



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

**Identificación del Síndrome de Burnout en Profesionales de la Salud en una
Institución Pública en el Norte de Quito, año lectivo 2016-2017.**

TRABAJO DE TITULACIÓN.

AUTORA: Yangua Paucar, Estefanía Dennisse.

DIRECTORA: Sánchez León, Carmen Delia, Mgtr.

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO-CARCELÉN

2017



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

Septiembre, 2017

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister.

Carmen Delia Sánchez León.

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: Identificación del Síndrome de Burnout en Profesionales de la Salud en una Institución Pública en el Norte de Quito, año lectivo 2016-2017, realizado por Yangua Paucar Estefanía Dennisse, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, julio de 2017

f).....

DECLARACION DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, **Yangua Paucar Estefanía Dennisse**, declaro ser la autora del presente trabajo de titulación: Identificación del Síndrome de Burnout en Profesionales de la Salud en una Institución Pública en el Norte de Quito, año lectivo 2016-2017, de la Titulación de Psicología, siendo la Mgtr. Carmen Delia Sánchez León, directora del presente trabajo: y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

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

f)
Autor: Yangua Paucar Estefanía Dennisse.
Cédula: 1721338067

DEDICATORIA

A mis padres quienes me apoyaron incondicionalmente todo este tiempo, y por ser mi mayor motivación que me ha permitido ser una persona de bien.

A mi hermano que con sus consejos, su comprensión y su apoyo me ha permitido continuar con éxito para culminar esta meta.

A mis familiares quienes con sus palabras de aliento, y gracias a su apoyo brindado en el trascurso de mi carrera universitaria.

A mis amigos en especial a Fanny, Daniel y Raquel por estar conmigo en las buenas y en las malas, y por su apoyo durante toda mi carrera.

Gracias totales a todos por darme el tiempo de realizarme profesionalmente.

AGRADECIMIENTO

A Dios ya que sin su bendición y amor todo hubiese sido un total fracaso, ya que me ha acompañado y guiado en este arduo camino para llegar a la meta, a mis padres que han sido mi pilar fundamental ya que sin su apoyo incondicional esto no sería posible, a mi hermano por su ayuda, paciencia y comprensión, gracias a ustedes familia por estar en los momentos más importantes de mi vida con su cariño y afecto para ser de mí una mejor persona, a mi directora de tesis, la Dra. Carmen Sánchez, que me orientó y aportó desinteresadamente sus valiosas sugerencias y conocimientos para poder llevar a cabo este trabajo investigativo, a la Universidad Técnica Particular de Loja por darme la oportunidad de cumplir esta meta de ser una profesional y a la noble Institución de Salud Pública, por la confianza para poder realizar este trabajo de manera exitosa.

Gracias a la vida por este nuevo triunfo, gracias a todas las personas que me apoyaron y creyeron en la realización de este trabajo investigativo.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA	i
DECLARACION DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO.....	5
1. Conceptualización del burnout	6
1.1 Definiciones de las décadas de 1970	6
1.2 Definiciones de las décadas de 1980	6
1.3 Definiciones de las décadas de 1990	7
1.4 Definiciones de las décadas del 2000	7
1.5 Definiciones de las décadas del 2010 hasta la actualidad.....	8
2. Desarrollo y fases del burnout.....	8
2.1 Desarrollo del burnout.....	9
2.1.1 <i>Proceso evolutivo según Golembiewski, Munzenrider y Carter</i>	9
2.1.2 <i>Proceso evolutivo según Leiter y Maslach</i>	10
2.1.3 <i>Proceso evolutivo según Leiter</i>	10
2.1.4 <i>Proceso evolutivo según Lee y Ashfoth</i>	11
2.1.5 <i>Proceso evolutivo según Gil-Monte, Peiró y Valcarcel</i>	11
3. Consecuencias del burnout.....	12
3.1 Consecuencias en la salud en profesionales de la salud.....	12
3.2 Consecuencias en el trabajo en profesionales de la salud	13
3.3 Consecuencias en la familia en profesionales de la salud.....	13
4. Modelos explicativos del burnout.....	14
4.1 Modelos basados desde la teoría Sociocognitiva	14
4.1.1 <i>Modelo de competencia social de Harrison</i>	14
4.1.2 <i>Modelo de autoeficacia de Cherniss</i>	15
4.1.3 <i>Modelo de Pines</i>	15
4.1.4 <i>Modelo de autocontrol de Thompson, Page, Cooper</i>	16

4.2	Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social.....	17
4.2.1	<i>Modelo de Comparación Social de Buunk y Shaufeli</i>	17
4.2.2	<i>Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freddy</i>	18
4.3	Modelos desarrollados desde la Teoría Organizacional.....	18
4.3.1	<i>Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter</i>	19
4.3.2	<i>Modelo de Winnubst</i>	19
4.3.3	<i>Modelo de Cox, Kuk y Leiter</i>	20
4.4	Modelos sobre el proceso del Síndrome de Quemarse en el Trabajo.....	21
4.4.1	<i>Modelo Tridimensional de MBI- HSS (Maslach y Jackson)</i>	21
4.4.2	<i>Modelo de Edelwich y Brodsky</i>	21
4.4.3	<i>Modelo de Price y Murphy</i>	22
4.5	Modelo de la Teoría Estructural.....	22
4.5.1	<i>Modelo de Gil Monte</i>	22
5.	Prevalencia del burnout.....	23
5.1	Importancia del estudio del burnout en profesionales de la salud.....	23
5.1.1	<i>Prevalencia en profesionales de la salud a nivel mundial</i>	23
5.1.2	<i>Prevalencia en profesionales de la salud a nivel de Latinoamérica</i>	24
5.1.3	<i>Prevalencia en profesionales de la salud a nivel nacional</i>	25
6.	Variables asociadas al burnout.....	25
6.1	Variables Sociodemográficas en profesionales de la salud.....	25
6.2	Variables Laborales en profesionales de la salud.....	26
6.3	Variables asociadas a la personalidad de los profesionales de la salud.....	28
CAPÍTULO II. METODOLÓGÍA.....		30
2.1	Objetivo.....	31
2.2	Objetivos Específicos.....	31
2.3	Preguntas de Investigación.....	32
2.4	Contexto de la Investigación.....	32
2.5	Diseño de la Investigación.....	33
2.6	Muestra.....	33
2.7	Procedimiento.....	34
2.8	Instrumentos.....	35
CAPÍTULO III. ANÁLISIS.....		38
3.1	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.....	39
3.2	INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH (Maslach Burnout Inventory [MBI]: MASLACH Y JACKSON.....	43
3.3	CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL (GHQ-28).....	44

3.4 CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO (BRIEF-COPE).....	44
3.5 CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL (AP).....	45
3.6 CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD (EPQR-A).....	46
3.7 ANALISIS DE CORRELACIÓN	47
CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN.....	48
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES.....	57
BIBLIOGRAFIA.....	59
ANEXOS.....	62

RESUMEN

En la identificación del síndrome del trabajador quemado o burnout, el cual al encontrarse vinculado con el ámbito laboral, se destacan aquellas profesiones dedicadas a los servicios humanos, las que demandan un alto porcentaje de atención, en donde se identificó la prevalencia del síndrome en sus diferentes dimensiones como son el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización, relacionadas con el apoyo instrumental.

En el norte de la ciudad de Quito, en una institución de salud pública, se realizó una investigación de tipo descriptivo- transversal, entre el personal médico y el personal de enfermería, que es nuestra población a estudiar, empleando el método exploratorio, y analizando la información desde otras perspectivas, por lo cual se utilizó seis instrumentos de batería para la recolección de datos relacionados con diferentes variables como son: las laborales, las sociodemográficas, la salud general, el afrontamiento, la personalidad y el apoyo social, que tiene como resultado la existencia de un caso de burnout, y una correlación significativa entre el apoyo instrumental y la realización personal.

Palabras claves: *burnout, agotamiento emocional, despersonalización, baja realización, apoyo instrumental*

ABSTRACT

In the identification of burned worker syndrome or burnout, which, when linked to the workplace, highlights those professions dedicated to human services, which demand a high percentage of attention, where the prevalence of the syndrome in its different dimensions such as emotional exhaustion, depersonalization and low achievement related to instrumental support.

In the north of the city of Quito, in a public health institution, a descriptive-transversal research was carried out between medical personnel and nursing personnel, who is our population to study, using the exploratory method, and analyzing the information from other perspectives, so that six battery instruments were used to collect data related to different variables such as: labor, sociodemographic, general health, coping, personality and social support, which result the existence of a case of burnout, and a significant correlation between instrumental support and personal fulfillment.

Keywords: *burnout, emotional exhaustion, depersonalization, low achievement, instrumental support*

INTRODUCCIÓN

En esta investigación se recopilara información acerca del burnout considerado como un síndrome debido a una respuesta de estrés laboral crónico, generalmente los más afectados con este síndrome suelen estar en el ámbito de los servicios humanos, en el que puede llegar a un estado de impotencia, desesperanza y apatía (Maslach y Jackson, 1981)

En los últimos años se han venido realizado diferentes investigaciones, en Madrid se hicieron unas investigaciones en un centro de salud en donde obtuvieron como resultado niveles altos de burnout en los profesionales, en donde sus puntuaciones son 30,6% en cansancio emocional, un 31,2% en despersonalización y un 24% en logros personales. (M.A. Caballero Martín et al., 2001).

Otro estudio realizado en Chile al personal de enfermería dio como resultado un nivel intermedio de presencia de burnout, con un promedio de 19.58 para cansancio emocional, de un 8.15 para despersonalización y de un 34.85 para baja realización profesional. (Rodríguez, Pedreros, Merino, 2008). De la misma manera otro estudio realizado en España a los médicos dio como resultado que el cansancio emocional fue alto del 53,3%, el 47,1% de los médicos presentaron alta despersonalización y una baja realización personal con el 33,3%. (Esteva, Larraz, & Jiménez, F., 2006).

Con estos estudios realizados en diferentes lugares, nos da a entender lo importante de realizar investigaciones de este tipo, en especial en instituciones de salud pública, debido a la alta demanda de atención que requieren los pacientes y a la exhaustiva labor que realizan diariamente, y así nos permitan identificar la prevalencia del síndrome del burnout y como este puede ir afectando a los profesionales de la salud, ya que al conocer datos precisos podríamos plantear diferentes programas de prevención y de intervención, que sean aplicados por las diferentes instituciones organizacionales de salud, para mejorar en cada uno de los ámbitos laborales y, porque no personales, que ayuden a llegar a un estado de salud óptimo y así poder llegar a dar un servicio de calidad.

El objetivo principal es la identificación de la prevalencia del burnout en los profesionales de la salud, debido a las constantes situaciones de vida y muerte que tienen que enfrentarse. Al producirse un estrés laboral implica el desarrollo de problemas físicos, conductuales y psicológicos, ya que el burnout se derivan tres dimensiones como lo son el agotamiento

emocional que implica la fatiga, de no poder dar más de sí mismo, la despersonalización en la que pueden desarrollar sentimientos negativos hacia otras personas, en este caso podría ser con sus paciente y compañeros de trabajo y la baja realización personal caracterizada por una desilusión debido al fracaso de su logros personales y profesionales. (Ramírez, 2016).

Esta investigación consta de diferentes capítulos, entre ellos, el capítulo I, es decir el marco teórico, en donde partiremos por el tema más fundamental, que es conocer la conceptualización del burnout, donde conoceremos las diferentes definiciones que se han dado con el paso del tiempo, luego como este síndrome se va desarrollando por varias etapas y las fases que provocan el burnout, después sabremos las consecuencias de este síndrome en el ámbito familiar, organizacional y personal, teniendo en cuenta los modelos explicativos del burnout, y así conocer la prevalencia a nivel mundial, latinoamericano y local y así terminar conociendo la importancia de realizar un estudio del burnout, en donde se incluirán diferentes variables.

Esta investigación es de tipo descriptiva-transversal, ya que existen múltiples variables que recogieron la información para desarrollar el estudio, empleando un método exploratorio, teniendo como características la aplicación de instrumentos numéricos, transversales, descriptivos, no experimentales y correlacionales, examinando así un tema no estudiado antes o que no se había abordado en otros contextos,

Para poder realizar este estudio utilizamos varios instrumentos para recolectar la información necesaria para cumplir con los objetivos planteados, para lo cual contamos con el Cuestionario de variables sociodemográfica y laborales AD-HOC, el Inventario de burnout de Maslach [MBI-HSS], el Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28), LA Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), el Cuestionario MOS de apoyo social y el Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck EPQR-A.

Al realizar este trabajo investigativo hubieron pequeñas limitaciones, debido a que es una institución de salud pública, y la demanda de pacientes es alta, por este motivo la mayoría de profesionales no contaban con demasiado tiempo, debido a que los instrumentos eran algo extensos, pero de la misma forma los profesionales colaboraron de manera entusiasta, siempre dando una palabra de aliento, y motivándome para la culminación de esta etapa.

CAPÍTULO I.

MARCO TEÓRICO

1. Conceptualización del burnout

El término Burnout o el síndrome del trabajador quemado ha ido evolucionando al pasar del tiempo, en el cual ha tomado varias definiciones investigadas por varios autores, llegando a obtener hasta la actualidad un concepto básico de este.

1.1 Definiciones de las décadas de 1970

En 1974, Herbert Freudenberger en Estados Unidos, describe por primera vez el Burnout definiéndolo como: “Una sensación de fracaso y una experiencia agotadora que resulta de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador” (p.19).

Freudenberger llegó a esta definición debido a que luego de pasar más de un año, en una clínica para toxicómanos, como voluntario, en donde observó detenidamente como se encontraba el personal que laboraba y encontró ciertos cambios de actitud hacia su trabajo, un bajo rendimiento de su desempeño laboral, poca motivación al realizar tareas, además de encontrarse con poca energía, llevándolos a sentir algo de ansiedad y depresión.

1.2 Definiciones de las décadas de 1980

Pines, Aronson y Kafry en 1981 proponen una definición más amplia, no restringida a las profesiones de ayuda: “Es el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por involucrarse de forma crónica en el trabajo en situaciones con demandas emocionales” (p.20).

Como vemos, su definición no se basó en profesionales que laboran dentro del ámbito de los servicios humanos, sino que habla de forma general ya que puede desempeñarse en cualquier rama profesional, y esta puede llegar a un estado crónico de agotamiento en el que implica un cambio de actitud física, mental o emocional, trayendo complicaciones para su salud.

