,00
Psicoticismo	2,17	1,34	5,00	,00

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

Elaborado por: Katerine Gudiño Bonilla.

En la tabla 10 se registran los rasgos de personalidad, en esta tabla se evidencia la extroversión como el rasgo dominante dentro de la muestra, la media registrada de este rasgo es de 4,29. El rasgo que le sigue es el psicotismo con una media de 2,17 y por último el neuroticismo con 1,51.



## **CAPÍTULO IV**

### **DISCUSIÓN**

Para realizar el análisis de los datos se tomó en cuenta a 35 de los 40 profesionales evaluados, que cumplieran con los criterios de inclusión definidos como parte de la metodología. El objetivo central de la presente investigación fue identificar la prevalencia del Síndrome de Burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal) en una muestra de enfermeras de dos entidades de salud al norte y sur de la ciudad de Quito durante el año 2018.

En base al estudio de datos podemos ver que el 2,9% de los evaluados evidencian la presencia del síndrome. Los datos de la presente investigación concuerdan con los datos recogidos por Ramírez et al. (2018) en 24 provincias del Ecuador donde se determinó que 2,6% de los evaluados presentan el síndrome. Otro estudio realizado por Grau, Suñe y García (2005) en España y ocho países de América Latina identificó una prevalencia en las enfermeras de la muestra estudiada de 7.2%. Se puede apreciar que los porcentajes de prevalencia en estos casos son relativamente bajos y que están en relación con los resultados de esta investigación.

Con respecto a las dimensiones del Burnout el agotamiento emocional presenta un nivel alto con 37,1%, la despersonalización también muestra un nivel alto de 17,1% y la realización presenta un nivel alto y un nivel bajo de 25,7%. Vemos que la dimensión de agotamiento emocional es la que se manifiesta con el mayor porcentaje, aunque su valor no sobrepasa el nivel bajo (51,4%). La sustentación teórica nos ha demostrado que la dimensión de agotamiento emocional es la que suele predominar en los estudios de prevalencia del Síndrome. Es así en el caso de una muestra de 10,000 enfermeras de hospitales en Estados Unidos donde el 43% presentaban cansancio emocional (Aiken et al, 2001).

De la muestra estudiada se determinó que 25 son mujeres (71,4%), y 10 son hombres (28,6%). Nesatta (2013) respalda esta cifra en su investigación sobre género en los profesionales de salud. En este documento recopila varios estudios donde se confirma que el género femenino predomina ante el masculino, sobre todo en profesiones que brindan cuidado y atención a otras personas.

En la variable edad podemos ver que el promedio es de 31,7 años, desde el punto de vista de esta variable, Manzano y Ramos (2001) nos dicen que a mayor edad mayor la probabilidad padecer del síndrome, vemos que en el caso de esta investigación la

mayoría de profesionales son jóvenes lo que según los autores influiría en la baja incidencia del Burnout.

El promedio de hijos que los profesionales afirman tener es de 1,1 y el 97,1% de los y las enfermeros/as mostro la tendencia a definirse a sí mismo como mestizo. En lo que respecta al estado civil podemos ver que 45,7% de la muestra esta soltera y el 37,1% está casada, estas dos cifras están relacionadas con los datos recolectados en la provincia de Pichincha (INEC, 2010) donde el 34,9% de la población es soltera y el 39,2% está casada, en relación con las estadísticas nacionales vemos que el 46,5% está soltera y el 50% casada.

En cuestión a ingresos el 65,7% de los y las profesionales de la salud perciben un salario entre 1001 y 2000, esta cifra concuerda con los datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en Hogares Urbanos y Rurales donde se verificó que en el área urbana el ingreso promedio es de \$1.046,3 (INEC, 2012). También se puede afirmar que la remuneración que perciben los profesionales está dentro de la canasta básica familiar que hasta mayo del 2018 es de \$ 720,53 (INEC, 2018).

En lo referente a la variable tipo de contrato podemos indicar que el 73,3% trabaja en el sector público y el 25,7% en el sector privado, esto se da porque la mayor parte de los datos fueron recolectados en un hospital público en la ciudad de Quito. La tasa de profesionales de enfermería que se encuentran en la provincia de Pichincha es de 15,46 y según el INEC (2010) el 48,2% de la población en la provincia de Pichincha trabaja en el sector privado y el 19,2% en el público, estos datos no estarían en concordancia con los recolectados en esta investigación.

Vemos también que la mayoría de contratos son ocasionales (82,4%), el Reglamento de la LOSEP (2010) en su artículo 143, establece que el plazo máximo de duración del contrato ocasional será de hasta doce meses o hasta finalizar el ejercicio fiscal en curso. En segundo lugar, en la muestra está el tipo de contrato por nombramiento con 8,8%. Según el INEC (2014) los dos tipos de contrato que más se presentan en los trabajadores a nivel nacional es el permanente o indefinido (35,9%) y el ocasional (32,4%).

