



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

AREA SOCIOHUMANÍSTICA

TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Prevalencia del Burnout y Variables asociadas en profesionales de la Salud, médicos/as y enfermeras/os en una institución pública del centro de Ibarra durante el periodo 2017- 2018

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Duque Granados, Rocío Alejandra

DIRECTORA: Erique Ortega, Elsa Rosanora, Mgst

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO

2018



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

Septiembre, 2018

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister

Elsa Rosanora Erique Ortega

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación, Prevalencia del Burnout y Variables asociadas en profesionales de la Salud, médicos/as y enfermeras/os en una institución pública del centro de Ibarra durante el periodo 2017- 2018, realizado por Rocío Alejandra Duque Granados, ha sido orientado y revisado durante su ejecución por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, febrero de 2018

f).-

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo Rocío Alejandra Duque Granados, declaro ser autora del presente trabajo de Titulación: Prevalencia del Burnout y Variables asociadas en profesionales de la Salud, médicos/as y enfermeras/os en una institución pública del centro de Ibarra durante el periodo 2017- 2018, de la Titulación de Psicología, siendo la Mgst. Elsa Rosanora Erique la 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.

Autora: Rocío Alejandra Duque Granados

Cédula: 0603458332

DEDICATORIA

A mí amado Dios, proveedor y hacedor de todas las cosas.

A mi esposo e hijo mi inspiración y luz de mis ojos.

A mis padres y hermano.

AGRADECIMIENTO

Con todo el corazón agradezco sobre todas las cosas a Dios que me ha traído hasta este momento con su provisión y fuerzas.

A mi esposo por su apoyo incondicional, por animarme en todo momento por su ayuda, paciencia, provisión, dedicación y amor. Gracias por los sacrificios que han hecho por este sueño y porque siempre han estado prestos para mí.

A mis padres por su apoyo en estas últimas instancias, por su formación y por su entrega, con especial mención a mi papá por ayudarme en toda la logística en la ciudad de Ibarra.

A los directivos y personal de salud del Hospital donde fue realizada la investigación, por su apertura y disponibilidad.

A mis suegros por su ayuda, ánimo y cariño en todo este tiempo.

A la Universidad Técnica Particular de Loja por la formación brindada y sostenida en la Modalidad Abierta y a Distancia.

1.2.3.	Consecuencias en el trabajo en profesionales de la salud.	11
1.2.4.	Consecuencias para la organización.	11
1.2.5.	Consecuencias en la familia de profesionales de la salud.	11
1.3.	Modelos Explicativos del Burnout	12
1.3.1.	Modelos basados desde la teoría Socio- cognitiva.	12
1.3.2.	Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social.	14
1.3.3.	Modelos Desarrollados desde la Teoría Organizacional.	15
1.3.4.	Modelos sobre el desarrollo del Síndrome de Burnout	17
1.4.	Prevalencia del burnout	18
1.5.	Importancia del estudio del síndrome burnout	21
1.6.	Variables Asociadas al Burnout	22
1.6.1.	Facilitadores.	22
1.6.2.	Variables de carácter demográfico.	22
1.6.3.	Variables de personalidad.	23
1.6.4.	Variables del entorno laboral.	24
1.6.5.	Apoyo social en el trabajo.	24
1.6.6.	Estrategias a nivel de la organización.	25
CAPÍTULO 2		26
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN		26
2.	Objetivos	27
2.1.	Objetivos específicos	27
2.2.	Preguntas de investigación	27
2.3.	Contexto de la investigación.	27
2.4.	Diseño de la investigación.	28
2.5.	Muestra	28
2.6.	Procedimiento	29
2.7.	Instrumentos	29