En 1981, Maslach y Jackson, definen el síndrome de estar quemado como: “Un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas” (p.21.)

El síndrome de estar quemado o como Maslach lo definió burnout, considera que las características principales son la pérdida progresiva de energía, es decir implica un estado de impotencia, abandono y desesperanza dando como resultado una percepción negativa del individuo en sus tareas laborales y que esto ocurre con personas que trabajan con pacientes o clientes, etc.

1.3 Definiciones de las décadas de 1990

García Izquierdo (1991) reitera al burnout como característico de servicios humanos y lo argumenta como: “Consecuencia de las demandas físicas y psicológicas que el propio puesto de trabajo instaura, o como resultado de un desajuste entre el trabajador y su entorno laboral” (párr. 5).

Pines (1993) define al burnout como una “Consecuencia de la exposición del sujeto a situaciones emocionalmente exigentes en un tiempo prolongado que supondría para el sujeto agotamiento físico, emocional y mental” (párr. 5).

Estos autores exponen diferentes definiciones que al unirlos nos da como resultado que el burnout se produce en el entorno laboral, en donde se provoca un desgaste físico, mental y emocional generando cambios de actitud hacia su trabajo.

1.4 Definiciones de las décadas del 2000

Gil Monte en el año 2005 define al burnout como: *“Una respuesta al estrés laboral crónico que tiene una gran incidencia en los profesionales del sector servicios que trabajan hacia personas. Se caracteriza por un deterioro cognitivo, una experiencia de desgaste psicológico y por la aparición de conductas negativas hacia los clientes y hacia la organización”* (p.21).

El burnout hasta ahora implica a los profesionales dedicados a los servicios humanos, en la que provoca cambios de actitudes no solo para con otras personas, sino que provoca

un ambiente de hostilidad en las organizaciones en las que labora, incluso puede dejar de disponer de los servicios profesionales para mejorar la calidad de salud tanto de la persona como de la organización.

1.5 Definiciones de las décadas del 2010 hasta la actualidad

Actualmente, el Burnout es una enfermedad descrita en el índice internacional de la Organización Mundial para la Salud ICD-10 (Z73), como “Problemas relacionados con el desgaste profesional (sensación de agotamiento vital)”, esto quiere decir que se produce dentro del ámbito laboral, el cual implica un cansancio físico, mental y emocional que se da a nivel de profesionales dedicados a los servicios humanos.

Isaac Amigo Vásquez (2015) menciona: “El burnout es un tipo de estrés laboral crónico que tiene su origen, precisamente, en la falta de control sobre el trabajo” (p. 127), lo que quiere decir que, este síndrome se genera por un estrés crónico que lleva al desgaste profesional debido a que no sabemos cómo manejar estas situaciones que le producen cambios de actitudes drásticas en sus jornadas laborales.

Ramírez (2016) menciona “Este síndrome aparece en el individuo debido a una respuesta de estrés laboral crónico, en la cual agrupa diversos sentimientos y actitudes negativas de manera que pueden provocar diferentes problemas, alteraciones y disfunciones psicológicas “(p.71), lo que quiere decir que, provoca un estado de desmotivación y pérdida de energía dentro de su ámbito laboral, en donde suele tener actitudes de apatía y frustración al realizar sus tareas.

2. Desarrollo y fases del burnout

Vasquez Isacc (2015) menciona a Edelwich y Brodsky (1980), el Burnout como se lo ha definido anteriormente, es la consecuencia del desgaste laboral, según son varias etapas por las que atraviesa el trabajador hasta llegar al *bornout* (p.129):

1. Fase de entusiasmo.- En esta fase inicial la persona siente a su trabajo de forma estimulante, ya que se encuentra motivada, con altas expectativas, la cual incluye demasiada energía, en donde no siente ninguna sobrecarga y realiza exigencias a su jornada laboral.

2. Fase de estancamiento.- En esta fase se caracteriza especialmente cuando los objetivos profesionales no son recompensados, es decir, no se encuentra un equilibrio entre el esfuerzo que realiza y como este, está siendo compensado. Esto provoca sentimientos de desilusión, pérdida del entusiasmo y la incapacidad de ser eficiente en su ámbito laboral.
3. Fase de frustración.- Se convierte en frustración al momento de realizar su trabajo, ya que se encuentra desmotivado, lo cual provoca desilusión, desmoralización, al seguir obteniendo los mismos resultados provocando ya problemas emocionales, físicos y conductuales.
4. Fase de apatía.- En esta etapa, la situación suele ser ya desagradable, debido a que provoca un desinterés total hacia su trabajo provocada por la frustración, en donde se ven cambios de actitudes y conductas, como un mecanismo de defensa para evitar situaciones estresantes.
5. Fase de burnout.- Es la última fase, provocando un colapso físico y cognitivo, la que pueden llegar a tener graves consecuencias, y que el trabajador puede tomar la decisión de abandonar o renunciar a su trabajo, o seguir con un trabajo que le produce frustración e insatisfacción.

2.1 Desarrollo del burnout

El burnout no surge de manera inesperada sino que este va emergiendo poco a poco, el cual tiene varias etapas y con esto su incremento de manera gradual hasta llegar a un estado crónico. Tiene su proceso evolutivo con diferentes autores que llegan a desarrollar burnout

2.1.1 Proceso evolutivo según Golembiewki, Munzenrider y Carter

Para Golembiewki, Munzenrider y Carter (1983) el proceso hacia el burnout inicia su desarrollo con actitudes de despersonalización, como mecanismo disfuncional de afrontamiento del estrés, después los trabajadores experimentan baja realización personal en el trabajo y posteriormente surge el agotamiento emocional. Entienden, pues,

que la dimensión que mejor describe y predice la aparición del burnout es la despersonalización, seguida de la baja realización personal y, por último el agotamiento emocional (parr.1)

2.1.2 Proceso evolutivo según Leiter y Maslach

Para Leiter y Maslach (1988), como consecuencia de los estresores laborales, los trabajadores desarrollan sentimientos de agotamiento emocional que posteriormente dan lugar a la aparición de una actitud despersonalizada hacia las personas que deben atender, y como consecuencia de ello pierden el compromiso personal y disminuye su realización personal en el trabajo.

El agotamiento emocional sería la dimensión fundamental del *burnout*, a la que seguiría despersonalización y, posteriormente, la reducida realización personal. El agotamiento emocional, por tanto, sería la dimensión que ocasionaría la baja realización personal, estando este proceso mediatizado por la despersonalización (Maslach, 1988)

Este proceso vendrá determinado por las interacciones que cada dimensión mantenga con los diversos componentes organizacionales: competencia (fomento de habilidades y afrontamiento efectivo), autonomía y participación en la toma de decisiones, colegiación (apoyo del supervisor y de los compañeros), y cooperación con el cliente.

Según este autor, el agotamiento emocional sería lo que sentiría un trabajador con *burnout* y, por tanto, la dimensión que pondría en marcha el síndrome, siendo la baja realización personal la que daría lugar a las consecuencias observables del *burnout* como el absentismo, la rotación de puestos, el abandono del trabajo, etc., mediatizadas por la despersonalización.

2.1.3 Proceso evolutivo según Leiter

Leiter (1993) mantiene que su modelo es perfectamente compatible con el desarrollo teórico sobre las estrategias de afrontamiento de Lazarus y Folkman, y señala que el agotamiento emocional sobreviene como respuesta del trabajador a los estresores laborales y cuando se hace crónico desarrollan actitudes de despersonalización.

Los sentimientos de despersonalización no median en la relación de agotamiento emocional y realización personal en el trabajo, por el contrario, considera que los

estresores laborales, la falta de apoyo social y la falta de oportunidades de carrera, generan los sentimientos de baja realización personal en el trabajo.

2.1.4 Proceso evolutivo según Lee y Ashfoth

Lee y Ashfoth (1993) subrayan que tanto la despersonalización como la baja realización personal en el trabajo, son consecuencia directa de los sentimientos de agotamiento emocional. Pero plantean que los modelos de Leiter y Maslach y Golembieswki, Munzenrider y Carter, coinciden en que la reducida realización personal está afectada por la despersonalización y ven el *burnout* como un proceso que se va desarrollando. Por tanto, la clave sería comprobar si el agotamiento emocional es el final o el inicio del proceso, lo cual es muy importante porque de este aspecto depende la línea de prevención e intervención en el *burnout*

2.1.5 Proceso evolutivo según Gil-Monte, Peiró y Valcarcel

Para Gil-Monte, Peiró y Valcarcel (1995), el proceso de *burnout* comienza con sentimientos de baja realización personal en el trabajo, y paralelamente un alto nivel de agotamiento emocional, lo que conduce al desarrollo de actitudes de despersonalización.

Posteriormente se incorpora el sentimiento de culpa en el proceso de *burnout*. Es posible identificar dos perfiles en la evolución del burnout: uno, caracteriza a los trabajadores que no desarrollan sentimientos de culpa intensos y que aunque sufran burnout, se pueden adaptar al entorno laboral, por lo que el síndrome no resulta incapacitante para el ejercicio de la actividad laboral, a pesar de que ésta sea deficiente para los usuarios, pacientes, clientes, etc. y para la organización.

Otro incorpora la aparición de sentimientos de culpa como un síntoma más del *burnout*. La aparición de sentimientos de culpa puede originar un círculo vicioso en el proceso del burnout que intensifica sus síntomas y lo hace perverso. Según Peiro (1995), los sentimientos de culpa llevarán a los trabajadores a una mayor implicación laboral para disminuir su remordimiento, pero como las condiciones del entorno laboral no cambian se incrementará la baja realización personal en el trabajo, el agotamiento emocional y aparecerá de nuevo la despersonalización.

Este proceso desarrollará de nuevo sentimientos de culpa o intensificará los existentes, originando un bucle que mantendrá o incrementará la intensidad del burnout (Gil-Monte,

2005; Gil-Monte, 2007), de esta manera a medio o largo plazo, se producirá un deterioro de la salud del trabajador.

3. Consecuencias del burnout

El burnout constituye un grave problema de salud laboral, pero además afecta a la organización, a la sociedad y a su entorno familiar. Esto suele suceder en profesiones que tiene como demanda cuidar o velar por otra persona, por causa de las extensas jornadas laborales, como es el caso de los profesionales de la salud, los cuales cumplen con horarios extendidos debido a la demanda hospitalaria, siendo esta extenuante en ciertos casos, las cuales pueden llegar a provocar el síndrome del trabajador quemado, y con esto traer consecuencias que puedan afectarlo de una u otra manera.

3.1 Consecuencias en la salud en profesionales de la salud

Los profesionales se van afectando lentamente en su salud, debido a que se encuentran expuestos a determinadas condiciones de trabajo que a la final no son controlables, a pesar de poner todo su esfuerzo personal para realizarlo de manera correcta. Esto produce un deterioro de manera emocional, cognitiva, conductual y más que nada físico. Los síntomas de burnout pueden ser agrupados en físicos, emocionales y conductuales (Cherniss, 1980; Maslach, 1982):

1. Síntomas Físicos.- Los cuales podemos destacar un malestar general, problemas de sueño, fatiga, cefaleas, hipertensión, cardiopatías, pérdida de peso, desordenes gastrointestinales, agotamiento, dolores musculares especialmente en la espalda y en el cuello, en las mujeres se puede reflejar con la pérdida regular de sus ciclos menstruales.

2. Síntomas Emocionales.- Entre los más importantes tenemos la frustración que puede provocarle disforia, la incapacidad para concentrarse, apatía, aburrimiento, distanciamiento afectivo, ansiedad, irritabilidad, baja autoestima, baja realización personal, sentimientos negativos como la depresión, culpa, impotencia y soledad. El agotamiento emocional puede llegar a provocar que el trabajador tome la decisión de abandonar su trabajo, incluso puede llegar a tener pensamientos suicidas.

3. Síntomas Conductuales.- Podemos visualizar una conducta despersonalizada con relación al paciente, cambios bruscos de humor, incapacidad para poderse concentrar,

conductas hiperactivas y agresivas, d, impulsividad, conductas violentas y comportamientos de alto riesgo como la de conductas suicidas, hostilidad, abuso de drogas que pueden ser legales o no, superficialidad en el contacto para con las demás personas.

Estos síntomas de forma general tienen consecuencias negativas hacia la salud del trabajador, en la cual disminuye su calidad de vida, trae consigo problemas en la organización y en su familia, debido a que su interacción social comienza a tener un ambiente tenso, la comunicación escasa, la cual provoca el aislamiento hacia su trabajo.

3.2 Consecuencias en el trabajo en profesionales de la salud

Como ya se conoce los síntomas que puede provocar el burnout, estos pueden traer consecuencias laborales negativas, las cuales afectan a la organización en sí, además de existir un ambiente de trabajo hostil, en donde se ve reflejado un deterioro en la relaciones interpersonales y la falta de comunicación, dando como resultado una mala calidad de trabajo y productividad, afectando su rendimiento laboral.

Los profesionales pueden abarcar sentimientos de indiferencia, desesperación y frustración hacia el trabajo. Una gran desmotivación que puede aumentar los deseos de abandonar su trabajo, incluso cambiar de ocupación o el abandono total de su profesión. Esto también se da debido, a las horas extensas de trabajo, en las cuales no se encuentran satisfechos con la labor realizada.

En este caso si la organización no encuentra una manera de ajustar las necesidades tanto del trabajo como de la institución, se puede producir una pérdida valiosa, en la cual puede traer costos mayores y con eso, el deterioro de la calidad de los servicios. Esto puede tener un efecto de desilusión a las expectativas que el profesional de la salud tenía con respecto a su trabajo.

3.3 Consecuencias en la familia en profesionales de la salud

El profesional no solo tiene problemas de salud o en su trabajo, sino que además puede afectar seriamente a su familia, amigos o pareja. Esto puede ocurrir debido a que puede sentirse presionado en el trabajo y en la familia, de manera que si cumple de manera correcta en el uno puede complicarse para poder cumplir su rol en el otro, ocasionando así conflictos familiares,

Esto también puede determinar el desempeño que tenga a nivel laboral con relación a la familia; en donde los profesionales de la salud evidencian un distanciamiento generando conflictos, afirmando que estos son ocasionados por su trabajo. Las condiciones de trabajo a las que se encuentran expuestos los profesionales van deteriorando su salud física, mental, familiar, emocional y conductual.