La media de pacientes que un enfermero/a debe atender diariamente es de 23,7, el número máximo de pacientes que se registra es de 60,0. Esta es una cifra considerablemente alta tomando en cuenta que la ratio de pacientes por enfermero/a en

Europa es del 8,3 (SATSE, 2013). Además “en el estado de California, desde 1999, se establece un marco legislativo en el que se fija una ratio mínima de 6 pacientes por enfermera, hasta llegar a un número de 5 en el año 2005” (Morales, Del Río, Terol, Jiménez, Santos y Morilla, 2005, p.2). En el Ecuador un estudio realizado por Ramírez et al. (2018) arroja que la media de pacientes que atiende un profesional de la salud es de 18,7, con un mínimo de 0 y un máximo de 45 pacientes. Un estudio realizado por Aiken, Clarke, Sloane, Sochal y Silber (2002) a 10184 enfermeras de varios hospitales de Pensilvania concluyó que a mayor número de pacientes que atiende una enfermera por día mayor el riesgo a experimentar agotamiento e insatisfacción laboral. En la presente investigación podemos ver que existe un gran número de pacientes que atienden los y las enfermeros/as por día, este dato no explicaría el bajo nivel de prevalencia del Síndrome, sin embargo, este factor sería determinante en los 2,9% que sí presenta el síndrome.

La media de horas de trabajo registrado en la recolección de datos es de 8,8, lo cual se acoge al código de trabajo ecuatoriano. La ley estipula una jornada diaria de trabajo de 8 horas, sin embargo, hay que tomar en cuenta que en esta variable los turnos de los enfermeros/as puede llegar a durar hasta 15 horas, esto debido a la alta demanda de atención que requiere el cuidado de pacientes en el área de la salud. Esta situación está respaldada por el decreto ejecutivo 0169 donde se aprueba una carga laboral en horarios rotativos debido a necesidades específicas de la institución o negocio (Ministerio de Relaciones Laborales, 2012).

El 60% de las enfermeras/os están de acuerdo que la institución está medianamente equipada con los recursos necesarios, un 25,7% aclara que está totalmente equipada. El presupuesto que invierte el gobierno en salud, fue de 2.570 millones de dólares en el año 2015, cantidad que se ha incrementado comparado a los 1.153 millones que se destinaban en el año 2010 (Ministerio de Salud Pública, 2015). A pesar del incremento, el Ecuador se queda abajo en relación a otros países que destinan casi la cuarta parte de su presupuesto a esta necesidad primaria, por ejemplo, según el informe World Health Statistics (2015), Costa Rica es el país que más gasta en salud con un porcentaje de inversión de 27,7%. Esta sería la razón por la que la mayoría de la muestra concuerda en afirmar que la entidad donde trabaja esta medianamente equipada.

El porcentaje de profesionales que debe cumplir con turnos rotativos es de 82,4%, Esto evidencia que la mayoría de enfermeros/as trabaja largas jornadas. Barker (2011) realizó una investigación en 745 profesionales de enfermería donde encontró niveles

altos de fatiga física y mental. Barker encontró una relación causal entre prolongadas horas de trabajo y la fatiga. En esta investigación los turnos rotativos explicarían la presencia del síndrome en el 2,9% de la muestra y el 37,1% de cansancio emocional. Gil-Monte y Piero (1999), afirman en sus investigaciones que la satisfacción posee una alta relación con las tres dimensiones del Burnout, sobre todo con el agotamiento. En base a los resultados obtenidos sobre la satisfacción en el trabajo y valoración por parte de pacientes, familiares de pacientes y directivos podemos ver que los porcentajes más relevantes son: 60% de profesionales se sienten bastante valorados por sus pacientes, el 37,1% expresaron sentirse poco valorados por parte de los familiares de los pacientes.

Con respecto a la valoración que experimentan los profesionales por parte de los pacientes, compañeros, directivos, familiares de pacientes y por su propio trabajo podemos ver que la media de todos los porcentajes relacionados con la satisfacción es de 54,5%, esto indica que más de la mitad se encuentra conforme con la valoración hacia su labor. Sin duda este porcentaje es una clara evidencia de porque no existe un índice alto del síndrome en la muestra. Demerouti, Bakker, Nachreiner y Schaufeli (2000) realizaron un estudio sobre el Burnout en 109 enfermeras y su relación con la satisfacción, estos autores concluyeron que la disminución de la satisfacción en el trabajo está determinada por una alta exigencia laboral, lo cual a su vez genera agotamiento emocional y despersonalización.

En relación al malestar emocional podemos ver que el 22,9% dice padecer síntomas somáticos, la ansiedad se da en el 25,7% de los casos y el 5,7% afirma sentirse deprimido. Estos resultados están en concordancia con bajo índice de agotamiento emocional y despersonalización. También se puede afirmar el que son relativamente bajos en relación a otros estudios realizados, por ejemplo, Ríos, Peñalver y Godoy (2008), realizaron una investigación para conocer el Burnout y la salud percibida en profesionales de enfermería en España, de los 56 evaluados, 42,9% presentaron malestar psíquico, con una mayor incidencia de síntomas somáticos de origen psicológico y de los síntomas de ansiedad e insomnio.