CAPÍTULO 3	33
ANÁLISIS DE DATOS	33
3. Análisis de Datos	34
3.1. Variables Sociodemográficas	34
3.2. Inventario de burnout de Maslach (Maslach Burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson	37
3.3. Cuestionario de salud general (GHQ-28)	38
3.4. Cuestionario de afrontamiento (BRIEF - COPE).	39
3.5. Cuestionario de Apoyo Social (MOS).....	41
3.6. Cuestionario de personalidad (EPQR- A)	41
CAPÍTULO 4	43
DISCUSIÓN	43
4. Discusión de las variables Sociodemográficas	44
4.1. Sexo	44
4.2. Edad	45
4.3. Etnia	45
4.4. Estado civil	46
4.5. Características laborales.	46
4.5.1. Salario	46
4.5.2. Sector de labores	47
4.5.3. Tipo de contrato	47
4.5.4. Número de pacientes atendidos.	48
4.5.5. Recursos	49
4.5.6. Turnos de trabajo	49
4.6. Características clínicas	50
4.6.1. Resultados de la aplicación del Inventario de burnout de Maslach (Maslach Burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson	50
4.6.2. Resultados del Cuestionario de salud general (GHQ-28)	51
4.6.3. Resultados del Cuestionario de afrontamiento (BRIEF - COPE).	51
4.6.4. Resultados del Cuestionario de Apoyo Social (MOS)	52

4.6.5. Resultados de la aplicación del Cuestionario de personalidad (EPQR- A)	53
CONCLUSIONES	54
RECOMENDACIONES	56
BIBLIOGRAFIA	57
ANEXOS.....	59

RESUMEN

El presente trabajo de titulación, comunica los resultados de un estudio acerca de la prevalencia del burnout y variables asociadas en médicos/as y enfermeras/os en una institución pública de la ciudad de Ibarra durante el periodo 2017- 2018, realizado con el objeto de identificar la prevalencia del síndrome en sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización). Para lo cual se identificaron las características socioeconómicas y laborales, las variables asociadas; malestar emocional, métodos de afrontamiento, apoyo social y rasgos de personalidad de la muestra.

La metodología constó de los siguientes cuestionarios:

Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC, Inventario de burnout Maslach , Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28), Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), Cuestionario MOS de apoyo social y el Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. (EPQR-A).

Analizando los resultados obtenidos se concluyó que no existe en la muestra, prevalencia del síndrome como tal, pero si existen puntuaciones de atención como: agotamiento emocional medio y realización personal baja en médicos y porcentajes altos de ansiedad en enfermeras.

PALABRAS CLAVE: prevalencia, síndrome, burnout, batería psicológica, agotamiento emocional, despersonalización, realización personal, ansiedad.

ABSTRACT

This present thesis work, communicates the results of a study about the prevalence of burnout and associated variables in health professionals, doctors and nurses in a public institution in the center of Ibarra during the period 2017-2018, carried out in order to identify the prevalence of the syndrome in its three dimensions (emotional exhaustion, depersonalization, low performance), in doctors and nurses of the aforementioned institution. To reach this, were identified the characteristics of the sample in the socioeconomic-labor area and the dimensions of the burnout syndrome, emotional distress, most used coping methods, perceived social support and the personality traits of the professionals were determined.

The methodology consisted of the following questionnaires and inventories

Sociodemographic and labor variables questionnaire AD-HOC, Maslach burnout inventory [MBI-HSS], General Health Questionnaire (GHQ-28); (Goldberg and Hillier, 1979, Spanish version Muñoz, Vázquez-Barquero, Rodríguez, Pastrana and Varo, 1979), Multidimensional Scale of Assessment of Coping Styles (BRIEF-COPE), MOS Social Support Survey, Sherbourne and Steward, 1991, (Spanish version Revilla, Luna del Castillo, Bailón and Medina, 2005), Eysenck Personality Questionnaire Revised. EPQR-A; (Francis, Brown and Philipchalk, 1992, Spanish version of Sandín, Valiente and Chorot, 1999).

Analyzing the results, it was concluded that the prevalence of the syndrome does not exist in the sample, but there are interesting scores such as: average emotional exhaustion and low personal accomplishment in physicians and high percentages of anxiety in nurses.

KEY WORDS: prevalence, syndrome, burnout, psychological battery, emotional exhaustion, depersonalization, personal fulfillment, anxiety.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación consiste en el estudio de la prevalencia del burnout y variables asociadas en profesionales de la Salud, médicos/as y enfermeras/os en una institución pública del centro de Ibarra durante el periodo 2017- 2018, para este fin se han abordado diversos apartados, el primero de los cuales aborda una breve historia del síndrome a partir de las primeras conceptualizaciones del mismo, hasta llegar a dilucidar la manera en que en la actualidad se manejan los conceptos del término, sus implicaciones y trascendencia.