4. Modelos explicativos del burnout

La terminología del Burnout ha ido en constante evolución, la cual tiene diferentes causas, factores y variables. En donde se ha desarrollado diversos modelos explicativos del burnout los cuales conllevan a entender de manera clara y precisa el tema.

4.1 Modelos basados desde la teoría Sociocognitiva

Los modelos basados en la teoría sociocognitiva, destacan que las cogniciones influyen la forma de ver la realidad, pero también estas son modificadas por los efectos y las consecuencias observadas; un factor determinante, es la autoconfianza ya que ahí podremos observar el empeño al ejecutar sus objetivos y las consecuencias emocionales que podrían traer consigo. (Martínez, 2010)

4.1.1 Modelo de competencia social de Harrison

En 1983 Harrison se basa en la competencia y eficacia percibida para explicar la "competencia percibida" como función del Síndrome del Burnout. Éste explica que gran parte de los profesionales que empiezan a trabajar en servicios de asistencia, tienen un grado alto de motivación para ayudar a los demás y de altruismo, pero ya en el lugar de trabajo habrá factores que serán de ayuda o de barrera que determinarán la eficacia del trabajador. (Martínez, 2010)

En el caso que existan factores de ayuda junto con una alta motivación, los resultados serán beneficiosos; ya que aumenta la eficacia percibida y los sentimientos de competencia social. Sin embargo, cuando hay factores de barrera, que dificultan el logro de metas en el contexto laboral, el sentimiento de autoeficacia disminuirá. Si estas condiciones se prolongan en el tiempo puede aparecer el Síndrome del Burnout.

Entre los factores de ayuda y de barrera se mencionan: la existencia de objetivos laborales realistas, el nivel de ajuste entre los valores del sujeto y la institución, la capacitación profesional, la toma de decisiones, la ambigüedad del rol, disponibilidad y disposición de los recursos, retroalimentación recibida, sobrecarga laboral, ausencia o escasez de recursos, conflictos interpersonales, disfunciones del rol, etc.

Como hemos visto anteriormente, este autor se basa en las condiciones en las que trabaja el profesional, en donde al cumplir sus expectativas el burnout no aparecerá, sin embargo, si estas no son cumplidas y existe una gran desmotivación y frustración puede provocar de inmediato que los síntomas del burnout aparezcan, es decir, siempre dependerá del factor como es capaz de resolver las barreras negativas para así lograr cumplir sus objetivos laborales.

4.1.2 Modelo de autoeficacia de Cherniss

Cherniss, en 1980, describe que el burnout es un proceso en el que las actitudes y las conductas de los sujetos cambian negativamente en respuesta al estrés laboral.

Cherniss (1983), decía que la consecución independiente y exitosa de las metas, aumenta la eficacia del sujeto. Sin embargo, la no consecución de esas metas lleva al fracaso psicológico; es decir, a una disminución de la autoeficacia percibida y, por último, al desarrollo del Burnout. Por otro lado, los sujetos con fuertes sentimientos de autoeficacia percibida, tienen menos probabilidad de desarrollar el burnout, porque experimentan menos estrés en situaciones amenazadoras; y que éstos creen que pueden afrontarlas de forma exitosa. (Martínez, 2010)

4.1.3 Modelo de Pines

En 1993 Pines, señala que el fenómeno del Síndrome de Burnout, radica cuando el sujeto pone la búsqueda del sentido existencial en el trabajo y fracasa en su labor. Estos sujetos les dan sentido a su existencia por medio de tareas laborales humanitarias. Es decir, que todas sus ilusiones, deseos y expectativas se encuentran dentro de su trabajo, y al fracasar en el único lugar que se siente útil y cómodo este pueda entrar en un estado ansioso o depresivo que puede llegar al burnout.

Este modelo es motivacional, y plantea que sólo se queman aquellos sujetos con alta motivación y altas expectativas. Un trabajador con baja motivación inicial puede

experimentar estrés, alienación, depresión o fatiga, pero no llegará a desarrollar el Síndrome del Burnout. Por lo tanto, este síndrome lo explica como un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por afrontar situaciones de estrés crónico junto con muy altas expectativas. El Síndrome del Burnout sería el resultado de un proceso de desilusión donde la capacidad de adaptación del sujeto ha quedado disminuida severamente. (Martínez, 2010)

En conclusión podemos decir que entre más altas sean las expectativas del trabajador, si estas no son visibles, puede llegar a entrar en un estado de agotamiento físico y/o mental, en el cual podría tener como resultado el abandono parcial o completo de sus labores profesionales.

4.1.4 Modelo de autocontrol de Thompson, Page, Cooper

En 1993 Thompson, Page, Cooper, destacan cuatro factores implicados en la aparición del Burnout, y señalan que la autoconfianza es un factor fundamental en dicho proceso (Martínez, 2010). Los cuatro factores son:

- 1) Las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del sujeto.
- 2) El nivel de autoconciencia.
- 3) Las expectativas de éxito personal.
- 4) Los sentimientos de autoconfianza.

Estos autores plantean que tras reiterados fracasos en la consecución de las metas laborales junto con altos niveles de autoconciencia, de las discrepancias percibidas o anticipadas entre las demandas y recursos, se tiende a utilizar la estrategia de afrontamiento de "retirada mental o conductual" de la situación amenazadora. Un patrón de retirada serían las conductas de despersonalización. Estas estrategias tienen como objetivo reducir las discrepancias percibidas en el logro de los objetivos laborales.

Al ser la autoconfianza importante, esta puede ir teniendo cambios con el tiempo, debido a las constantes frustraciones, la cual lleva a un autocontrol para que estas no vayan afectando de forma drástica su trabajo, además de su salud.

4.2 Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social

Estos modelos como bien se dicen, se basan en un intercambio social, es decir, como el profesional puede establecer relaciones interpersonales, en donde se generará una comparación social, en la que puede provocar una percepción de falta de equidad o ganancia, lo cual puede llevar a padecer de burnout.

4.2.1 Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli

Este modelo se desarrolló en 1993 para explicar la aparición del Burnout en enfermeras. A partir de este contexto plantea dos tipos de etiología del Burnout:

1. Procesos de intercambio social con los pacientes,
2. Los mecanismos y procesos de afiliación y comparación con los compañeros de trabajo, es decir que, los profesionales de enfermería no buscan apoyo social de los compañeros ante situaciones estresantes, por temor a ser catalogados como incompetentes.

Según Buunk y Schaufeli (1993), existen tres fuentes de estrés que están relacionadas con los procesos de intercambio social:

- 1) La incertidumbre: Es la ausencia o falta de claridad sobre los propios sentimientos y pensamientos sobre cómo actuar.
- 2) La percepción de equidad: Hace referencia al equilibrio percibido sobre lo que se da y lo que se recibe en el curso de sus relaciones.
- 3) La falta de control: Se explica como la posibilidad/capacidad del trabajador para controlar los resultados de sus acciones laborales.

En si da como resultado que las tres fuentes de estrés pueden hacer un ambiente laboral un poco hostil, en donde la incertidumbre de tener claras las acciones que se debe realizar y las cuales no puedan ser resueltas, pueden conllevar a provocar una frustración, en donde habrá una falta de control al momento de realizar sus tareas laborales, provocando así una percepción de equidad errónea, lo cual llegaría a tener una comparación negativa con los demás compañeros de trabajo.

4.2.2 Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freddy

Fue desarrollado en 1993, la teoría de Conservación de Recursos, es una teoría motivacional basada en la idea de que cuando la motivación básica del trabajador se ve amenazada o negada, lleva al estrés que, a su vez, puede producir el burnout. Según esta teoría, para reducir los niveles de burnout, se deben aumentar los recursos de los empleados y, así, eliminar la vulnerabilidad a perderlos. También se debe intentar modificar de manera positiva las cogniciones y percepciones, con el fin de disminuir los niveles de estrés percibido y, por consecuencia, del Burnout. Por lo tanto, las estrategias de afrontamiento que recomiendan estos autores para prevenir el desarrollo de Burnout, son las de tipo "activo".

La idea básica de la Conservación de Recursos, es que los trabajadores se esfuerzan por aumentar y mantener sus recursos, que es lo que ellos valoran. Entonces, el burnout aparecería si estos recursos se ven amenazados, perdidos, o cuando el sujeto invierte en sus recursos; pero no recibe lo que espera.

De acuerdo con la teoría, la exposición prolongada a las situaciones de demandas profesionales, hace que el trabajador llegue a estados de agotamiento emocional y físico; lo que es el componente central de Burnout. En suma, esta teoría define cuatro categorías básicas de recursos: propósitos (capacidad intrínseca para afrontar), condiciones, características personales, capacidad física. (Hatinen, M y cols, 2004).

Podemos concluir que de acuerdo a estas cuatro categorías podemos ver la capacidad que el trabajador tiene para afrontar las situaciones que pueden provocarle burnout, como le ayudaran las condiciones ambientales y laborales, y si su personalidad influirá totalmente, ya que si el trabajador no se encuentra totalmente seguro, es capaz de caer en un agotamiento emocional, y se pondrá a prueba todas sus capacidades para resistir cada uno de los obstáculos.

4.3 Modelos desarrollados desde la Teoría Organizacional

Los modelos desarrollados desde la teoría organizacional, se caracterizan por basarse en la función de los estresores del contexto organización y las estrategias de afrontamiento que utilizan los profesionales ante el burnout. Por lo cual, este modelo se relaciona en la

manera de afrontar las situaciones que amenazan su tranquilidad y las funciones que desarrolla en la organización y como esta le brinda ayuda para lograr superarlas.

4.3.1 Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter

Golembiewski (1979) advierte que para comprender el burnout hay que analizar las cogniciones que el individuo realiza ante los eventos aversivos generadores del síndrome.

Este modelo propone una progresión secuencial en el tiempo, en la que la ocurrencia de un componente precipita el desarrollo de otro. Así, en la secuencia, la despersonalización es la primera fase del Burnout, le seguiría la realización personal disminuida y, por último, el incremento del agotamiento emocional. Golembiewski (1986), uno de los seguidos más relevantes del modelo, subraya la importancia de las disfunciones del rol -pobreza, conflicto y ambigüedad del rol- en un proceso en el que los trabajadores disminuyen el grado de responsabilidad laboral ante la tensión del estrés laboral.

En la primera fase, se desencadena el estrés por la sobrecarga laboral y pobreza del rol, provocando sentimientos de pérdida de autonomía y de control. Esto, a su vez, genera sentimientos de irritabilidad, fatiga y una disminución de la autoimagen positiva. En la segunda fase, el sujeto desarrolla estrategias de alejamiento para afrontar la situación amenazante del contexto laboral. Este tipo de estrategia puede ser constructiva o no, dependiendo de su naturaleza (sin eliminar la empatía o con cinismo). Si se desarrollan actitudes de despersonalización (cinismo), aparece el Burnout. Las siguientes fases se caracterizarán por baja realización personal, para desembocar en agotamiento emocional.

Como decíamos, el burnout se producía no de manera inmediata, sino de forma progresiva, paso a paso, la cual va afectar de diferentes maneras al trabajador y esta desembocara en el burnout, la cual conlleva un agotamiento físico emocional, mental y conductual.

4.3.2 Modelo de Winnubst

En 1993 este modelo adopta la definición de Burnout propuesta por Pines y Aronson (1988), y plantea que surge de las interrelaciones entre el estrés, la tensión, el apoyo social en el contexto de la estructura y la cultura de la organización. Por lo tanto, la

etiología del Burnout estaría influida por los problemas derivados de la estructura, el clima y cultura organizacional.

Para Winnubst (1993), la cultura de la organización está determinada por su estructura y, por lo tanto, los antecedentes del Burnout variarán en función del tipo de cultura organizacional e institucionalización del apoyo social. Paralelamente, al estar estrechamente relacionado el apoyo social con la estructura organizacional, éste es un factor fundamental que afecta la percepción del sujeto respecto a la estructura organizacional y, por lo tanto, es una variable esencial sobre la cual intervenir para prevenir o disminuir los niveles de burnout.

Este autor, al igual que Golembiewski y cols (1983; 1986) defiende que el Burnout puede afectar a todo tipo de profesionales, y no sólo a aquellos que trabajan en áreas de salud o de servicios de ayuda. Otras contribuciones recientes han intentado relacionar el Síndrome del Burnout con la Teoría de la Acción, definiendo al Burnout en términos de alteración de procesos de acción (Burisch, 1993). Con la Teoría General del Estrés lo relacionan como una falta de habilidades de afrontamiento y de motivación (Hobfoll y Fredey, 1993).

Este modelo se basa fundamentalmente en la cultura y/o ambiente de la organización y estas cambiarán de acuerdo al apoyo que reciba de esta, de acuerdo a sus políticas organizacionales que serán claves para que el trabajador pueda prevenir o manejar los diferentes casos de burnout que se presentan

4.3.3 Modelo de Cox, Kuk y Leiter

En 1993, este modelo sugiere, desde un enfoque transaccional del estrés laboral, que el burnout, es un acontecimiento particular que se da en las profesiones humanitarias, y que el agotamiento emocional es la dimensión esencial de este síndrome. La despersonalización es considerada una estrategia de afrontamiento ante el agotamiento, y la baja realización personal es el resultado de la evaluación cognitiva del estrés al que se enfrenta el trabajador. En este punto también intervienen los distintos significados que el sujeto le atribuye al trabajo o las posibles expectativas frustradas en el ámbito laboral.

Otro antecedente del burnout es lo que Cox y cols (1993) denominan "salud de la organización". Éste se refiere al ajuste entre la coherencia e integración de los sistemas psicosociales de la organización (estructuras, políticas, procedimientos, cultura, etc).

Podemos decir que este modelo está basado en un hecho importante que es el desencadenante del Burnout, donde el principal síntoma es un agotamiento emocional, el cual puede provocar una baja realización personal debido a las constantes frustraciones que se encuentra sometido el trabajador

4.4 Modelos sobre el proceso del Síndrome de Quemarse en el Trabajo

4.4.1 Modelo Tridimensional de MBI- HSS (Maslach y Jackson)

Estos modelos considera aspectos cognitivos como la baja realización personal, emocionales, como la principal afectación es la del agotamiento emocional y actitudinales como la despersonalización.