Las estrategias de afrontamiento forman parte de las conductas de las personas e inciden en la vulnerabilidad al síndrome. Implican esfuerzos cognitivos y conductuales para sobrellevar demandas internas o externas que representan para el individuo desafíos personales (Lazarus y Folkman, 1986). En esta investigación podemos ver que la estrategia de afrontamiento más utilizada por los profesionales en enfermería son la

auto distracción y el afrontamiento activo, las dos con una media de 2,37. La segunda estrategia más usada es la aceptación con 2,26 y la estrategia de afrontamiento menos usada es el uso de sustancias con una media de 0,37. La auto distracción implica enfocarse en otros proyectos y concentrarse en diversas actividades para distraer la mente del problema o la situación que causa estrés. El afrontamiento activo es un tipo de respuesta centrada en el problema que implica realizar acciones para eliminar o aminorar los estresores. La aceptación es evitar la negación y entender que la situación está pasando (Carver, 1997).

Con respecto a la percepción de apoyo podemos ver que la variable más relevante es amor y cariño, la media de esta variable es de 73,14, y significa las expresiones de afecto que son expresadas hacia la persona, ya sea por medio de caricias, abrazos, palabras, entre otros. El segundo tipo de apoyo que más percibe la muestra son las relaciones sociales con una media de 70,71, este tipo de apoyo se refiere a la percepción de contar con otras personas como amigos para realizar actividades de distracción. Los dos tipos de apoyo menos utilizadas pero que igual cuentan con una media alta son el apoyo emocional (65,79) y el apoyo instrumental (65,14). El apoyo emocional tiene que ver con las expresiones de sentimientos y afectos, el apoyo instrumental es la percepción de ayuda material que la persona puede recibir de otras personas (Sherbourne y Steward, 1991).

Según el DSM-IV (1996) un rasgo de personalidad es un patrón persistente de comportamiento que incluye percepción, pensamiento y forma de relacionarse con el entorno. En esta investigación podemos ver que el rasgo de personalidad con el que la mayoría de la muestra se identifica es la extroversión (4,29), seguido de psicotismo (2,17) y por último el neuroticismo (1,51). Eysenck (1982) afirma que el rasgo de personalidad extrovertida se caracteriza por la apertura y la espontaneidad, esto significa que la mayoría de los profesionales evaluados se identifican con estas características y se alejan de la introversión. Una personalidad apegada a la extroversión sería una de las razones por la cual la muestra presentó bajo índice de Burnout. Vemos también que el rasgo con el que menos se identifica la muestra es el neuroticismo, entendiendo al mismo como constantes estados de ansiedad y descontrol emocional (Eysenck, 1979). Esto reafirmaría el hecho de porque la muestra presenta un bajo índice de prevalencia del síndrome. Un estudio realizado a 215 enfermeras en base a los rasgos de personalidad y Burnout halló una relación entre el agotamiento emocional y altos porcentajes neuroticismo (Roth y Pinto, 2010),

## CONCLUSIONES

La presente investigación contó con la colaboración de 35 profesionales en enfermería de los cuales el 71,4 % eran mujeres, su edad promedio es de 31,7 años, la media de hijos es de 1,1 y la mayoría se considera a sí mismo como mestizo. Gran parte de la muestra posee contratos ocasionales, el 45,7% esta soltera y el 37,1% está casada, la media de pacientes que atienden diariamente es de 23,7.

Otros indicadores muestran que la media de horas de trabajo es de 8,8, el 60% de los evaluados están de acuerdo que la institución está medianamente equipada con los recursos necesarios, el porcentaje de profesionales que debe cumplir con turnos rotativos es de 82,4%, por último, la media de todos los porcentajes relacionados con la satisfacción es de 54,5%.

El análisis de las dimensiones del Burnout en la muestra refleja que existe un nivel bajo de agotamiento emocional, un nivel bajo de despersonalización y un nivel medio de realización personal. El 2,9% de los evaluados (1 caso) evidencia la presencia del síndrome. El mismo caso que ha sido identificado con el síndrome afirma no sentirse valorado por sus pacientes, compañeros e institución, tener niveles altos de malestar emocional sobre todo ansiedad y puntuar alto en neuroticismo.

La mayoría de la muestra no presenta Burnout esto se explicaría por las variables positivas que influyen en la vida de los evaluados y que son de gran ayuda al momento de enfrentar las condiciones exigentes que demanda su labor. Se puede afirmar que una de las variables positivas con más relevancia son las estrategias de afrontamiento, la muestra presenta un alto índice en la estrategia de auto distracción y el afrontamiento activo, la segunda estrategia más usada es la aceptación, vemos que estas son características de la personalidad claves para hacer frente a las adversidades.

La muestra también afirma poseer un alto índice en la percepción de apoyo, el amor y cariño es la variable más relevante seguida de las relaciones sociales. Por último, el rasgo de personalidad con el que la mayoría de la muestra se identifica es la extroversión.