Seguidamente se plantean los modelos explicativos teóricos, las variables asociadas al síndrome, su prevalencia, de tal manera de abastecer de conceptos y cimientos al marco teórico de la investigación. Posteriormente, se aborda el apartado de metodología con los objetivos general y específicos, las preguntas de investigación, el contexto en el que se realizó, el diseño investigativo que fue cuantitativo, no experimental, transaccional, descriptivo, exploratorio y correlacional; se analizó la muestra, se detalló el procedimiento a realizar, los instrumentos, y se procedió a hacer el análisis de datos, seguido de la discusión de los mismos, y finalmente las conclusiones y recomendaciones.

La importancia del presente estudio radica en que, la salud mental y estabilidad emocional de los trabajadores de la salud inciden no solo en vida personal y privada de los profesionales menguando su capacidad de toma de decisiones y su estado emocional y físico en general; sino en la manera en la cual se desenvuelven en la toma de decisiones en su trabajo, lo que puede afectar gravemente su desenvolvimiento en la calidad en las atenciones que presta en la casa de salud y en la relación de trato con el paciente, cosa que afecta directamente a la sociedad en general; de tal manera que como institución de salud es imprescindible conocer si el personal que labora en la misma está expuesta a este síndrome (Villano, 1993).

Para dar respuesta al problema planteado se utilizó una batería psicológica que abarca: cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC, Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory) [MBI-HSS], Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28); (Goldberg y Hillier, 1979; versión española de Muñoz, Vázquez-Barquero, Rodríguez, Pastrana y Varo, 1979), Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), Cuestionario MOS de apoyo social. (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Steward, 1991; versión española Revilla, Luna del Castillo, Bailón y Medina, 2005), Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A; Francis, Brown y Philipchalk, 1992; Versión española de Sandín, Valiente y Chorot, 1999), de manera que se abordan, los constructos necesarios para poder definir la existencia o no el síndrome y sus posibles causas. Este trabajo se divide en cuatro capítulos: el primero de los cuales se dedica a la descripción del marco teórico en el que se aborda el desarrollo del término, las diferentes teorías del

desarrollo del síndrome, sus consecuencias, modelos explicativos, prevalencia, importancias del estudio, variables asociadas y facilitadores; en segundo lugar se describe la metodología de investigación utilizada, en tercer lugar se hace el análisis de los datos obtenidos en los instrumentos utilizados en la investigación y por último se aborda el apartado de discusión en el cual se comparan los resultados obtenidos en la investigación con la teoría que sustenta la misma; planteando conclusiones y recomendaciones.

Los objetivos del trabajo fueron cumplidos en su totalidad pudiendo evaluar a los profesionales de salud; la investigación refleja la no existencia del síndrome como tal, pero sí de algunos factores que son parte del síndrome y a los cuales los profesionales de la salud si están expuestos.

Por la rigurosidad de la investigación científica y siendo comportamientos humanos investigados, el desarrollo de este trabajo presentó dificultades referentes a la disponibilidad de tiempo para contestar los ocho cuestionarios planteados, ya que se requería de treinta a cuarenta minutos; siendo esta condición, el principal inconveniente para el levantamiento de datos. Afortunadamente fue resuelto en forma eficaz, con una dosis de profesionalismo, buen humor y paciencia.

CAPÍTULO 1
MARCO TEÓRICO

1.1. Conceptualización del Burnout

1.1.1. Definiciones del Síndrome de Burnout la década de 1970.

En el año 1974, el médico psiquiatra, Herbert Freudenberger de origen germano-estadounidense plasmó la primogénita conceptualización del término burnout, realizando observaciones directas en su lugar de labores (Free Clinic); dado que en concordancia con la actividad laboral y como fruto de sus observaciones el autor abstraigo la idea de que sus compañeros empezaban a sufrir pérdida de la energía, idealismo, empatía con pacientes, agotamiento, ansiedad, depresión y desmotivación (Morales y Murillo, 2015).

Como fruto de sus observaciones Freudenberger conceptualiza al burnout como la sensación de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral, que surge especialmente en aquellas personas que se dedican a profesiones de servicio y como consecuencia del contacto diario con sus labores (Gil-Monte, 1991).

Por lo tanto se puede dilucidar que las primeras definiciones a cerca del síndrome emergen de la observación de investigadores que pudieron percibir de la ocurrencia de este síndrome en el propio lugar de trabajo; naciendo así este término y la preocupación acerca del mismo por parte del propio colectivo médico.