4.4.2 Modelo de Edelwich y Brodsky

Edelwich y Brodsky (1980) describen el desarrollo del burnout como un proceso de progresiva desilusión, con pérdida de idealismo y de motivación experimentado por las personas que trabajan en profesiones de ayuda, como consecuencia de las condiciones de trabajo, cuando se producen demasiadas dificultades y restricciones a la actividad profesional.

Las cuatro etapas de este modelo progresivo son:

1. El trabajador idealista posee una serie de expectativas imposibles de llevar a cabo.
2. Pérdida del entusiasmo inicial al comprobar la irrealidad de las expectativas.
3. El burnout se manifiesta con toda su sintomatología.
4. Aparecen sentimientos de desprecio, de frialdad emocional y de distanciamiento.

Este modelo es cíclico, de modo que puede repetirse varias veces en el tiempo o suceder nuevamente con los cambios de trabajo

4.4.3. Modelo de Price y Murphy

Price y Murphy (1984) lo consideraron como un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral y sugieren que puede ser explicado a manera de un duelo, ya que conlleva pérdidas a nivel personal, interpersonal, además del nivel institucional y social. Este modelo se basa especialmente en un antecedente que es provocado dentro del ambiente laboral, el cual va a tener una respuesta y por ende una consecuencia en este caso de forma negativa. El burnout es un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral, se da en seis fases sintomáticas:

1. Desorientación
2. Labilidad emocional,
3. Culpa debido al fracaso profesional
4. Soledad y tristeza que si se supera puede desembocar en la siguiente fase
5. Solicitud de ayuda
6. Equilibrio.

4.5 Modelo de la Teoría Estructural

Estos modelos tienen en cuenta los antecedentes personales, interpersonales y organizacionales para explicar el burnout de manera integral. Se caracterizan, porque se basan en los modelos transaccionales. Dichos modelos plantean que el estrés es consecuencia de una falta de equilibrio de la percepción entre las demandas y la capacidad de respuesta del sujeto

4.5.1 Modelo de Gil Monte

Este modelo explica el burnout teniendo en cuenta variables de tipo organizacional, personal y estrategias de afrontamiento. Plantea que este síndrome es una respuesta al estrés laboral percibido (conflicto y ambigüedad del rol), y surge como producto de un proceso de reevaluación cuando la forma de afrontamiento a la situación amenazante, es inadecuada. Esta respuesta implica una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias, por ejemplo, la falta de salud, baja satisfacción laboral, pasividad, evitación, etc. (Gil-Monte, 2005)

Consideran que el síndrome se inicia con el desarrollo conjunto de las dimensiones: baja realización personal en el trabajo y cansancio emocional. Más tarde se aparecen las

actitudes de despersonalización. Consideran la despersonalización como una estrategia de afrontamiento ante la experiencia crónica de baja realización personal en el trabajo y cansancio emocional. Esta configuración del burnout integra el papel de las cogniciones y emociones como variables mediadoras en la relación entre el estrés laboral percibido y las respuestas actitudinales y conductuales

5. Prevalencia del burnout

5.1 Importancia del estudio del burnout en profesionales de la salud

El Burnout es un importante mediador patogénico que daña la salud del profesional de la salud. Los problemas emocionales de los que lo padecen, han sido con frecuencia ocultados y mal afrontados.

Existen numerosos estudios que revelan, con contundencia, que las tasas del alcoholismo y adicción a drogas, así como los conflictos matrimoniales, trastornos psiquiátricos, depresión y suicidio, son varias veces superiores a las de la población general,

Asimismo, las tasas de morbilidad por enfermedad cardiovascular, cirrosis hepática y accidente de tráfico son tres veces más altas entre los médicos que en la población general

Estas son unas de las causas provocadas por el burnout y por eso es importante realizar un estudio para conocer la incidencia y que esta sea disminuida, tras varias investigaciones que ayuden a mejorar la calidad profesional y de vida de estos profesionales.

5.1.1 Prevalencia en profesionales de la salud a nivel mundial

Diferentes instituciones en los Estados Unidos y Canadá han estudiado y reconocido las posibles implicaciones del agotamiento emocional de los profesionales de enfermería. En la misma línea, el Reino Unido, ha puesto especial interés en estudiar los ambientes laborales y sus efectos, así como las posibles intervenciones para crear ambientes laborales positivos.

El estudio realizado por The Internacional Hospital Outcomes Study Cosortium incluyó 700 hospitales en 5 países (EE.UU., Canadá, Inglaterra, Alemania y Escocia), y probó un modelo conceptual de los mecanismos por los que las características organizacionales de un hospital afectan, la salud de los pacientes y las enfermeras.

Los resultados mostraron que en las jurisdicciones con deficiencias en la atención se observan también altos niveles de insatisfacción en el trabajo, el síndrome de burnout y la intención de abandonar el empleo.

En países como Alemania, estudios recientes manifiestan que el índice de prevalencia de esta problemática está aumentando rápidamente. Esto se evidencia en los resultados de una encuesta representativa realizada por el TNS Emnid –Instituto de investigaciones sobre política, medios de comunicación y de opinión en Alemania– en diciembre de 2010, en la que plantean que el 12,5% de todos los empleados de ese país se sienten abrumados en sus puestos de trabajo (Kaschka et. al, 2011).

De esta manera, los países desarrollados con escasez de enfermeras realizan estudios dirigidos claramente al diseño de intervenciones en sus contextos específicos, con el fin de retener al personal, ofrecer mejor calidad en la atención y obtener los mejores resultados posibles en la salud de sus pacientes.

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

5.1.2 Prevalencia en profesionales de la salud a nivel de Latinoamérica

Los países latinoamericanos viven estos procesos más lentamente y de manera distinta, por ello, las investigaciones sobre burnout, se deben realizar comprendiendo la realidad propia en sus particularidades. Si bien para un gran sector de la población prevalecen problemas de salud laboral de otra índole muy graves, también en Latinoamérica el burnout se presenta y está en aumento.

En el ámbito latinoamericano, Chile registro una prevalencia del burnout del 30% de los profesionales de la salud en niveles tanto primarios como secundarios de atención,

afectando principalmente a las mujeres que se desempeñan en la área de medicina. (Román, 2003).

En Perú, las investigaciones de los factores relacionados al síndrome de burnout en médicos y enfermeros, dieron como resultado que se presentan el 79.7% de médicos y el 89% de enfermeras, asociados a su jornada laboral que es mayor a 40 horas de forma semanal. (Quiroz y Saco, 1999)

En Perú, se presenta con mayor prevalencia en médicos varones y en enfermeras mujeres. El síndrome está asociado significativamente con el tiempo de servicio, condición laboral, jornada laboral semanal y el perfil ocupacional. (Gamonal, García, & Silva, 2008; Ibañez, Vilaregut, & Abbio, 2004).

5.1.3 Prevalencia en profesionales de la salud a nivel nacional

A pesar que existen escasos y dispersos estudios sobre la incidencia del burnout en el sector sanitario ecuatoriano, se estima que gran parte del personal sufre en algún grado este síndrome. El síndrome de burnout no es reconocido como riesgo psicosocial en la ley vigente para el sector sanitario en Ecuador, mientras que en otros países Latinoamericanos como Colombia y Brasil si lo es. (Barragán Guillermo, 2012)

Según una encuesta realizada en 2012, el 67% del personal del Hospital Carlos Andrade Marín tenía estrés emocional y laboral y no solo por las largas jornadas que deben cumplir, sino también por la aplicación del código de la salud, la falta de insumos, la masificación en la atención, condiciones inadecuadas de trabajo, entre otras causas.. (Barragán Guillermo, 2012).

6. Variables asociadas al burnout

6.1 Variables Sociodemográficas en profesionales de la salud

Maslach (2001), señala que entre las variables personales que han sido relacionadas con el burnout, se pueden mencionar la edad, el sexo o el nivel educacional. Sin embargo, la magnitud de dichas relaciones, no resulta tan grande como aquellas entre el burnout y los factores situacionales, lo que sugiere que el burnout es más un fenómeno social que uno

individual. Entre todas las variables demográficas que han sido estudiadas, la *edad* es una de las que se ha relacionado de manera más consistente con el burnout.

Entre los empleados más jóvenes se han reportado niveles más altos que en aquellos trabajadores de 30 o 40 años. En relación al *sexo*, esta variable no ha sido un fuerte predictor de burnout a pesar de algunos argumentos que señalan que el burnout es más una experiencia femenina. (Maslach, 2001).

Entre las variables más representativas tenemos

- **Sexo:** la variable sexo no tiene una influencia clara. El rol familiar-laboral relevante que juega la mujer la hace más vulnerable al burnout; así, las mujeres presentan más conflicto de rol, conflictos familia-trabajo, entre otros, por lo que serán más propensas a presentar el síndrome. En general la mujer presenta puntuaciones más elevadas en la dimensión agotamiento emocional, pero más bajas en realización persona, mientras que el hombre puntúa más alto en despersonalización. Sin embargo esta variable no es del todo concluyente.
- **Edad:** la edad aparece como una variable que puede matizar el síndrome en el contexto laboral, de tal manera que a mayor o menor edad también se debe encontrar una correspondencia en experiencia y madurez en la forma de afrontar las diferentes presiones que afectan al individuo.
- **Estado civil:** existen estudios que correlacionan que los individuos casados o que conviven con su pareja tienen menores índices de estar quemado.

6.2 Variables Laborales en profesionales de la salud

Son variables intrínsecas en donde la organización toma un papel fundamental para sus labores profesionales, que pueden por sí mismas generar situaciones negativas, o bien juegan un papel importante en la interacción continua trabajador puesto de trabajo. (Álvarez, 2009)

Entre estas variables se pueden distinguir:

- **Dinámica del trabajo:** fruto de interacciones mal conducidas con compañeros o supervisores, de planteamientos directivos descendentes poco claros y de un mal establecimiento de los roles a desempeñar.

- Inadecuación profesional: perfil profesional y personal no adaptado al perfil del puesto de trabajo que desempeña

- Sobrecarga de trabajo: referida a las exigencias del trabajo que sobrepasan las racionalmente aceptables, y que suelen ir acompañadas de exceso de tareas que no son agradables. A más exigencias, mayor responsabilidad en sus actuaciones habituales y mayor probabilidad de presentación del síndrome.

- Los contenidos: relacionados con la variedad de tareas, el grado de feedback, la identidad de las mismas y la realización.

- Ambiente físico de trabajo: estresores como el nivel de ruido que debe soportar el sujeto en el lugar de trabajo, y en concreto sus características de intensidad, control, predictibilidad y frecuencia, suponen una fuente importante de estrés laboral.

- Los turnos de trabajo: el trabajo nocturno, como variable que incide en el síndrome especialmente cuando a su vez implica una sobrecarga de trabajo, junto con las dificultades propias de la sociabilidad por la falta de descanso.

- Conflicto y ambigüedad de rol: un rol puede ser definido como el conjunto de expectativas y demandas sobre conductas que se esperan de la persona que ocupa una determinada posición.

- Estresores relacionados con las nuevas tecnologías: las nuevas tecnologías afectan a los profesionales, facilitando o entorpeciendo el desempeño de las tareas, y conllevan un cambio en las habilidades que el sujeto debe poner en práctica para desempeñar el trabajo.

- Estructura organizacional: el burnout se da en aquellas organizaciones excesivamente centralizadas o rígidas en las que prácticamente todo está previamente definido, y las posibilidades de improvisar o de tomar decisiones están muy restringidas. También en estructuras descentralizadas donde la improvisación se impone.

- Estresores económicos: cuando existe inseguridad económica (contrato a corto plazo, ausencia del mismo, insuficiencia económica, previsiones negativas sobre el futuro del puesto de trabajo, etc.) aumenta la vulnerabilidad al burnout.

➤ **Desafío en el trabajo:** se refiere a la circunstancia que a veces se da en los trabajadores dentro del contexto laboral, de tener que estar continuamente demostrando su capacidad para desarrollar adecuadamente el desempeño laboral

6.3 Variables asociadas a la personalidad de los profesionales de la salud

El concepto personalidad, es utilizado en la vida diaria por muchas personas, como dijo Burham (1990), decía que: “todo el mundo sabe lo que es la personalidad, pero nadie puede expresarlo con palabras”.

La personalidad está formada por una serie de características que utilizamos para describirnos y que se encuentran integradas mediante lo que llamamos el yo o "sí mismo" formando una unidad coherente.

Son variables propias del individuo y hacen referencia a aspectos de su personalidad, como sus sentimientos, pensamientos, emociones, actitudes, etc. (Alvarez, 2009)

➤ **Locus de control:** es la creencia de que los sucesos de la vida y sus efectos son controlables por las propias decisiones (locus interno) o no (locus externo). Cuanto menos control de la situación cree tener el individuo mayores posibilidades habría para que apareciera el síndrome.

➤ **Personalidad resistente:** se caracteriza por un sentimiento de compromiso hacia sí mismo y el trabajo, por una percepción de control del ambiente, así como una tendencia a acercarse a los cambios de la vida con una actitud de desafío antes que de amenaza.

➤ **Estrategias de afrontamiento:** supone que el individuo está empleando unas estrategias de afrontamiento que son acertadas para hacer frente a la situación, centradas en el carácter activo y en el problema, que hacen que disminuya la posibilidad de padecer burnout.

➤ **Autoeficacia:** es entendida como la percepción que tiene el individuo de sentirse eficaz con las tareas que realiza, fundamentalmente con aquellos aspectos donde se requiere comprobar la valía personal del individuo.

- Patrón de personalidad tipo A: caracteriza a los individuos con altos componentes de competitividad, esfuerzo por conseguir el éxito, agresividad, prisa, impaciencia e inquietud, que predisponen claramente al burnout.
- Expectativas personales: se refiere a aquellas expectativas que el individuo tiene hacia cualquier evento vital, conforme las expectativas de la persona no se cumplan aumentará el riesgo de padecer burnout.