Aunque no se evidencia una alta incidencia del síndrome existen factores de riesgo como la baja realización personal que afirman poseer los profesionales, los horarios rotativos, el alto número de pacientes que atiende un profesional diariamente o la baja satisfacción que perciben por parte de la institución.

## RECOMENDACIONES

- Tomando en cuenta que el 97,1% de la muestra no presenta el síndrome es importante que se realicen capacitaciones de prevención basados principalmente en la toma de conciencia del problema.
- Es importante identificar el caso que presenta Burnout y realizar un análisis profundo de la fase en la que se encuentra el síndrome para que tanto el individuo como la institución tomen las acciones correspondientes que le permitan al profesional hacer frente a los síntomas que presenta.
- Considerando que la muestra presenta un nivel medio de realización personal, se recomienda trabajar en conjunto con recursos humanos para informar a los profesionales sobre su plan de carrera (oportunidades que tienen para un ascenso) y las capacidades requeridas para su puesto, mejorando de esta manera su percepción en torno a la realización personal, su posibilidad de éxito dentro de la institución y el conocimiento de lo que se espera él.
- Existe un alto porcentaje en la percepción de apoyo social recibido, para fortalecer dicha percepción dentro del área de trabajo se recomienda desarrollar programas de cohesión grupal en el que participen profesionales de diferentes áreas relacionadas al departamento de enfermería, por medio de estos programas crear vínculos entre los participantes y mejorar la comunicación entre los mismos, el objetivo es lograr que se refuercen las fuentes de apoyo.
- Coordinar charlas sobre el Burnout dirigidas por profesionales con basto conocimiento en el tema para brindar información sobre: definición, causas, síntomas, estilos de afrontamiento, consecuencias, entre otros.
- El presente estudio se realizó en enfermeras, pero es importante realizar evaluaciones periódicas a todo el personal de salud que brinde información sobre la incidencia del síndrome tanto en médicos como en enfermeras.
- Analizar los factores de riesgo que presenta la muestra: horarios rotativos, número de pacientes, tipo de contrato, entre otros. Intervenir desde varios aspectos para que estos factores no se conviertan en determinantes en la posible aparición del síndrome.
- La tecnología avanza rápidamente, por ello es importante que las próximas investigaciones indaguen sobre el burnout y su relación con el manejo de máquinas y ordenadores al servicio de la salud.



## BIBLIOGRAFÍA

- Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., Sochalski, J., Busse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, A. y Shamian, J. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*; 20(3):43-53.
- Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., Sochalski, J y Silber, J. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *JAMA*. 288:1987-93.
- Aluja, A. (1997). *Burnout profesional en maestros y su relación con indicadores de salud mental*. Boletín de Psicología, 55, 47-61.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: Freeman.
- Barker, L. y Nussbaum, A. (2011). Fatigue, performance and the work environment: a survey of registered nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 67(6): 1370-1382
- Bloch, A. (1976). "The battered teacher". *Today's Education*. n°. 2. 66, 58-62.
- Buunk, B. y Schaufeli, W. (1993). Burnout: A perspective from social comparison theory. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 53-66). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.
- Cherniss, C. (1980). *Professional burnout in the human service organizations*. New York: Praeger.
- Cherniss, C. (1993). The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 135-149). London: Taylor & Francis.
- Contreras, S., Ávalos, M., Romeo, H., Morales, M. y Córdova, J. (2013). Síndrome de Burnout, funcionalidad familiar y factores relacionados en personal médico y de enfermería de un hospital de Villahermosa Tabasco, México. *Revista Horizonte Sanitario*. Vol. 12. (N. 2).

- Cox, T., Kuk, G. y Leiter, M. (1993). Burnout, Health, Work Stress and Organizational Healthiness, En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek. (Eds). *Professional burnout: recent Developments in Theory and research*. London: Taylor and Francis.
- Da Silva, H., Daniel, E. y Pérez, A. (1999). Estudio del síndrome de desgaste profesional entre los profesionales sanitarios de un hospital general. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 27(5), 310-320
- Dávila, J. y Romero, P. (2010). *Relación entre el síndrome del Burnout y la percepción sobre el clima organizacional en médicos del área de emergencia*. (Tesis de Grado Universidad Católica Andrés Bello). Recuperado de.- <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2013/05/42/Parrilla-Eunice.pdf>
- Demerouti, E., Bakker, A., Nachreiner, F. y Schaufeli W. (2000). A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *En: Pub Med. Pub Med. Oxford*. Vol 32 N° 2, págs. 454-464.
- DSM-IV. American Psychiatric Association (1996). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Masson.
- Edelwich, J. y Brodsky, A. (1980). *Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions*. Nueva York: Human Sciences Press.
- Eysenck, H. (1979). Personality factors in a random sample of the population. *Psychological Reports*. Vol. 44, págs. 1023 – 1027.
- Eysenck, H. (1982). *Fundamentos biológicos de la personalidad*. Barcelona: Fontanella.
- Farber, B. (2000). Understanding and Treating Burnout in a Changing Culture. *JCLP/In Session. Psychotherapy in Practice*. 56:589–594
- Fidalgo, M. (2006). Síndrome de estar quemado por el trabajo o “Burnout”: Definición y proceso de generación. *Instituto Nacional de Seguridad en el Trabajo*.