1.1.2. Definiciones del Síndrome de Burnout en la década de 1980.

En ésta década se origina el concepto más conocido y aceptado del Burnout entre investigadores y es el realizado por Maslach y Jackson (1986), que destacan al síndrome como: agotamiento emocional, seguido de pérdida de motivación, sentimientos de inadecuación y fracaso. (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001, p. 23), causados como respuesta inadecuada al estrés emocional crónico y que se caracteriza por: agotamiento físico, emocional, actitud fría y despersonalizada. (Roth, y Pinto, 2008, p. 16)

En ese mismo periodo de tiempo, Pines y Aronson (1988) puntualizan que el Síndrome de Burnout, es la sensación de fatiga a nivel mental, físico y emocional que se da como resultado del involucramiento crónico en el trabajo cuando este se da en entornos emocionalmente demandantes. (Ruiz y López, 2004).

Estos autores sobrepasaron el límite bosquejado por Maslach (patología como un padecimiento neto de profesionales de la salud) planteando que es posible que este se desarrolle en todos los ámbitos laborales; dependiendo de las condiciones del entorno y factores de predisposición del personal.

En esta misma línea William Werther define el síndrome del empleado exhausto como: “acontecimiento en el que se presentan síntomas graves y permanentes a nivel intelectual,

emocional y en ocasiones físico que pueden afectar a todo el personal de una empresa señalando incluso al departamento de recursos humanos.” (Werther y Davis, 1988, p. 8).

Demarcando así que los empleados que detentan Síndrome de Burnout perciben cansancio, depresión, irritabilidad, retraimiento en sus relaciones sociales, advierten su autoimagen como pobre, padecen de trastornos del sueño, culpabilizan a los demás de sus dificultades y pueden recurrir al uso de alcohol o tabaco; como una fuente de afrontamiento no adaptativo (Werther y Davis, 1988). De condescender con el avance de la sintomatología es posible que la potencial recuperación del personal demande semanas o meses de descanso, reorganización de tareas, e inversión en tratamientos médicos.

Los avances en cuanto al marco de acción del síndrome y la conceptualización en esta década, al igual que en la anterior, avanzaron en cuanto se considera el hecho de que no solo puede presentarse en el campo de la atención directa al paciente, sino que se lo extrapola a todo tipo de actividades laborales.

1.1.3. Definiciones del Síndrome de Burnout en la década de 1990.

García Izquierdo, en el año 1991, señala que el Síndrome de Bournout es un inconveniente de profesiones que sostienen relaciones continuas de ayuda y soporte hacia el "cliente- paciente". siendo el desgaste emocional una de las características más importantes de la interacción (Leiter, 1991).

El burnout, entendido como fatiga, se ubica en la categoría de fatiga emocional, producida por un fuerte estrés y caracterizada generalmente por una disminución o embotamiento de las respuestas emocionales (Ramos, Peiró y Ripoll, 1996).

Gil-Monte y Peiró en el año 1997 planean que el Síndrome de Bournout es un resultado del estrés laboral percibido y que se manifiesta como producto de un proceso de reevaluación cognitiva cuando las estrategias de afrontamiento no son las más adecuadas (Rodríguez, 2012).

Mingote en el año 1998, propone que este es un padecimiento clínico-laboral producido por una adaptación poco adecuada a las circunstancias estresantes del lugar de trabajo y que se manifiesta por medio de un bajo rendimiento laboral y baja realización personal, acompañados por inoperancia en su puesto de trabajo, desmotivación, desorganización; agotamiento emocional; agotamiento físico y malestar en general, desembocando esto en un conjunto con intentos de nuestra psique por mitigar el proceso de ansiedad a través del desarrollo de conductas paliativas (posibles adicciones), que influyen notablemente en la disminución de la calidad de vida del sujeto (Ramírez, 2015).

Es preponderante el hecho de que los síntomas asociados al Síndrome de Burnout pueden ser respuestas disfuncionales producidas por un estrés diario fruto de las actividades laborales a las que están sometidos todo tipo de trabajadores; más aún aquellos que trabajan directamente con personas; o como en este caso los profesionales de la salud, que trabajan con personas vulnerables y en relación directa con las familias involucradas emocionalmente a la labor del profesional de salud y su desempeño eficaz.