CAPÍTULO II.
METODOLÓGÍA

2.1 Objetivo

- Identificar la prevalencia del síndrome de *burnout* y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización) en médicos/as y enfermeras y la relación con el apoyo instrumental en una institución pública ubicada al norte de la ciudad de Quito, durante el año 2016-2017.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar las características sociodemográfica y laboral de los profesionales de la salud en la institución pública ubicada al norte de la ciudad de Quito.
- Determinar las dimensiones del burnout de los profesionales de la salud en la institución pública ubicada al norte de la ciudad de Quito.
- Identificar el malestar emocional de los profesionales de la salud en la institución pública ubicada al norte de la ciudad de Quito.
- Conocer los modos de afrontamiento más utilizados de los profesionales de salud en la institución pública ubicada al norte de la ciudad de Quito.
- Identificar el apoyo social procedente de la red social: vínculos informales y vínculos en los profesionales de la salud en la institución pública ubicada al norte de la ciudad de Quito.
- Identificar los rasgos de personalidad de los médicos y enfermeras de la institución pública ubicada al norte de la ciudad de Quito.
- Identificar la correlación del apoyo instrumental con las características del burnout en la institución pública ubicada al norte de la ciudad de Quito.

2.3 Preguntas de Investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales de los profesionales de la salud en la institución pública ubicada al norte de la ciudad de Quito?
- ¿Cuál es la prevalencia del síndrome de *burnout* en los profesionales de salud en la institución pública ubicada al norte de la ciudad de Quito?
- ¿Cuál de las tres dimensiones del síndrome de *burnout* es la que presenta un alto nivel en los profesionales de la salud en la institución pública ubicada al norte de la ciudad de Quito?
- ¿Cuáles son los tipos de afrontamiento y apoyo social que presentan los profesionales de la salud en la institución pública ubicada al norte de la ciudad de Quito?
- ¿Cuáles son los rasgos de personalidad y las características de salud mental que presentan los profesionales de la salud en la institución pública ubicada al norte de la ciudad de Quito?
- ¿Cuáles son las correlaciones del apoyo instrumental con las características del burnout en la institución pública ubicada al norte de la ciudad de Quito?

2.4 Contexto de la Investigación

En la presente investigación se evaluó al personal médico y de enfermería de la institución de salud pública ubicada al norte de Quito, la cual presta servicios de alto nivel científico, tecnológico y sobre todo humano. Esta emblemática entidad ofrece diferentes prestaciones como: medicina interna, neurocirugía, dermatología, traumatología, cirugía interna, fisioterapia, cuidados intensivos, consulta externa, ginecología, infectología, psiquiatría, entre otros. La institución cuenta con modernos instrumentos y equipos médicos, además de sus amplias y actualizadas instalaciones, las cuales ofrecen un servicio oportuno y de calidad. Sus profesionales se encuentran altamente capacitados y actúan de forma eficiente, ya que su compromiso va más allá de lo laboral debido a que los lazos con sus pacientes se ven reflejados en la entrega a su trabajo y respeto por ellos.

2.5 Diseño de la Investigación

El método empleado en el presente estudio fue exploratorio, en donde se examina un tema que no se ha estudiado antes o se ha abordado en otros contextos, analiza información desde otras perspectivas con el fin de elaborar mejor la investigación (Hernández, 1994).

El diseño de la investigación presentó las siguientes características: **cuantitativa**, la información analizada de los instrumentos aplicados fue numérica, **no experimental** ya que no se manipularon las variables, por lo tanto se observaron los fenómenos en su ambiente real, **transaccional (transversal)** pues se analizó el nivel de las variables en un momento dado, **descriptivo** porque los temas que se seleccionaron sirvieron para recoger la información con la que se detalló la investigación, **exploratorio** en donde se examinó un tema no estudiado antes, y se analiza para realizar un mejor trabajo y **correlacional** puesto que se valoró la relación que hay entre variables asociadas al fenómeno estudiado (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

El tipo de investigación utilizada fue descriptiva-transversal, pues las variables seleccionadas recogieron la información que sirvió para desarrollar el estudio, además la información recolectada se la obtuvo en un momento dado

2.6 Muestra

La población objeto de este estudio fue el personal médico y de enfermería que labora en la institución de salud pública ubicada al norte de la ciudad de Quito.

La muestra fue de accesibilidad, no probabilística y accidental, la muestra recolectora de información fueron 42 profesionales de la salud (19 médicos/as y 23 enfermeros/as), sin embargo en el proceso de depuración de resultados la muestra procesadora de datos fue de 41 profesionales de la salud (18 médicos/as y 23 enfermeros/as) de una institución pública ubicada al norte de la ciudad de Quito, quienes cumplieron con los criterios de inclusión de muestra

La investigación se adecuó a las normas éticas respetando el acuerdo de Helsinki, el estudio no representó riesgo alguno para los participantes, y se garantizó absoluta confidencialidad de los datos personales otorgados en el consentimiento informado.

Los criterios considerados para seleccionar la muestra fueron:

Criterios de inclusión: Ser profesional de medicina y/o enfermería, actualmente ejercer la profesión, estar de acuerdo en participar en la investigación, tener 2 a 4 años mínimo de experiencia profesional y firmar consentimiento informado.

Criterios de exclusión: Ser técnico o auxiliar de enfermería y/o medicina, no firmar el consentimiento informado.

2.7 Procedimiento

El desarrollo de esta investigación se realizó de la siguiente manera

- ✓ Se elaboró la solicitud correspondiente para requerir el permiso en la institución de salud.
- ✓ Se realizó un acercamiento con los directivos de la institución de salud, a quienes se les presentó la solicitud elaborada con la finalidad de que se permita realizar la recolección de datos en la institución de salud.
- ✓ Al obtener el visto bueno de los directivos de la institución se determinó el horario para la aplicación de la batería, en consideración a estos se procedió a buscar a médicos/as y enfermeras dentro del establecimiento para pedir la colaboración, dándoles a conocer la finalidad de la investigación, a quienes aceptaban participar se pidió el consentimiento informado y se les explicó los parámetros de la batería para que puedan realizarla de la mejor manera.
- ✓ Al culminar este proceso de recolección se depuró la información descartando los cuestionarios incompletos, y aquellos que no tenían el consentimiento informado, finalmente el procesamiento de datos se realizó a través del SPSS-23 se trabajó con datos descriptivo y correlaciones.

2.8 Instrumentos

Los instrumentos que fueron utilizados para recolectar la información los cuales permitieron cumplir con los objetivos trazados.

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

Enfocado en obtener información sociodemográficas (género, edad, número de hijos, etnia, estado civil, ingresos mensuales, experiencia profesional, sector de trabajo, tipo de contrato, turnos, número de pacientes, recursos institucionales y clima laboral).

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

Este instrumento está diseñado para valorar el síndrome de *burnout* en sus tres aspectos fundamentales: 1).cansancio emocional, 2) despersonalización y 3) baja realización personal. Está compuesto por 22 ítems. Para las respuestas se utiliza una escala de Likert con puntuaciones de 0 a 6 de forma que 0 supone que lo expuesto no sucede nunca y 6 que sucede todos los días. La puntuación máxima es de 54 y se asocia de manera directa con el *burnout*. En cuanto a las propiedades psicométricas, la consistencia interna (alfa de Cronbach) del MBI oscila en el rango de .70 a .90 (Maslach y Jackson, 1986), habiéndose obtenido con frecuencia índices más bajos para la escala de despersonalización (Schaufeli y Van Dierendonck, 1993). Igualmente, se ha encontrado una alta fiabilidad test-retest a lo largo de los diferentes estudios (Maslach y Jackson, 1986).

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

Se trata de un cuestionario auto administrado que evalúa el grado de malestar emocional y que diferencia probables casos de salud mental de aquellos que no lo son. Contiene 28 ítems repartidos en cuatro subescalas (síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave) de siete ítems; en cada uno de ellos la persona debe señalar su situación actual en comparación con las últimas semanas marcando una de las cuatro opciones de respuesta, desde encontrarse mejor de lo habitual hasta peor de lo habitual. El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 28, donde una mayor puntuación es indicativa de un mayor malestar.

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

Es un inventario auto administrado de 28 ítems que describe distintas conductas o estrategias de afrontamiento pasivo y activo. Para cada ítem la persona evalúa la frecuencia con la que lo aplica en una escala graduada desde 0 (*no he estado haciendo eso en absoluto*) hasta 3 (*he estado haciendo eso mucho*).

La puntuación de cada escala se obtiene sumando las puntuaciones de los dos ítems correspondientes. A mayor puntuación en cada sub escala mayor utilización de la estrategia correspondiente. Este cuestionario cuenta con propiedades psicométricas adecuadas, con un alfa de Cronbach que oscila entre .50 y .80 para cada estrategia (Carver, 1997).

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

Este instrumento es un cuestionario breve, multidimensional y auto administrado que evalúa tanto los aspectos cuantitativos del apoyo social (red social) como los cualitativos (dimensiones del apoyo social). El MOS cuenta con un total de 20 ítems; el ítem número 1 hace referencia al tamaño de la red social y los 19 ítems restantes están referidos a cuatro dimensiones del apoyo social funcional: apoyo social emocional/informacional, apoyo instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo. Se pregunta mediante una escala tipo Likert de 5 puntos, que oscila entre 1 (*nunca*) a 5 (*siempre*), con qué frecuencia está disponible para la persona cada tipo de apoyo.

El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 100, donde una mayor puntuación es indicativa de un mayor apoyo social percibido. En España se han utilizado puntos de corte empleando 57 para la puntuación total, 24 para la dimensión emocional, 12 para la instrumental y 9 para la interacción social y la afectiva (López et al., 2000).

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

El EPQR-A consta de 24 ítems y cuatro subescalas (neuroticismo, extraversión, psicoticismo y sinceridad), con 6 ítems por cada una de ellas. Las tres primeras subescalas miden rasgos de personalidad, mientras que la última evalúa la tendencia a mentir (o a emitir respuestas de deseabilidad social; en la versión española, al igual que ocurre con el

cuestionario EPQ, se evalúa inversamente, esto es, se calcula el nivel de sinceridad). El formato de respuesta es de Sí (1) vs. No (0), con un rango de puntuaciones para cada subescala entre 0 y 6, interpretándose que a mayor puntuación en cada rasgo mayor presencia del mismo.

Sandín, Valiente, Montes, Chorot y Germán (2002) hallaron una consistencia interna (alfa de Cronbach) para la extraversión de 0.74, para el neuroticismo de 0.78, para el psicoticismo de 0.63 y para la sinceridad de 0.54. Estos autores concluyen que las dimensiones de neuroticismo y extraversión tienden a ser más consistentes que las de psicoticismo y sinceridad.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS

Muestra	Profesión	
	Médico	Enfermera
	N	N
Muestra Invitada	19	23
Muestra real	18	23

3.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud

VARIABLES	Médicos/as		Enfermeros/as	
	n	%	n	%
Sexo				
Hombre	9.0	50.0	2.0	8.7
Mujer	9.0	50.0	21.0	91.3
Total. de profesionales de la salud	18.0	43.9	23.0	56.1
Edad				
<i>M</i>	36.5		36.6	
<i>DT</i>	9.6		10.7	
Max	59.0		56.0	
Min	27.0		23.0	
Número de hijos/as				
<i>M</i>	1.2		1.0	
<i>DT</i>	1.6		1.0	
Max	5.0		3.0	
Min	0.0		0.0	
Etnia				
Mestizo/a	17.0	94.4	21.0	91.3
Blanco/a	1.0	5.6	1.0	4.3
Afroecuatoriano/a	0.0	0.0	1.0	4.3
Indígena	0.0	0.0	0.0	0.0
Estado civil				
Soltero/a	8.0	44.4	13.0	56.5
Casado/a	9.0	50.0	6.0	26.1
Viudo/a	0.0	0.0	1.0	4.3
Divorciado/a	0.0	0.0	0.0	0.0
Unión libre	1.0	5.6	3.0	13.0

Fuente: Cuestionario sociodemográfico AD HOC
Elaborado por: Yangua Paucar Estefanía Dennisse

- Con respecto a los datos obtenidos del personal médico, se tuvo una igual aceptación por parte de hombres con el 50% y de mujeres también con el 50%, mientras que el personal de enfermería, tuvo una mayor aceptación por parte de las mujeres con el 91.3% y de los hombres con el 8.7%. En total de participantes son 43.9% médicos/as y 56.1% de enfermeras; la edad promedio de los/as médicos/as es de 36.5 años; mientras que las enfermeras la edad es de 36.6 años. El promedio de número de hijos del personal médico es de 1.2, mientras que el personal de enfermería es de 1.0. La etnia que prevalece en ambos grupos es la mestiza, 94.4% médicos/as y 91.3 % en enfermeras/os. En estado civil 50% de los médicos son casados, mientras que en enfermeras/os el 56.5% son soltero/a.