Recuperado

de.-

[http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp\\_704.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_704.pdf)

Freundenberger, J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.

García, A. (2014). Entrevista con Christina Maslach: reflexiones sobre el síndrome de Burnout. *Liberabit*. vol.20 no.2. Recuperado de. - [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-48272014000200001](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272014000200001)

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

Gil-Monte, P. y Pieró, J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Revista anales de psicología*. Vol. 15. N. 2. 261-268.

Gil-Monte, P. (2003). Burnout syndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás? *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. Vol. 19, núm. 2, pp. 181-197. Disponible en. - [http://www.um.es/analesps/v15/v15\\_2pdf/12v98\\_05Llag2.PDF](http://www.um.es/analesps/v15/v15_2pdf/12v98_05Llag2.PDF)

Gil-Monte, P y Moreno-Jiménez, B. (2007). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): grupos profesionales de riesgo*. Madrid: Pirámide.

Gil-Monte, P. R. (2011). CESQT. Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo. *TEA Ediciones*. Recuperado de. - <http://www.redalyc.org/pdf/4596/459645436012.pdf>

Golembiewski, R., Munzenrider, R. Carter, M. (1983). Phases of Progressive burnout and their work site covariants. Critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science*. 19 (4) 461-481.

González, M., Lacasta, M. y Ordóñez, A. (2008). *El Síndrome de Agotamiento Profesional en Oncología*. España: Editorial Médica Panamericana.

- González, J., Ramírez, A., Aristizábal, A., López, M., Valencia, A., Montoya, S. y Agudelo, M. (2013). *El Síndrome de Burnout en el Desempeño Laboral*. Disponible en.- <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/629/Jairo%20E%20Gonzalez%20Ramirez.pdf;jsessionid=3002F6C99D5017AC765613A73D4E1CF9?sequence=1>
- Grau, A. Suñe, R. García, M. (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gac Sanit.* 2005;19(6):463-470
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M. y Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transaccionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Revista Española de Salud Pública.* 83:215–30.
- Harrison, W. (1983). A social competence model of burnout. En B. A. Farber (Ed.), *Stress and burnout in the human services professions* (pp. 29-39). New York: Pergamon Press.
- Harrison, B. (1999). ¿Are you destined to burn out? *Fund Raising Management*, 30, 25–27.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista L, (2010). *Metodología de la Investigación*. Quinta edición. México D.F: Mc Graw Hill.
- Hobfoll, S. E. y Freedy, J. (1993). Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 115-129). London: Taylor & Francis. Disponible en.- <http://psycnet.apa.org/record/1993-97794-007>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, INEC (2010). *Resultados del censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador. Fascículo provincial Pichincha*. Disponible en. - <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/pichincha.pdf>

- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, INEC (2012). *INEC presenta resultados de la Encuesta de Ingresos y Gastos*. Disponible en. - <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/inec-presenta-resultados-de-la-encuesta-de-ingresos-y-gastos/>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, INEC (2014). *Compendio estadístico 2014*. Disponible en. - [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web/inec/Bibliotecas/Compendio/Compendio-2014/COMPENDIO\\_ESTADISTICO\\_2014.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web/inec/Bibliotecas/Compendio/Compendio-2014/COMPENDIO_ESTADISTICO_2014.pdf)
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, INEC (2014). Anuario de Estadística de Salud: Recursos y Actividades 2014. Dirección de estadística sociodemográficas. Disponible en. - [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/Recursos\\_Actividades\\_de\\_Salud/Publicaciones/Anuario\\_R ec\\_Act\\_Salud\\_2014.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/Publicaciones/Anuario_R ec_Act_Salud_2014.pdf)
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, INEC (2018). Canastas Analíticas. Canasta familiar de la economía dolarizada. *Informe Ejecutivo Canastas Analíticas*. Disponible en..- [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web/inec/Inflacion/canastas/Canastas\\_2018/Mayo-2018/1.%20Informe\\_Ejecutivo\\_Canastas\\_Analiticas\\_may\\_2018.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web/inec/Inflacion/canastas/Canastas_2018/Mayo-2018/1.%20Informe_Ejecutivo_Canastas_Analiticas_may_2018.pdf)
- Instituto Nacional de seguridad e Higiene en el trabajo, INSHT (2005). *Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación*. Disponible en. - [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp\\_704.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_704.pdf)
- Kobasa, S. (1979). Stressful life events, personality and health. An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, 1-11
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca
- Leiter, M. (1989). Conceptual implications of two models of burnout: A response to Golembiewski. *Group and Organization Studies*, 14 (1) 15-22.
- Leiter, M. (1992). Burn-out as a crisis in self-efficacy: Conceptual and practical implications. *Work y Stress*, 6, 107-115.