1.1.4. Definiciones de Burnout en la década del 2000.

Según Furman, en su obra de Psicología Ocupacional “El comportamiento de los individuos en la organizaciones”, el Síndrome de Burnout está compuesto por: cansancio emocional, físico y mental, sentimientos de baja autoestima; siendo estos el resultado de estar continuamente en contacto con situaciones de estrés intenso, y señala como causas del mismo circunstancias que pueden parecer inofensivas en el ambiente laboral pero que a la larga pueden acarrear graves consecuencias y entre otras condiciones se encuentran el aburrimiento y la asignación exagerada de responsabilidades (Furman, 2001).

Gil Monte (2007), entiende como síndrome de quemarse por el trabajo al mismo Síndrome de Burnout y lo considera una respuesta al estrés laboral crónico, fruto de experiencias subjetivas negativas, combinado por cogniciones, emociones y actitudes negativas hacia el trabajo, las personas con las que se relaciona el individuo, y a su propio rol de profesional.

Según Thomaé, Ayala, Sphan, Stortti (2006), este síndrome es una posible respuesta al estrés laboral crónico que afecta a aquellas personas cuyo trabajo tiene como centro ayudar y apoyar a otros; generando en el profesional síntomas que van desde el agotamiento físico, mental y emocional hasta relaciones interpersonales conflictivas.

Lo más preponderante a señalar en este momento es la introducción del término quemarse en el trabajo como sinonimia para referirnos al mismo Síndrome de Burnout.

1.1.5. Definiciones de Burnout en las décadas del 2010 hasta la actualidad.

Poblete Arévalo (2012) define el Síndrome de Burnout como el agotamiento físico y psicológico, baja motivación, agotamiento emocional, sentimientos negativos hacia sí mismo y los demás, acompañados de una inadecuación a su labor profesional, definiendo los campos ocupacionales ya no netamente en el campo médico/ asistencial, sino a nivel de trabajadores en general.

Llegando así a conceptualizar el síndrome y generalizándolo de tal manera que se dice que de hecho este síndrome es fruto de una inadecuación.

1.2. Teorías de desarrollo y fases del burnout

Según los diferentes autores y los resultados de sus investigaciones, se desarrollan teorías acerca del desarrollo del síndrome. Siendo estas posibles secuencias en las cuales se cree pueden aparecer determinados síntomas así: Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983), citan que el Síndrome de Burnout inicia con la fase de despersonalización, luego se presentan los sentimientos de baja realización personal en el trabajo, y a largo plazo, cansancio o agotamiento emocional; mientras que para Maslach (1988) el Síndrome de Burnout se manifiesta con cansancio o agotamiento emocional (desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga tanto física como psíquica), despersonalización (actitud negativa hacia otras personas, irritabilidad y pérdida de la motivación hacia el trabajo) y baja realización personal (presencia de respuestas negativas hacia uno mismo y el trabajo, baja autoestima, baja productividad e incapacidad para soportar la presión).

Por su parte Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995) establecen que el padecimiento inicia con sentimientos de pérdida de realización personal en el quehacer laboral y a la vez altos agotamiento emocional.

Las actitudes de despersonalización siguen a estos sentimientos y son considerados como una estrategia de afrontamiento desarrollada por los profesionales, para evitar implicaciones emocionales que pueden agravar la sensación de agotamiento.

1.2.1. Consecuencias del burnout.

Furman (2001) señala que entre las principales consecuencias del síndrome se encuentran las diferentes facetas de la alienación:

- Carencia de sentido: idea de que las actividades laborales diarias carecen de valor.
- Falta de compromiso con los objetivos de la organización: dar poco valor a lo que la empresa considera sumamente valioso.
- Impotencia: idea de que sin importar lo que se haga eso no va a influir en la eficacia, eficiencia o felicidad.

Por otra parte, Maslach señala, que como consecuencia de padecer este síndrome se pueden presentar síntomas como: cansancio físico, tensión, jaquecas frecuentes, náuseas, insomnio,

cambios en los hábitos alimenticios, cansancio emocional, depresión, distanciamiento afectivo, irritabilidad, hostilidad, agresividad, sentimientos de fracaso, de desamparo, y de estar atrapados en el trabajo; despersonalización, actitud muy negativa al respecto de la organización donde se labora, menosprecio a sus jefes, compañeros, subordinados y, en su vida en general, sentimientos de poco logro personal.