Tabla 2. Características laborales de los profesionales de la salud

VARIABLES	Médicos/as		Enfermeros/as	
	n	%	n	%
Ingresos mensuales				
0 a 1000	0.0	0.0	6.0	28.6
1001 a 2000	7.0	46.7	15.0	71.4
2001 a 3000	7.0	46.7	0.0	0.0
3001 a 4000	1.0	6.7	0.0	0.0
4001 a 5000	0.0	0.0	0.0	0.0
5001 a 6000	0.0	0.0	0.0	0.0
Experiencia profesional				
<i>M</i>	8.9		11.0	
<i>DT</i>	7.7		9.6	
Max	24.0		26.0	
Min	2.0		2.0	
Sector en el que trabaja				
Público	16.0	88.9	22.0	100.0
Privado	0.0	0.0	0.0	0.0
Ambos	2.0	11.1	0.0	0.0
Tipo de contrato				
Eventual	0.0	0.0	1.0	4.5
Ocasional	8.0	50.0	10.0	45.5
Plazo fijo	1.0	6.3	0.0	0.0
Nombramiento	3.0	18.8	10.0	45.5
Servicios profesionales	0.0	0.0	1.0	4.5
Ninguno	4.0	25.0	0.0	0.0
Horas diarias de trabajo				
<i>M</i>	11.2		9.8	
<i>DT</i>	3.8		2.6	
Max	24.0		13.0	
Min	8.0		6.0	
Nº de pacientes/día				
<i>M</i>	28.3		22.3	
<i>DT</i>	14.5		8.8	
Max	60.0		37.0	
Min	7.0		5.0	
Recursos Institucionales				
Totalmente	5.0	31.3	8.0	38.1
Mediadamente	6.0	37.5	11.0	52.4
Poco	5.0	31.3	2.0	9.5
Nada	0.0	0.0	0.0	0.0
Turnos				
Si	9.0	50.0	17.0	73.9
No	9.0	50.0	6.0	26.1

Fuente: Cuestionario de variables laborales AD HOC
Elaborado por: Yangua Paucar Estefania Dennisse

- En cuanto a las características laborales de los profesionales de la salud se pudo apreciar que la remuneración salarial que prevalece en el personal médico oscila entre 1001 a 2000 dólares y de 2001 a 3000, siendo para médicos/as el 46.7% mientras que para enfermeros oscila entre 1001 a 2000, es decir para enfermeros/as el 71.4%. En experiencia laboral del personal médico la media fue 8.9 años, mientras que en enfermeros/as fue 11.0 años. El sector que laboran la mayoría de participantes es público, siendo el 88.9% en médicos/as y el 100% en enfermeras. El tipo de contrato que prevaleció es ocasional en médicos/as con el 50%, mientras que

en los enfermeros/as es ocasional y de nombramiento con el 45.5%. Las horas diarias de trabajo de los médicos es de 11.2 horas, con una mínima de 8 horas y una máxima de 60 horas; mientras que los enfermeros/as es de 9.8 horas con un mínimo de 6 horas y un máximo de 13 horas. El número promedio de pacientes que atienden a diario médicos/as es de 28.3, con una atención mínima de 7 y máxima de 60; mientras que las enfermeras atienden un promedio de 22.3 pacientes, atendiendo a un mínimo de 5 y un máximo de 37 pacientes. En referencia a los recursos necesarios que les brinda la institución a los participantes, los médicos/as en un 37.5% y los enfermeros/as en un 52.4%, indican que medianamente el establecimiento les provee de recursos indispensables para la realización de su trabajo. En el personal médico se puede decir que el 50% trabajan en turnos y el 50% no trabaja en turnos; mientras que los enfermeros/as el 73.9% trabaja en turnos y el 26.1% no trabaja en turnos.

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

		Profesión			
		Médico/a		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
¿Cuán valorado se siente por sus pacientes?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	6	35.3%	3	13.6%
	Bastante	6	35.3%	13	59.1%
	Totalmente	5	29.4%	6	27.3%
¿Cuán valorado se siente por los familiares de los pacientes?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	6	35.3%	6	27.3%
	Bastante	8	47.1%	12	54.5%
	Totalmente	3	17.6%	4	18.2%
¿Cuán valorado se siente por sus compañeros de profesión?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	3	17.6%	1	4.8%
	Bastante	6	35.3%	11	52.4%
	Totalmente	8	47.1%	9	42.9%
¿Cuán valorado se siente por los directivos la institución?	Nada	2	11.8%	2	9.1%
	Poco	4	23.5%	9	40.9%
	Bastante	5	29.4%	4	18.2%
	Totalmente	6	35.3%	7	31.8%
¿Está satisfecho con el trabajo que realiza?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	1	5.9%	2	9.1%
	Bastante	7	41.2%	3	13.6%
	Totalmente	9	52.9%	17	77.3%
¿Está satisfecho en su interacción con los pacientes?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	1	6.3%	2	9.1%
	Bastante	7	43.8%	6	27.3%
	Totalmente	8	50.0%	14	63.6%
¿Está satisfecho con el apoyo brindado por parte de los directivos de la institución?	Nada	2	11.8%	2	9.1%
	Poco	4	23.5%	7	31.8%
	Bastante	5	29.4%	9	40.9%
	Totalmente	6	35.3%	4	18.2%
¿Está satisfecho con la colaboración entre	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	3	18.8%	3	13.6%

compañeros de trabajo?	Bastante	4	25.0%	12	54.5%
	Totalmente	9	56.3%	7	31.8%
¿Está satisfecho con la valoración global de su experiencia profesional?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	2	11.8%	2	9.1%
	Bastante	5	29.4%	8	36.4%
	Totalmente	10	58.8%	12	54.5%
¿Está satisfecho está con su situación económica?	Nada	1	5.9%	1	4.5%
	Poco	3	17.6%	5	22.7%
	Bastante	9	52.9%	11	50.0%
	Totalmente	4	23.5%	5	22.7%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y clima laboral AD HOC

Elaborado por: Yangua Paucar Estefania Dennisse

- En lo que se refiere a la percepción de los médicos en cuanto a la valoración que sienten por parte de sus pacientes (35.3%) y de los familiares (47.1%) se encuentran bastante valorados, el 35.3% de los participantes menciona que se siente bastante valorados por sus compañeros de profesión, además de que el 29.4% se sienten bastante valorados por los directivos de la institución. En cuanto a la satisfacción que sienten por el trabajo 41.2% se sienten bastante satisfechos y 43.8% indica que se sienten bastante satisfecho con la interacción con los pacientes. El 29.4% de los participantes se sienten bastante satisfechos con el apoyo brindado por los directivos de la institución, en cuanto a la colaboración entre compañeros de trabajo el 25% dicen sentirse bastante satisfechos, sobre la valoración global de su experiencia profesional 29.4% señalan bastante satisfacción y en su situación económica el 52.9% se sienten bastante satisfechos.

- En lo que se refiere a la percepción de las enfermeras en cuanto a la valoración que sienten por parte de sus pacientes (59.1%) y de los familiares (54.5%) son bastante valorados, el 52.4% de los participantes menciona que se siente bastante valorados por sus compañeros de profesión, sin embargo el 40.9% se sienten poco valorados por los directivos de la institución. En cuanto a la satisfacción que sienten por el trabajo el 13.6% se sienten bastante satisfechos y 27.3% indica que se sienten bastante satisfecho con la interacción con los pacientes. El 40.9% de los participantes se sienten bastante satisfechos con el apoyo brindado por los directivos de la institución, en cuanto a la colaboración entre compañeros de trabajo 54.5% dicen sentirse bastante satisfechos, sobre la valoración global de su experiencia profesional 36.4% señalan bastante satisfacción y en su situación económica el 50% se sienten bastante satisfechos.

3.2 INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH (Maslach Burnout Inventory [MBI]: MASLACH Y JACKSON

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

		Profesión			
		Médico/a		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Agotamiento emocional	Bajo	4	22.2%	8	34.8%
	Medio	5	27.8%	6	26.1%
	Alto	9	50.0%	9	39.1%
Despersonalización	Bajo	9	50.0%	9	39.1%
	Medio	5	27.8%	11	47.8%
	Alto	4	22.2%	3	13.0%
Realización personal	Bajo	9	50.0%	9	39.1%
	Medio	2	11.1%	7	30.4%
	Alto	7	38.9%	7	30.4%

Fuente: Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson, 1986)
Elaborado por: Yangua Paucar Estefania Dennisse

- En lo referente al Inventario del Síndrome de Burnout (MBI) en la dimensión de agotamiento emocional, la muestra de médicos/as es del 50% y de enfermeros/as el 39.1% obtuvieron un nivel alto; en despersonalización 50% de los médicos/as puntuaron en nivel bajo mientras que el personal de enfermería el 47.8% los participantes obtuvo un nivel medio en esta dimensión; el personal médico/as consiguió un 50% en baja realización personal, mientras que en las enfermeras/os se obtuvo el 39.1% en nivel bajo de la misma dimensión.

Tabla 5. Resultados de los casos de burnout en los profesionales de la salud.

		Profesión			
		Médico/a		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Burnout	No presencia	17	94.4%	23	100.0%
	Presencia	1	5.6%	0	0.0%

Fuente: Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson, 1986)
Elaborado por: Yangua Paucar Estefania Dennisse

- Según los datos obtenidos en la aplicación del MBI se pudo determinar que existe un caso de burnout que representa el 5.6%, mientras que en la muestra del personal de enfermería no presenta ningún caso.

3.3 CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL (GHQ-28)

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

		Profesión			
		Médico/a		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Síntomas somáticos	No caso	11	61.1%	13	56.5%
	Caso	7	38.9%	10	43.5%
Ansiedad	No caso	9	50.0%	10	43.5%
	Caso	9	50.0%	13	56.5%
Disfunción social	No caso	17	94.4%	20	95.2%
	Caso	1	5.6%	1	4.8%
Depresión	No caso	15	83.3%	19	86.4%
	Caso	3	16.7%	3	13.6%

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

Elaborado por: Yangua Paucar Estefania Dennisse

- En lo referente a la salud general los síntomas que más se presentaron de acuerdo al cuestionario aplicado fueron los somáticos y la ansiedad, en ambos grupos, pero en cuanto a la escala de ansiedad la diferencia entre el personal de salud es un 6.5% puesto que en médicos/as es el 50% y en enfermeros/as es el 56.5%; mientras que en la escala de síntomas somáticos existe una diferencia de 5% debido a que en enfermeros/as el 43.5% presenta la sintomatología y en médicos/as el 38.9%.

3.4 CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO (BRIEF-COPE).

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

	Profesión							
	Médico/a				Enfermero/a			
	M	DT	Máx.	Mín.	M	DT	Máx.	Mín.
Auto distracción	2.2	1.3	4.0	.0	2.0	1.8	6.0	.0
Afrontamiento activo	2.4	1.8	5.0	.0	2.1	2.1	6.0	.0
Negación	.9	1.7	5.0	.0	.8	1.3	4.0	.0
Uso de sustancias	.9	1.6	4.0	.0	.4	1.0	4.0	.0
Apoyo emocional	1.1	1.5	4.0	.0	1.1	1.6	6.0	.0
Apoyo instrumental	1.2	1.5	5.0	.0	1.2	1.6	5.0	.0
Retirada de comportamiento	1.6	1.8	6.0	.0	.7	1.2	4.0	.0
Desahogo	1.0	1.6	5.0	.0	1.3	1.9	6.0	.0
Replanteamiento positivo	2.5	2.1	6.0	.0	1.9	2.1	6.0	.0
Planificación	2.3	1.7	5.0	.0	2.2	2.0	6.0	.0
Humor	1.4	1.3	4.0	.0	1.2	1.8	6.0	.0
Aceptación	1.9	1.9	5.0	.0	2.2	2.0	6.0	.0
Religión	1.5	1.2	4.0	.0	2.2	2.2	6.0	.0
Culpa de si mismo	1.3	1.4	5.0	.0	1.1	1.7	6.0	.0

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

Elaborado por: Yangua Paucar Estefania Dennisse

- Se observó que las que poseen una media más alta de afrontamiento en la muestra de médicos/as son: negación (9), uso de sustancias (9), replanteamiento positivo(2.5), afrontamiento activo (2.4), planificación(2.3) y auto distracción (2.2); mientras que en la muestra del personal de enfermería la estrategias de afrontamiento que sobresalen con una media alta son: religión (2.2), afrontamiento activo (2.1), replanteamiento positivo (2.1), planificación (2) y aceptación (2).

3.5 CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL (AP)

Tabla 8. Percepción del apoyo social de los profesionales de la salud.

	Profesión							
	Médico/a				Enfermero/a			
	M	DT	Máx.	Mín.	M	DT	Máx.	Mín.
Apoyo emocional	85.7	17.4	100.0	45.0	78.6	24.6	100.0	25.0

Apoyo instrumental	86.4	17.6	100.0	45.0	76.3	22.5	100.0	30.0
Relaciones sociales	87.2	15.5	100.0	50.0	78.9	27.3	100.0	20.0
Amor y cariño	89.3	11.5	100.0	66.7	84.3	21.1	100.0	33.3

Fuente: Cuestionario de Apoyo Social MOS (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Steward, 1991).
Elaborado por: Yangua Paucar Estefania Dennisse

- En cuanto al apoyo social se puede determinar que la media más alta es amor y cariño siendo para médicos de 89.3 y para enfermeros/as es 84.3; luego se percibe la escala de relaciones sociales para personal médico con una media de 87.2 y para el personal de enfermería 78.9, seguido del apoyo instrumental que para médicos/as es de 86.4 y para enfermeros/as 76.3 y finalmente el apoyo emocional con una media de 85.7 para médicos/as y 78.6 para enfermeros/as.

3.6 CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD (EPQR-A)

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

	Profesión							
	Médico/a				Enfermero/a			
	M	DT.	Máx.	Mín.	M	DT.	Máx.	Mín.
Neuroticismo	1,89	2,08	6,00	,00	2,32	2,10	6,00	,00
Extroversión	4,28	1,64	6,00	1,00	4,18	1,87	6,00	,00
Psicoticismo	1,72	1,02	4,00	,00	2,13	1,29	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: Yangua Paucar Estefania Dennisse

- El rasgo de personalidad más alto fue el de extroversión en ambos grupos con una media de 4.28 para médicos/as y un 4.18 para enfermeros/as, seguido de neuroticismo con un 1.89 para médicos/as y un 2.32 para enfermeros/as y finalmente el rasgo de psicoticismo con 1.72 para médicos/as y un 2.13 para enfermeros/as.

3.7 ANALISIS DE CORRELACIÓN

Tabla 10. Correlaciones de apoyo instrumental con burnout y sus dimensiones.

	Apoyo instrumental		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Burnout	.348	0.51	32
Agotamiento emocional	-.039	.816	37
Despersonalización	.059	.723	39
Realización personal	.497**	.002	38

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

- Se puede observar una relación entre apoyo instrumental y realización personal. Existe una correlación muy significativa entre estas variables, $r(38) = .497$, $p = .002$. Por lo tanto, mientras mayor sea el apoyo instrumental recibido por los profesionales de la salud, mayor será su realización personal. Se observa que no existe correlación significativa entre apoyo instrumental y el resto de variables (burnout, agotamiento emocional, despersonalización).

CAPÍTULO IV.

DISCUSIÓN

En la actualidad los profesionales de la salud se desenvuelven en diferentes ámbitos dentro de su lugar de trabajo, el cual por diversos factores puede llegar a desencadenar un bajo rendimiento laboral, y provocar el burnout, debido a la alta exigencia a la que están expuestos al desempeñar su trabajo, por lo que es fundamental conocer su prevalencia y los factores que pueden provocarlos.

En este trabajo de investigación nos hemos ayudado con diferentes instrumentos que fueron aplicados en una institución pública de salud, la que brinda diferentes servicios de salud y compararlos con trabajos investigativos existentes.