- Leiter, M. (1993). Burnout as a developmental process: consideration of models. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek. (Eds). *Professional burnout: recent Developments in Theory and research*. London: Taylor and Francis
- Leiter, M y Schaufeli, W. (1996). Consistency of Burnout construct across occupations. *Anxiety, Estress and Coping*. 9, 229-243.
- López, V. L. (2013). *Rasgos, trastornos de personalidad y comorbilidad psiquiátrica de profesionales sanitarios con síndrome de burnout*. (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid, España. Disponible en. - <http://eprints.ucm.es/21683/1/T34525.pdf>
- Ley Orgánica de Servicio Público, LOSEP (2010). *Ley Orgánica de Servicio Público*. Disponible en. - <https://www.industrias.gob.ec/wp-content/uploads/2017/05/Ley-Org%C3%A1nica-de-Servicio-P%C3%BAblico.pdf>
- Madrigal, M. (2006). “Burnout’ en médicos: aproximaciones teóricas y algunos diagnósticos diferenciales”. *Revista de Medicina Legal de Costa Rica* 23. 137-153. Disponible en. - <http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v23n2/3477.pdf>
- Manassero, M., Ferrer, V., Vázquez, A., Gili, M., Simó, F. y Bes, P. (1998). *Variables predictoras de agotamiento laboral en profesores no universitarios. Nuevos conceptos, controversias y aplicaciones*. Madrid: Pirámide. 227-235.
- Manzano, G. y Ramos, C. (2001). Profesionales con alto riesgo de padecer burnout: enfermeras y secretarias. *Interpsiquis*. Disponible en <http://www.intersalud.es>
- Manzano, G. (2001). Estrés crónico laboral asistencial (burnout) en las administraciones públicas. *Dirección, Organización y Administración de Empresa*. 25, 148-159.
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, 5, 16-22.
- Maslach, C. (1978). Job Burnout. How people cope. *Public Welfare*, 36 (2) 56-59.

- Maslach, C. y Jackson, S. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1986). MBI: Maslach Burnout Inventory. Manual Research Edition. *Consulting Psuchologists Press*.
- Maslach, C., Jackson, S. y Leiter, M. (1996). *The Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, C.A.: Consulting Psychologist Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. y Leiter, M. P. (2001). Burnout. *Annual Review of Psychology* 52, 397-422
- Martínez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academic*. N. 112.
- Ministerio de Salud Pública. MSP (2015). *Rendición de cuentas*. Disponible en. - [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/03/ppt\\_rc\\_29.04.15.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/03/ppt_rc_29.04.15.pdf)
- Ministerio de Relaciones Laborales (2012). *Acuerdo Nro. 0169*. Disponible en. - <http://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/01/Normas-que-regulan-la-aplicacion-y-procedimiento-de-autorizaci%C3%B3n-de-horarios-especiales.pdf>
- Morales, J., Del Río, S., Terol, F., Jiménez, G., Santos, M. y Morilla, J (2005). Ratios enfermera-paciente: revisión sistemática de los efectos del número de enfermeras sobre los pacientes, su contexto laboral y los resultados de los hospitales. *Revista de enfermería basada en la evidencia*. Disponible en. - [https://www.researchgate.net/publication/216007860\\_Ratios\\_enfermera-paciente\\_revision\\_sistematica\\_de\\_los\\_efectos\\_del\\_numero\\_de\\_enfermeras\\_sobre\\_los\\_pacientes\\_su\\_contexto\\_laboral\\_y\\_los\\_resultados\\_de\\_los\\_hospitales](https://www.researchgate.net/publication/216007860_Ratios_enfermera-paciente_revision_sistematica_de_los_efectos_del_numero_de_enfermeras_sobre_los_pacientes_su_contexto_laboral_y_los_resultados_de_los_hospitales)
- Moreno, B., Garrosa, E y Gonzáles, J. (2000). El desgaste profesional de enfermería. Desarrollo y validación factorial del CDPE. *Archivo Prevención de Riesgos Laborales*. 18-28

Moreno, B., Garrosa, E., Rodríguez, R y Martínez, M. (2009). El Burnout del Profesorado Universitario y las Intenciones de Abandono: Un Estudio Multi-Muestra. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, vol. 25, núm. 2, pp. 149-163

Nesatta, A. (2013). Burnout y Género. *Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Nacional de San Luis*. Disponible en. - [http://www.nobleseguros.com/src/img\\_up/30052013.1.pdf](http://www.nobleseguros.com/src/img_up/30052013.1.pdf)

Nagy, S y Davis, L. (1985). Burnout: A comparative analysis of personality and environmental variables. *Psychological Reports*. 57 (3) 1319-1326.