Además de lo anterior, la persona afectada tiene una menor tolerancia a la frustración, con tendencia a reaccionar de forma agresiva. También puede observarse síntomas de nerviosismo, inquietud psicomotora e incapacidad para concentrarse, provocando olvidos. (Ramírez, 2015). Síntomas que no solo llevan a la pérdida de la fuerza interna de la persona para hacer frente a los diarios avatares en cuanto a su trabajo y vida personal, sino que pueden significar una pérdida de capital humano en las organizaciones, que pueden acarrear consigo pérdidas económicas y de gran significancia en cuanto a tiempo de recuperación de las personas afectadas.

1.2.2. Consecuencias clínicas en profesionales de la salud.

Álvarez y Fernández (1991), proponen la agrupación de los síntomas del burnout en psicosomáticos, conductuales, emocionales y defensivos.

Las manifestaciones psicosomáticas del Síndrome de Burnout, son a menudo tempranas y aparecen como alteraciones funcionales: agotamiento físico, fatiga crónica, resfriados frecuentes y prolongados, dolores de cabeza, problemas de sueño, úlceras estomacales, pérdidas y/o ganancias de peso, exacerbación de desórdenes médicos preexistentes (ej., diabetes, presión alta, asma), aumento de conductas de alto riesgo, dolor muscular (particularmente en espalda y cuello) y, en las mujeres, probables desórdenes menstruales.

Como condición clínica, según Schaufeli, Bakker, Hoogduin, Schaap y Klander (2001), el burnout puede ser demarcado como neurastenia laboral, así se lo describe en la Clasificación Internacional de las Enfermedades, en su décima edición (CIE-10; Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992).

Schaufeli y Enzman (1998), realizaron la propuesta de considerar al burnout como un trastorno adaptativo, así consta en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación de la Psicología Americana [APA]. De acuerdo con la quinta revisión (DSM-5; APA, 2013/2014), los trastornos de adaptación se caracterizan por el desarrollo de síntomas clínicamente significativos emocionales o conductuales, derivados de la reacción ante un estresor psicosocial, laboral o de otro tipo y para lo cual los síntomas deben desarrollarse dentro de los 3 meses siguientes al inicio del estresor.

1.2.3. Consecuencias en el trabajo en profesionales de la salud.

Las consecuencias en cuanto a la conducta en relación con su trabajo pueden ser: absentismo laboral, abandono del puesto de trabajo, pérdida de la calidad del trabajo y posturas de cinismo, problemas de relaciones con compañeros y superiores, aumento de la conducta violenta, consumo de fármacos, alcohol, café, tabaco o drogas ilegales, conducción imprudente o aficiones suicidas (Ramírez, 2015).

Álvarez y Fernández (1991) mencionan que en el ambiente laboral, también se pueden constatar signos de burnout si se evidencia un decremento en el rendimiento laboral, absentismo y abandono, la intención de dejar el trabajo, insatisfacción laboral, rotación laboral, retrasos y pausas durante la jornada y falta de motivación general (Al-Ma'aitah, Cameron, Horsburgh y Armstrong-Stassen, 1999; Burisch, 2002; Piko, 2006; Toppinen-Tanner et al., 2005).

1.2.4. Consecuencias para la organización.

Según Ortega y López en su investigación acerca de las consecuencias del Burnout destacan que de entre las consecuencias más importantes que repercuten en la organización se pueden citar:

- Disminución de la satisfacción laboral.
- Alto absentismo laboral físico y emocional.
- Baja implicación laboral.
- Bajo interés por las actividades laborales.
- Deterioro de la calidad del servicio.
- Incremento de los conflictos interpersonales
- Incremento de accidentes laborales.

Además de lo anterior, está demostrado que coexiste una relación concordante entre la existencia de burnout y un mayor número de errores en el trabajo, conductas deshumanizadas, recriminaciones y niveles de compromiso bajos (Ortega, y López, 2004).