Uno de los primeros objetivos de este trabajo fue determinar las características sociodemográficas, entre ellas sexo, edad, estado civil, etnia y número de hijos, laborales (ingresos mensuales, experiencia profesional, sector en el que trabaja, tipo de contrato, horas de trabajo, la media pacientes/día, recursos institucionales, y turnos) y la percepción del clima laboral, en los 18 médicos/as y 23 enfermeras/os de una institución pública de la ciudad de Quito durante el periodo 2016-2017

En referencia al perfil sociodemográfico, en la muestra del personal médico, el 50% son hombres y el 50% mujeres, en la muestra de enfermería el 8.7% son hombre y el 91.3% fueron mujeres dato que difiere con los encontrados en otros estudios de *burnout* en enfermeras (Estallo, Alberdi y Moyano, 2014; Gallegos y Del Carpio Toia, 2016; Teixeira, Ribeiro, Fonseca y Carvalho, 2013); con una edad promedio en médicos/as de 36.5 y en enfermeros/as 36.6 años, estos resultados están en relación con el INEC (2013) que menciona que la edad productiva de la población ecuatoriana está comprendida entre los 25 a 45 años de edad.

El número promedio de hijos en médicos/as es de 1.2. y la de enfermeros/as es de un hijo. Por otro lado, en cuanto a la etnia en ambos grupos estudiados en la mayoría se consideran mestizos (médicos/as 94.4% y enfermeros/as 91.3), etnia predominante en el Ecuador. El porcentaje que predomina en relación al estado civil en médicos fue el de casados (50%); mientras que en el personal de enfermeras/os prevaleció la de solteros (56.5%), en donde en diferentes estudios revelan que los profesionales con pareja presentaron mayor riesgo de alteraciones en las escalas del burnout (Berdejo 2014; Cotito, 2016), otros estudios (Abreu, 2011) manifestaron que tanto el personal soltero como casados presentan mayor nivel en relación al burnout.

En lo que respecta a las variables laborales la mayoría de los participantes (46.7% médicos/as y 71.4% enfermeros/as) manifestaron que los ingresos mensuales oscilan entre 1001 a 2000 dólares esta cifra concuerda con la información que reposa en el INEC a través de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en hogares Urbanos y Rurales (ENIGHUR, 2012) la cual explica que para la zona urbana el ingreso salarial mensual es de \$1046.3

En cuanto a la experiencia laboral del personal médico la media fue de 8.9 años, mientras que en enfermeros/as fue 11.0 años. El 88.9% de médicos/as y el 100% de enfermeros/as laboran en el sector público, debido a que la muestra en la que recolectamos la información fue en una institución pública no podemos realizar una diferenciación. Aunque con los datos específicos de los datos del Ministerio de Salud Pública (2010), el sector público abarca tanto zona urbanas como rurales.

El tipo de contrato que prevaleció en médicos/as (50%) es ocasional, mientras que, en los enfermeros/as (45.5%) fue ocasional y de nombramiento. Las horas diarias de trabajo de los médicos es de 11.2 horas, con una mínima de 8 horas y una máxima de 60 horas; mientras que los enfermeros/as es de 9.8 horas con un mínimo de 6 horas y un máximo de 13 horas; con la que existe una diferencia de acuerdo a la Resolución N° MRL-2011-000033, del Ministerio de Relaciones Laborales establece la escala de valoración de los puestos de profesionales de la salud (bajo la modalidad de nombramiento o contrato de servicios ocasionales) con jornadas de trabajo de 8 horas diarias.

El número promedio de pacientes que atienden a diario médicos/as es de 28.3, con una atención mínima de 7 y máxima de 60 pacientes; mientras que las enfermeras atienden un promedio de 22.3 pacientes, atendiendo a un mínimo de 5 y un máximo de 37 pacientes; esto de acuerdo a la nueva ley los médicos deben atender a más de 24 pacientes por día, y las enfermeras 20 pacientes por día.

Con referencia a los recursos necesarios que les brinda la institución, los médicos/as (37.5%) y los enfermeros/as (52.4%), indican que medianamente el establecimiento les provee de recursos indispensables para la realización de su trabajo. En el personal médico (50%) y los enfermeros/as (73.9%) indican que trabajan en turnos; denominados en la actualidad según el Ministerio de Trabajo (Ley 2012-62; Acuerdo Ministerial 00001849) jornadas especiales que se dan en función a las necesidades de la población e institucionales priorizando áreas de atención crítica y/o de alta demanda.

La variables de la percepción del clima laboral, los médicos/as en cuanto a la valoración que sienten por parte de sus pacientes (35.3%) es entre poco y bastante y de los familiares

(47.1%) es bastante, el 47.1% de los participantes menciona que se siente totalmente valorados por sus compañeros de profesión, y que el 35.3% se sienten totalmente valorados por los directivos de la institución. En cuanto a la satisfacción que sienten por el trabajo el 52.9% se sienten totalmente satisfechos y el 50% indica que se sienten totalmente satisfechos con la interacción con los pacientes. El 35.3% se sienten totalmente satisfechos con el apoyo brindado por los directivos de la institución, el 56.3% dicen sentirse totalmente satisfechos con la colaboración entre compañeros de trabajo. Acerca de la valoración global de su experiencia profesional el 58.8% señalan una total satisfacción. Y en su situación económica el 52.9% se sienten bastante satisfechos con su salario.

En cuanto a los enfermeros/as, el 59.1%, se sienten bastante valorados por parte de sus pacientes y de los familiares es bastante (54.5%), el 52.4% mencionan que se sienten bastante valorados por sus compañeros de profesión, En cambio el 40.9% se sienten poco valorados por los directivos de la institución En cuanto a la satisfacción que sienten por el trabajo el 77.3% se sienten totalmente satisfechos y el 63.6% indica que se sienten totalmente satisfecho con la interacción con los pacientes. El 40.9% de los participantes se sienten bastante satisfechos con el apoyo brindado por los directivos de la institución la colaboración entre compañeros de trabajo, el 54.5% dicen sentirse bastante satisfechos, la valoración global de su experiencia profesional el 54.5% señalan una total satisfacción y en su situación económica el 50% se sienten bastante satisfechos.

En cambio un estudio realizado en Valencia con los profesionales de salud con respecto a la satisfacción laboral, alrededor de un 20% recibe un bajo nivel de estímulo intelectual en su trabajo y bajas recompensas profesionales, y sólo un 12% percibe una baja satisfacción con respecto a las relaciones con los pacientes y sus familiares. (Escribà-Agüir, Artazcoz, & Pérez-Hoyos, 2008).

Y con otro estudio realizado existe al sur este del Cusco Valdivia se puede comprobar que, detectó que el 92% de los encuestados referían que era de suma importancia que los profesionales se desarrollaran en buenas condiciones de trabajo, con comodidad y avances tecnológicos acorde a las funciones que desarrollaban, junto con ello expresaban la importancia de la capacitación permanente en función de las necesidades de sus trabajos. Con estos resultados se hace necesario dotar de recursos suficientes las unidades de trabajo de estos profesionales para propiciar el rendimiento adecuado de sus funciones. (Valdivia, & Méndez, .2003).

Un objetivo fundamental es conocer acerca de las características y presencia del burnout (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal) en la muestra investigada.

En comparación con el estudio realizado en una institución de la ciudad de México el 67% de las enfermeras, el Síndrome de Burnout predominó en nivel medio; los niveles bajo y alto se presentaron en 19% y 14% respectivamente, las cuales se denota una diferencia porcentual entre el agotamiento emocional y la despersonalización en nivel medio, presentes en 67% y 72% de la población estudiada. (Hernández, Juárez, Hernández-, Ramírez, 2005)

Mientras en esta investigación la dimensión de agotamiento emocional los 50% médicos/as (50%) y los enfermeros/as (39.1%) obtuvieron un nivel alto; en cuanto a la despersonalización el 50% de los médicos/as (50%) obtuvieron un nivel bajo y los enfermeros/as (47.81%) nos indican que obtuvieron un nivel medio; en la dimensión de baja realización personal los médico/as (50%) y las enfermeras/os (39.1%) obtuvieron un nivel bajo

Según los datos obtenidos en la aplicación del MBI se pudo determinar que existe un caso de burnout que representa el 5.6%, mientras que en la muestra del personal de enfermería no se presenta ningún caso, mientras en otros estudio realizado en Nicaragua se obtuvo como resultado que el 28% del personal de enfermería y un 14% de los médicos padecen el síndrome de Burnout, con lo que se relaciona lo dicho por el síndrome de Burnout es más frecuente en el sexo femenino que en el masculino (Paredes, Pereira, & Montiel, 2008), y una de las explicaciones que se le daba a esto es que las mujeres presentan más conflicto de rol, sintomatología depresiva, conflictos familia-trabajo, entre otras. Por lo que estarán más propensas a presentar el síndrome. (Pines y Kafry (1981); Etzion y Pines (1986); Greeglass, Pantony y Burke ,1988).

Otro punto importante de esta investigación es conocer sobre la salud general de los profesionales, la cual se conocerán ciertas patologías (síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social, depresión) que puede desencadenar a la existencia del burnout.

En lo referente a la salud general los síntomas que más se presentaron fueron los somáticos y la ansiedad en ambos grupos, siendo un 6.5% de diferencia entre el personal y en los síntomas somáticos fue el del 5%; mientras que en un estudio realizado en un hospital el personal médico y el de enfermería en algún momento de su jornada, los que tuvieron

porcentajes ligeramente altos fueron las cefaleas recurrentes (28%), dolor epigástrico al consumir alimentos (25%), pesadez o compresión al nivel del cuello (44%), dolor acompañado de rigidez en la espalda (46%), cansancio, fatiga y agotamiento (36%); aun cuando no ocurrían en porcentajes elevados, ya muestran un claro indicio de su presencia y posibles repercusiones en sus actividades laborales y salud (Ortega, 2006)

Es fundamental conocer sobre las estrategias de afrontamiento que los profesionales de la salud son los que más utilizan, y así evitar problemas en su salud mental.

En lo que se refiere al afrontamiento se observó que los médicos/as que poseen una media más alta son: negación (9), uso de sustancias (9), replanteamiento positivo (2.5), afrontamiento activo (2.4), planificación (2.3) y auto distracción (2.2); En cambio el personal de enfermería las estrategias de afrontamiento que sobresalen con una media alta son: religión (2.2), afrontamiento activo (2.1), replanteamiento positivo (2.1), planificación (2) y aceptación (2).

En un estudio realizado las estrategias de afrontamiento mayoritariamente empleadas por los profesionales de la salud son la resolución de problemas y el distanciamiento de la fuente de estrés. El uso frecuente de esta estrategia ha sido ya reportada por los investigadores de estrés laboral asistencial, aún entre culturas tan diversas como China, Japón o Estados Unidos (Paris, L. 2016)

Como sabemos un punto a destacar es el apoyo social (emocional, instrumental, relaciones sociales, amor y cariño), ya que puede ser un medio, en el cual, nos podemos sostener, para estabilizarnos en diferentes aspectos que puedan estar provocándonos grandes conflictos.

En nuestro estudio el apoyo social se pudo determinar que la media más alta es amor y cariño siendo para médicos de 89.3 y para enfermeros/as es 84.3; La escala de relaciones sociales para personal médico con una media de 87.2 y para el personal de enfermería 78.9. El apoyo instrumental que para médicos/as es de 86.4 y para enfermeros/as 76.3 El apoyo emocional con una media de 85.7 para médicos/as y 78.6 para enfermeros/a; mientras que en comparación con un estudio realizado en un hospital psiquiátrico la influencia del apoyo social es notable en la disminución de los niveles de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, sobre todo cuando proviene de los superiores. El reforzamiento de la capacidad de entregar apoyo de supervisores y jefes

mediante un programa de entrenamiento de bajo costo podría tener un efecto altamente positivo en este tipo de servicio. (Avendaño, Bustos, Espinoza, García, & Pierart, T, 2009)

Cabe destacar que la personalidad es uno de los objetivos de esta investigación, ya que como sabemos es un conjunto de características propias de cada ser humano, el cual hace que actúe de cierta manera hacia los demás.

El rasgo de personalidad más alto fue el de extroversión en ambos grupos con una media de 4.28 para médicos/as y un 4.18 para enfermeros/as. El neuroticismo con un 1.89 para médicos/as y un 2.32 para enfermeros/as. El rasgo de psicoticismo con 1.72 para médicos/as y un 2.13 para enfermeros/as.

Mientras que un estudio en el hospital de México el cual se realizó una investigación principalmente con la personalidad resistente indican que, la relación que hay entre la personalidad resistente y el burnout fue negativa y estadísticamente significativa, aunque por la poca relación que se establece entre la personalidad resistente con las demás variables sociodemográficas. (Herrera, Godeleva, Coronel, 2006)

En nuestra correlación se puede observar una relación entre apoyo instrumental y realización personal. Existe una correlación muy significativa entre estas variables, $r(38) = .497$, $p = .002$. Por lo tanto, mientras mayor sea el apoyo instrumental recibido por los profesionales de la salud, mayor será su realización personal, es decir, suma importancia que los profesionales se desarrollaran en buenas condiciones de trabajo, con comodidad y avances tecnológicos. Sin embargo, el apoyo instrumental no ha sido objeto de estudio de correlación debido a que el apoyo social, ha sido uno de los factores importantes con relación al burnout, donde existe una investigación que participaba un hospital psiquiátrico en donde la presencia del apoyo social, ya sea de sus compañeros o superiores, influye en una menor presencia de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización. (Avendaño, Bustos, Espinoza, García, & Pierart, 2009)

CONCLUSIONES

- La prevalencia del síndrome del burnout en el personal médicos/as es de un caso, mientras que en el de enfermeros/as no se presenta ningún caso.
- Según las variables demográficas existió una igual aceptación en el personal médico tanto de hombre como mujeres, mientras que en el personal de enfermería existió mayor aceptación por parte de las mujeres, la etnia en ambos grupos es la mestiza, y su estado civil en la mayoría del personal de enfermería son solteras mientras que la mitad del personal médico son casados.
- Entre las variables laborales la remuneración salarial para médicos va de entre 10001 a 2000 dólares, con contratos ocasionales, con extensas horas de trabajo, atendiendo un alto número de pacientes, en el cual solo la mitad del personal trabaja por turnos, en cambio el personal de enfermería su salario va de 1001 a 2000, con contratos con nombramiento y otros ocasionales, con un promedio medio alto de horas de trabajo, atendiendo un número significativo de pacientes, en la cual la mayoría trabaja en turnos.
- Entre las dimensiones del burnout tanto el personal médico como el de enfermería obtuvieron un nivel alto de agotamiento emocional y un nivel bajo en la dimensión de realización personal, mientras que en despersonalización el personal de enfermería obtuvo un nivel medio y los médicos presentaron un nivel bajo.
- En salud general, los síntomas que ambos grupos de profesionales de la salud presentaron son los somáticos y la ansiedad, existiendo una pequeña diferencia entre los dos síntomas presentados.
- Sus estrategias de afrontamiento en el personal médico se destacan la negación y el uso de sustancias, mientras que el personal de enfermería sobresalen la religión, el afrontamiento activo y el replanteamiento positivo.
- En cuanto al apoyo social se obtuvo tanto para el personal médico como el de enfermería, es el amor y el cariño, estos pueden ser receptados por su familia, amigos y compañeros de la institución que laboran.