Organización Internacional del Trabajo, OIT (2000). *Estrés Laboral. Tema especial*. Disponible en. - [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/genericdocument/wcms\\_475146.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/genericdocument/wcms_475146.pdf)

Organización Mundial de la Salud, OMS. (2000). *La organización del trabajo y el estrés. Serie de protección de la salud de los trabajadores*. n 3. Disponible en. - [http://www.who.int/occupational\\_health/publications/pwh3sp.pdf?ua=1](http://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf?ua=1)

Parrilla, E. (2013). *Síndrome de Burnout en el personal de enfermería del Hospital Dr. Rodolfo Robles Valverde*. (Tesis de Grado). Universidad Rafael Landívar. Guatemala. Recuperado de.- <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2013/05/42/Parrilla-Eunice.pdf>

Peiró, J. y Salvador, A. (1993). *“Control del Estrés Laboral”*. Madrid: Eudema S. A.

Peiró, J. (1994). Intervención psicosocial en Psicología del trabajo y de las organizaciones. *Intervención psicosocial en las organizaciones*. pp. 1-65.

Pines, A y Kafry, D. (1978). Coping with burnout. *Paper presented at the Annual Convention of the American Psychology Association*.

Pines, A., Aronson, E. y Kafry, D. (1981) *Burnout: from tedium to personal growth*. New York: Free Press.



- Pines, A y Aronson E, (1988). *Career Burnout. Causes and cures*. New York, NY: Free Press
- Pines, A. (1993): Burnout: An Existencial Perspective. *Professional burnout: recent developments in theory an research*. 35-55.
- Prieto, L., Robles, E., Salazar, L. y Daniel, E. (2002). Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Atención Primaria*, 29(5), 294-302.
- Price, D. M. & Murphy, P. A. (1984). Staff burnout in the perspective of grief theory. *Death Education*, 8 (1), 47-58.
- Ramírez, M., Otero, P., Blanco, V., Ontaneda, M., Díaz, O., Fernando, L. y Vázquez. (2018). Prevalence and correlates of burnout in health professionals in Ecuador. *Comprehensive Psychiatry*. Disponible en. - [file:///C:/Users/user/Downloads/Ram%C3%ADrez%20et%20al.%20\(2018\)%20Prevalence%20and%20correlates%20of%20burnout%20in%20health%20professionals%20in%20Ecuador%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/Ram%C3%ADrez%20et%20al.%20(2018)%20Prevalence%20and%20correlates%20of%20burnout%20in%20health%20professionals%20in%20Ecuador%20(2).pdf)
- Ríos, M., Peñalver, F. y Godoy, C. (2008). Burnout y salud percibida en profesionales de enfermería de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva*. 19(4):169-78. Disponible en. - [file:///C:/Users/user/Downloads/S1130239908758322\\_S300\\_es%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/S1130239908758322_S300_es%20(1).pdf)
- Roth, E. y Pinto, B. (2010). Síndrome de Burnout, Personalidad y Satisfacción Laboral en Enfermeras de la Ciudad de La Paz. *Ajayu*. Vol. VIII, No.2. Disponible en. - <http://www.ucb.edu.bo/Publicaciones/Ajayu/v8n2/v8n2r4.pdf>
- Salanova, M., Llorens, S., García, M., Burriel, R., Bresó, E., y Schaufeli, W. B. (2005). Towards a four dimensional model of burnout: a multigroup factor-analytic study including depersonalization and cynicism. *Educational and Psychological Measurement*, 65, 901-913.
- Salanova, M., Grau, R., Matrínez, I., Cifre, E., Llorens, S, y García, M. (2004). Nuevos horizontes en la investigación sobre la autoeficacia. *Publicacions de la Universitat Jaume*.

Seiderman, S. (1978). "Combatting Staff Burn-Out." *Day Care and Early Education*.6-9

Schaufeli, W., Leiter, M y Maslach, C. (2008). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14, 204-220. Disponible en. - <https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/311.pdf>

Schaufeli, W., Maassen, G., Bakker, A., y Sixma, H. (2011). Stability and change in burnout: A 10-year follow-up study among primary care physicians. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 84, 248–267. Disponible en. - <http://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/353.pdf>

Sherbourne, C. D., Stewart, & A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine* ,32 (6), 705-714. doi:10.1016/0277- 9536(91)90150-b

GOHNET (2001). *Red Mundial de Salud Ocupacional para fortalecer la formación y la investigación en materia de salud en el trabajo*. Núm. 1. Disponible en. - [http://www.who.int/occupational\\_health/publications/newsletter/en/gohnet1s.pdf?ua=1](http://www.who.int/occupational_health/publications/newsletter/en/gohnet1s.pdf?ua=1)

Thompon. M., Page, S. y Cooper, C. (1993): A test Caver and Scheier's self-control model stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress medicine*, 9(4), 221-225.

Winnubst, J. (1993). *Organizational structure, social support, and burnout. Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 151-162). London: Taylor & Francis.