1.2.5. Consecuencias en la familia de profesionales de la salud.

Maslach (1982), por su parte señala que las repercusiones del burnout afectan la vida privada, pues las actitudes cínicas y de desprecio impactan a la familia y amigos, dado que pueden mostrarse actitudes de irritabilidad e impaciencia; pudiendo derivar en conflictos con la pareja de ser el caso e incluso en la separación. Corroborando el tema; Ramírez (2015), en su tesis doctoral, citando a Álvarez y Fernández, referente a las relaciones interpersonales de

trabajadores de la salud afectados por el Síndrome de Burnout; indica que este padecimiento puede desembocar en problemas familiares y matrimoniales y se podría pensar que es razonable y más que evidente, dado que el trabajador afectado presentará actitudes en virtud de que el síntoma de agotamiento emocional le incapacita al momento de separarse de las problemáticas laborales tanto así que cuando llegan a su casa su único deseo es separarse de todo estando completamente solos e incomunicados, razón por la que sus relaciones interpersonales basadas en la comunicación y el tiempo compartido se ven gravemente afectadas.

1.3. Modelos Explicativos del Burnout

1.3.1. Modelos basados desde la teoría Socio- cognitiva.

Estos modelos explican las causas del síndrome de la siguiente manera:

- 1) Los pensamientos influyen en gran manera el modo en que las personas perciben su realidad, a la vez se ven modificados por los efectos y consecuencias observados.
- 2) La perseverancia en la consecución de objetivos y las consecuencias emocionales de las acciones se determinan a través de la percepción del self: autoconfianza, autoeficacia y auto concepto.

1.3.1.1. Modelo de competencia social de Harrison.

Harrison (1983), explica que gran parte de los individuos que deciden hacer de su campo laboral los servicios de asistencia tienen un grado alto de altruismo; pero que en el momento del ejercicio diario de la actividad, existen elementos que influyen y determinan la eficacia del profesional y la adecuación entre sus resultados a nivel laboral y sus deseos de ayuda al prójimo.

En el caso que existan componentes de ayuda junto con la motivación personal alta, los resultados serán en gran manera benignos por la razón de que la percepción de eficacia y competencia social aumentarán; sin embargo, cuando junto con la motivación coexisten factores de barrera que dificultan el logro de los objetivos altruistas, la percepción de auto eficacia disminuirá y si estas condiciones se prolongan en el tiempo, es muy probable la aparición del Síndrome de Burnout.

Entre los mencionados factores de ayuda y barrera se pueden citar: objetivos laborales realistas, ajuste entre los valores del sujeto y los valores institucionales, capacitación profesional, toma de decisiones, ambigüedad del rol, disponibilidad y disposición de recursos, retroalimentación, sobrecarga laboral, conflictos interpersonales, entre otros (Harrison 1983).

1.3.1.2. Modelo de autoeficacia de Cherniss.

Cherniss (1993), afirma que la conquista personal triunfante de las metas aumenta la percepción de la eficacia y eficiencia del sujeto, más la no consecución de objetivos planteados lleva al fracaso psicológico y a la disminución de auto eficacia, autoeficacia y, por último, contribuye al desarrollo del Síndrome de Burnout.

Es evidente que los sujetos con fuertes sentimientos de auto eficacia percibida tienen menos probabilidad de desarrollar el síndrome, pues experimentan menos estrés ya que en su memoria cognitiva existen éxitos pasados que han forjado la seguridad psicológica para afrontar presentes y futuras situaciones amenazadoras.

1.3.1.3. Modelo de Pines.

Pines (1993), 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 de Burnout y por lo tanto, solo se lo explicaría como un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por afrontar situaciones de estrés crónico junto con muy altas expectativas, en un proceso de desilusión donde la capacidad de adaptación del sujeto ha quedado disminuida severamente.

1.3.1.4. Modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper.

Existen cuatro factores que se están involucrados en la aparición del Síndrome de Burnout:

- 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

(Thompson, Page y Cooper 1993)

La teoría plantea que se asume una suerte de “retirada mental o conductual” como una estrategia de afrontamiento ante reiterados fracasos en la consecución de las objetivos laborales, siempre que estos fracasos estén acompañados a su vez por con altos niveles de autoconciencia de las discrepancias entre las demandas, recursos personales y consecución real de las metas.

1.3.2. Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social.

A causa de las relaciones interpersonales, se origina un proceso de comparación social del que pueden darse percepciones de inequidad o falta de ganancia, lo que se traduciría en una mayor posibilidad de padecer Síndrome de Burnout. Este enunciado es el principal componente de los modelos elaborados desde la teoría del intercambio social.