- Entre los rasgos de personalidad que más se destacan en ambos grupos de profesionales es el de extroversión, en la cual significa que son personas con tendencia a relacionarse con los demás.
- No se encontró una correlación significativa entre el apoyo instrumental y el resto de variables como agotamiento emocional, despersonalización y burnout.
- Podemos concluir una correlación significativa entre apoyo instrumental y la realización personal, en la cual mayor sea este apoyo recibido por los profesionales, destacaran en la realización personal.

RECOMENDACIONES

- Realizar un re-test en un tiempo prolongado para determinar si hubo un aumento o se mantienen casos de burnout en los profesionales.
- Se recomienda a la institución realizar un seguimiento para evitar el desarrollo del burnout y sus dimensiones, una vez al año, debido a la exhaustiva labor que realizan, por ser una entidad pública.
- Determinar cuáles son las causas del cual predomina el estado de solteros en el personal de enfermería.
- Dar apoyo, estabilidad y seguridad emocional a los profesionales, cuya responsabilidad es el ser humano, y así evitar la ansiedad provocada día a día.
- Analizar las causas que conlleva al agotamiento emocional de los profesionales, y motivarlos y orientarlos a una actitud activa y flexible de la jornada laboral.
- Desarrollar habilidades psicológicas para afrontar correctamente los síntomas somáticos y la ansiedad en los profesionales de la salud.
- Establecer una conversación grupal en un determinado tiempo cada semana, mes o cada dos meses, para encontrar estrategias de afrontamiento y que no acaben en una actitud de negación o el consumo de ciertas sustancias.
- Exponer el apoyo social que tienen entre profesionales y así crear un ambiente de positivismo y armonía para la jornada laboral.
- Impulsar al crecimiento personal y no solo profesional, dando un énfasis afectivo que en lo intelectual, mantenga los rasgos de personalidad estables de cada persona ya sea extrovertido e introvertido.
- Efectuar entre profesionales de la salud ejercicios de respiración, relajación muscular y asertividad antes de empezar la jornada laboral

- Es importante realizar actividades como. Talleres individuales en donde se ayudara a mejorar su autoestima, ansiedad, ira, frustración, etc., talleres grupales basados en la recreación, en los que pueden mejorar las relaciones sociales con sus compañeros, además de ayudar a mejorar su salud emocional, actividades físicas en las que también se incluyan a la familia de los profesionales.
- Se sugiere además realizar un espacio en la que los profesionales de salud puedan acceder de manera voluntaria a realizar este tipo de investigaciones, sin el temor de que sus puestos de trabajos se vean afectados por dichas investigaciones.
- Se recomienda que para futuras investigaciones se realice un plan coordinado, en la cual se incluyan no solo a los profesionales de salud, como médicos y enfermeras, sino que se realice a cada una de las personas que laboran dentro de la institución.

BIBLIOGRAFIA

Abreu, F. (2011). Síndrome de agotamiento emocional en profesionales de la unidad de cuidados intensivos. *Multiciencias*, 11, 370 -377.

Alentorn, G. B. (2008). *Guía de prevención de Burnout para profesionales de Cuidados Paliativos*. Madrid: Arán Ediciones, S.A.

Álvarez, Javier (2009) *Ergonomía y Psicología aplicada. Manual para la Formación del Especialista*. España: Ediciones Lex Nova

Avendaño, C., Bustos, P., Espinoza, P., García, F., & Pierart, T. (2009). Burnout y apoyo social en personal del servicio de psiquiatría de un hospital público. *Ciencia y enfermería*, 15(2), 55-68.

Berdejo, H. (2014). *Síndrome de desgaste laboral (Burnout) en los médicos residentes de especialidades médico quirúrgicas de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá (tesis postgrado) Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.*

Bosqued, M. (2008). *Quemados: El síndrome del Burnout ¿Qué es y cómo superarlo?* Barcelona: Ediciones Paidós.

Cherniss, C., *Professional Burnout in Human Service Organization*, Nueva York, Praeger, 1980.

Cotito, J. (2016). *Prevalencia y factores asociados al síndrome de Burnout en médicos asistentes del hospital René Toche Groppo septiembre-noviembre de 2015. (Tesis postgrado). Universidad Ricardo Palma. Lima-Perú. Recuperado de: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/500/1/Cotito_j.pdf*

Escribà-Agüir, V., Artazcoz, L., & Pérez-Hoyos, S. (2008). Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de burnout en médicos especialistas. *Gaceta Sanitaria*, 22(4), 300-308

Esteva, M., Larraz, C., & Jiménez, F. (2006). La salud mental en los médicos de familia: efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo. *Revista clinica española*, 206(2), 77-83.

Gonzalez, L. F.-S. (2015). *Burnout: Consecuencias y soluciones*. México. D.F: Manual Moderno.

Hernández, Fernández y Baptista. (2003). *Metodología de la Investigación*. (3ªed.). México: Mc Graw-Hill.

Herrera, M. E. O., Viveros, G. R. O., & Brizio, P. G. C. (2013). Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente. *Psicología y Salud*, 17(1), 5-16.

Herrera Vásquez, Lorena (2017) "Síndrome de burnout y su relación con variables moduladoras en personal de la salud en una institución pública ubicada al norte de la ciudad de Loja durante el año 2016-2017 (Tesis de pregrado) Universidad Técnica Particular de Loja, Loja.

Ivette, H. V. C., Arturo, J. G., Elena, H. M., & Antonio, R. P. J. (2005). Burnout y síntomas somáticos cardiovasculares en enfermeras de una institución de salud en el Distrito Federal. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 13(3), 125-132

Martín, M. C., Fernández, F. B., Gómez, R. N., & Martínez, F. C. (2001). Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Aten Primaria*, 27(05), 313-7.

Maslach, C; Jackson, S.E., Mbi: *Maslach Burnout Inventory Manual*, Palo Alto University Of California, Consulting Psychologists Press, 1981.

Martínez Pérez, Anabella (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*. nº 112. Septiembre. 2010.

Melita Rodríguez, A., Cruz Pedreros, M., & Merino, J. (2008). Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la octava región, Chile. *Ciencia y enfermería*, 14(2), 75-85.

Ortega Herrera, M. E. (2006). Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo personalidad resistente (Hardiness).

Gil - Monte, Pedro R. . (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Zaragoza: Ediciones Piramide.

Pines, A; Aronson, E y Kafry, D., *Burnout: from Tedium to Personal Growth*, Nueva York, Free Press, 1981

Paredes, M. B. A., Pereira, D. I. M., & Montiel, R. P. (2008). Síndrome de Burnout en médicos y personal de enfermería del Hospital Escuela "Oscar Danilo Rosales Argüello", León, 2007. *Universitas (León): Revista Científica de la UNAN León*, 2(2), 33-38.

Roldán, A. M. A., y Barriga, A. M. Q. (2015). Síndrome por quemarse en el trabajo y variables familiares y laborales de los médicos generales de Bogotá. Una estrategia de calidad laboral. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(4), 198-205

Sandoval, C., González, P., Sanhueza, L., Borjas, R., Odgers, C., & Figueroa, G. (2007). Síndrome de Burnout en el personal profesional del Hospital de Yumbel. In Santiago de Chile: XII Congreso Nacional del Colegio Médico de Chile.

Paris, L. (2016). Estrategias de afrontamiento del estrés asistencial y satisfacción laboral-personal en médicos y enfermeros. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*, 26(2), 7-21.

Valdivia, R., & Méndez, S. (2003). Factores asociados al síndrome burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de Essalud del Cusco. *Situa*, 12(23), 11-22.

Vasquez, I. A. (2015). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Ediciones Piramide

ANEXOS



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

Datos PersonalesGénero Masculino Femenino

Edad ____ años

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

La zona en la que trabaja es: Urbana Rural Etnia Mestizo Blanco Afro ecuatoriano Indígena Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado o separado Unión Libre

Número de Hijos: ____

Recibe su remuneración salarial: si no

La remuneración se encuentra entre:

0-1000 USD 1001-2000 USD 2001-3000 USD 3001-4000 USD 4001-5000 USD 5001-6000 USD **Datos Laborales**Profesión: Médico/a Especialidad de medicina en: _____
Enfermera

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial Sector en el que trabaja: Privado Público Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido (Nombramiento) Servicios profesionales Ninguno

Horas que trabaja Diariamente _____

Trabaja usted en turno SI No

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

Ninguno 25% 25-50% 50-75% 75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____

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

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

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

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

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

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

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

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

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

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

Anexo 2.3

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
Cuestionario (GHQ-28)

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

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

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

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

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

Anexo 2. 4

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
Cuestionario BRIEF-COPE

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

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

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

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

Anexo 2.5.
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CUESTIONARIO DE AS

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

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

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

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

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

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

Anexo 2.6.
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CUESTIONARIO EPQR-A

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

Descripción	Si	No
1. ¿Tiene con frecuencia subidas y bajadas de su estado de ánimo?		
2. ¿Es usted una persona comunicativa?		
3. ¿Lo pasaría muy mal si viese sufrir a un niño o a un animal?		
4. ¿Es usted una persona de carácter alegre?		
5. ¿Alguna vez ha deseado más ayudarse a sí mismo/a que compartir con otros?		
6. ¿Tomaría drogas que pudieran tener efectos desconocidos o peligrosos?		
7. ¿Ha acusado a alguien alguna vez de hacer algo sabiendo que la culpa era de usted?		
8. ¿Prefiere actuar a su modo en lugar de comportarse según las normas?		
9. ¿Se siente con frecuencia hartos/a («hasta la coronilla»)?		
10. ¿Ha cogido alguna vez algo que perteneciese a otra persona (aunque sea un broche o un bolígrafo)?		
11. ¿Se considera una persona nerviosa?		
12. ¿Piensa que el matrimonio esta pasado de moda y que se debería suprimir?		
13. ¿Podría animar fácilmente una fiesta o reunión social aburrida?		
14. ¿Es usted una persona demasiado preocupada?		
15. ¿Tiende a mantenerse callado/o (o en un 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).

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTES Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto de Investigación: "Burnout en profesionales de la salud en el Ecuador".

Departamento de Psicología

Investigador responsable: Rocío Ramírez Zhindón

Estudiante de la UTPL: Estefania Dennisse Yangua Paucar

Información General

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar o no, en una investigación con aplicaciones psicológicas.

Este proyecto tiene por objeto: Identificar el nivel del burnout en los profesionales de la salud en el Ecuador.

La investigación es en su mayoría a través de cuestionarios no implica ningún riesgo para el participante y la decisión de participar es absolutamente voluntaria.

¿Quiénes participarán en el estudio?

Para el estudio no se han realizado avisos públicos para el reclutamiento de participantes. No hay contraindicaciones, ni riesgos relacionados a la participación en la investigación.

La población objeto de estudio serán el personal de instituciones de salud, es decir médicos en servicio activo al igual de cualquier especialidad y enfermeras que se encuentre vinculados tanto a instituciones privadas como públicas en todo el Ecuador; independientemente de la edad, género, ubicación geográfica (urbano-rural).

Procedimientos del estudio

A los voluntarios incluidos en el estudio se les realizarán distintas pruebas psicológicas y levantamiento de información sociodemográfica, a través de los siguientes instrumentos: Cuestionario Sociodemográfico y laboral, Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), 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.

Beneficios de su participación:

Con este estudio usted contribuirá al desarrollo de nuevos conocimientos destinados a la prevención del desgaste profesional.

Los resultados finales serán informados a través de artículos científicos y exposiciones académicas, y únicamente serán trabajados por el Departamento y Titulación de Psicología de la UTPL.

¿Incurriré en algún gasto?

Usted no incurrirá en ningún gasto, todo estará financiado por la UTPL, y las organizaciones que colaboren voluntariamente para el cumplimiento de los objetivos previstos en esta investigación.

Riesgos y molestias:

Éste es un estudio en que los riesgos para su salud son nulos. Además, en éste estudio no se usará ningún tipo de medio o de estrategia de recolección de información que ponga en algún riesgo o malestar al participante.

Confidencialidad de los datos:

Si acepta participar en el presente estudio, sus datos y resultados serán parte de la investigación científica y serán usados en publicaciones, sin embargo, se guardará estricta confidencialidad de todo tipo de información personal entregada y se garantizará el anonimato de cada uno de los adultos mayores participantes.

Participación voluntaria:

Todos los que decidan participar en el presente estudio y cambien de opinión durante el desarrollo del mismo, podrán abandonarlo en cualquier momento. Si desea más información acerca del estudio haga todas las preguntas que desee en cualquier momento de su participación.

Contactos para preguntas acerca del estudio:

Rocío Ramírez Zhindón mrramirez@utpl.edu.ec 37014777ext. 2773



A handwritten signature in blue ink, appearing to be "Rocío Ramírez Zhindón", written over a horizontal line.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El/la abajo firmante, declara conocer el Proyecto "Burnout en profesionales del Ecuador" y acepta que para que se pueda llevar a cabo el mismo, se hace necesario la recolección de algunos datos concernientes a su estado actual.

Por lo que, libre y voluntariamente, consciente en participar en el proyecto detallado, colaborando para la realización del mismo y aportando con la información y actividades que se requieran.

Además autoriza al personal a cargo del proyecto para que utilice su información para la consecución de los objetivos propuestos.

Fecha.....

NOMBRE:

NÚMERO DE CÉDULA:

.....

FIRMA