Worl Health Organization. (2015). Worl Health Statistic. Disponible en.- [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170250/9789240694439\\_eng.pdf;jsessionid=04814FEA782B304543F36F47E37FC27B?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170250/9789240694439_eng.pdf;jsessionid=04814FEA782B304543F36F47E37FC27B?sequence=1)

## **ANEXOS**



**UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA**  
**Cuestionario Sociodemográfico**

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

**Datos Personales**

Género Masculino  Femenino

Edad \_\_\_\_ años

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

La zona en la que trabaja es: Urbana  Rural

Etnia: Mestizo  Blanco  Indígena  Afro ecuatoriano

Estado Civil: Soltero  Casado  Viudo  Divorciado o separado  Unión Libre

Número de Hijos: \_\_\_\_

Vive solo  Vive con otras personas

Recibe su remuneración salarial: Diaria  Semanal  Quincenal  Mensual

No recibe remuneración

La remuneración se encuentra entre:

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

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

**Datos Laborales**

Profesión: Médico/a  Especialidad de medicina en: \_\_\_\_\_  
Enfermera/a

Si está estudiando actualmente escriba el nombre del posgrado: \_\_\_\_\_

Años de experiencia profesional: \_\_\_\_\_

Tipo de trabajo: Tiempo completo  Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado  Público  Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual  Ocasional  Plazo Fijo  Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales  Ninguno

En cuántas instituciones trabaja: \_\_\_\_\_

Horas que trabaja Diariamente \_\_\_\_\_

Horas que trabaja Semanalmente \_\_\_\_\_

Trabajo por turnos: Vespertino  Matutino  Nocturno  Fines de semana  Rotativo

Señale los días en los que usted regularmente trabaja: Lunes  Martes  Miércoles

Jueves  Viernes  Sábado  Domingo  Todos los anteriores

Trabaja usted en turno rotativo: SI  No

En el caso de realizar guardia indique el número de horas: \_\_\_\_\_ y cada cuantos días:

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

Ninguno  25 %  25-50%  50-75%  75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: \_\_\_\_\_

Los tipos de paciente que atiende regularmente son (puede señalar más de una opción):

Oncológicos  Psiquiátricos  Alergias renales  Quirúrgicos  Cardíacos

Neurológicos  Diabéticos  Emergencias  Cuidados intensivos  Otros

indique \_\_\_\_\_ Todos los anteriores

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

¿En los últimos meses algunos de los pacientes con los que se haya relacionado han fallecido?  
 NO  SI  ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente  Medianamente  Poco  Nada

¿Ha solicitado permiso (s) en la institución que labora durante el último año? SI  No

En caso de que la respuesta sea afirmativa.

La causa ha sido por: Capacitación  Problemas de salud  Situaciones familiares   
 Otros  ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Cuántos días ha estado de permiso en el último año? \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

## CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

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

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

### Cuestionario (GHQ-28)

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

<p><b>A1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Mejor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Peor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho peor que lo habitual.</p>	<p><b>B1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>A2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un energizante?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p><b>B2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de corrido toda la noche?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>A3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p><b>B3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>A4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p><b>B4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>A5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p><b>B5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>A6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le iba a estallar?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p><b>B6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>A7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p><b>B7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>

<p><b>C1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?</b></p> <p><input type="checkbox"/>1. Más activo que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Bastante menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p><b>D1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?</b></p> <p><input type="checkbox"/>1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/>2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>C2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?</b></p> <p><input type="checkbox"/>1. Menos tiempo que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Más tiempo que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p><b>D2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?</b></p> <p><input type="checkbox"/>1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/>2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>C3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?</b></p> <p><input type="checkbox"/>1. Mejor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Aproximadamente lo mismo.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Peor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho peor que lo habitual.</p>	<p><b>D3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?</b></p> <p><input type="checkbox"/>1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/>2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>C4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?</b></p> <p><input type="checkbox"/>1. Más satisfecho.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Aproximadamente lo mismo.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho menos satisfecho que lo habitual.</p>	<p><b>D4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?</b></p> <p><input type="checkbox"/>1. Claramente, no.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Me parece que no.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Se me ha pasado por la mente.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Claramente lo he pensado.</p>
<p><b>C5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?</b></p> <p><input type="checkbox"/>1. Más útil que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Menos útil que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p><b>D5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?</b></p> <p><input type="checkbox"/>1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/>2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>C6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?</b></p> <p><input type="checkbox"/>1. Más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p><b>D6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?</b></p> <p><input type="checkbox"/>1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/>2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>C7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?</b></p> <p><input type="checkbox"/>1. Más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p><b>D7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?</b></p> <p><input type="checkbox"/>1. Claramente, no.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Me parece que no.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Se me ha pasado por la mente.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Claramente lo he pensado.</p>

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



**UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA**  
**Cuestionario BRIEF-COPE**

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

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

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

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

## CUESTIONARIO DE AS

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

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

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

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

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

---

Medical Outcomes Study Social Support Survey. MOSS-SSS. Sherbourne y Cols (1991).  
 Recuperado de <http://pagina.iccm.es/sanidad/salud/promosalud/pdf/violencia.pdf>

### CUESTIONARIO EPQR-A

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

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

---

Modificado de la versión original H. J. Eysenck y S. B. G. Eysenck. 1975. Versión abreviada Francis, Brown y Philipchalk (1992).