1.3.2.1. Modelo de Comparación Social de Buunk y Shaufeli.

Según este modelo existen tres principios generadores de estrés relacionados con procesos de intercambio social:

- 1) Incertidumbre: falta de claridad sobre los propios sentimientos, pensamientos y cómo actuar en determinada situación.
- 2) Percepción de equidad: equilibrio de igualdad distinguido sobre lo que se da y lo que se recibe en las relaciones interpersonales.
- 3) Falta de control: imposibilidad de controlar los resultados de las acciones realizadas por parte del trabajador

(Buunk y Shaufeli, 1993).

Una consideración especial a destacar es que este modelo se planteó a partir una investigación para explicar el burnout en personal de enfermería y los autores destacan que la población estudiada no busca apoyo emocional en sus compañeros de labores ya que existe el temor a ser considerados incompetentes en su puesto de trabajo. (Los profesionales de la salud se encuentran en un ambiente laboral competitivo, a veces en exceso, dadas las características de esmero y exactitud que demandan sus labores).

1.3.2.2. Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freddy. Esta teoría es de origen motivacional y se basa en la concepción de que cuando la motivación básica del trabajador se ve amenazada conlleva al estrés, que de ser sostenido en el tiempo, puede producir burnout (Hobfoll y Freddy, 1993).

Según los autores, para someter los niveles del Síndrome de Burnout, se deben aumentar los recursos de los empleados y, así, eliminar la vulnerabilidad del personal ante la sensación de perderlos.

Las estrategias de afrontamiento que se recomendadas para eludir el desarrollo del burnout según este modelo son las de tipo "activo" (modificar cogniciones y percepciones, con el fin de disminuir estrés percibido).

La idea primordial de este modelo es que los trabajadores centran sus esfuerzos en aumentar y mantener sus recursos, el burnout aparecerá si esos recursos se ven amenazados, perdidos, o cuando tras la inversión del sujeto, no percibe lo que espera.

La exposición prolongada a las situaciones de demanda profesional hace que el trabajador llegue a estados de agotamiento emocional y físico; lo que es el componente central del síndrome.

En cuanto a los recursos en cuestión, esta teoría define cuatro categorías básicas de recursos: propósitos condiciones, características personales y capacidad física (Hatinen, y Cols, 2004).

1.3.3. Modelos Desarrollados desde la Teoría Organizacional.

Existen dos implicaciones básicas para la aparición del Síndrome de Burnout según estos modelos: el apoyo social y la estructura de la organización.

En cuanto a la estructura de la organización se destaca la existencia de estresores que existen en el contexto organizacional frente a las estrategias de afrontamiento del personal que labora en la misma.

Y en cuanto al apoyo social, las variables que están implicadas en el inicio del síndrome son: funciones del rol, el apoyo percibido, la estructura, el clima y la cultura organizacional, la forma de afrontar las situaciones amenazantes. De tal manera que las consecuencias que causan los estresores a nivel organizacional varían dependiendo del tipo de estructura de la empresa y del apoyo social que posean los trabajadores.

1.3.3.1. Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter. Este modelo expone una suerte de secuencia lógica, en la que un determinado evento o síntoma antecede al desarrollo del siguiente estadio del síndrome.

Golembiewski (1986), señala la importancia de las disfunciones del rol, la pobreza, el conflicto y ambigüedad del rol, que detonan el hecho de que los trabajadores disminuyan el grado de responsabilidad laboral como respuesta a la tensión percibida o estrés laboral.

En la primera etapa, se desencadena el estrés ya sea por la sobrecarga laboral o pobreza del rol, provocando como resultado apreciación de pérdida de autonomía y control; lo que genera irritabilidad, fatiga y autoimagen disminuida.

En la segunda fase, como respuesta a la primera fase, el sujeto idea estrategias de alejamiento para sortear la situación amenazante del contexto laboral; es en este estadio donde sí se

desarrollan actitudes de despersonalización y no se controla ese distanciamiento, se da lugar al burnout.

Seguidamente se desencadenan los sentimientos de baja realización personal y agotamiento emocional.

Es así como este modelo resume una fase desencadenante, una de afrontamiento y una de aparición del síndrome siempre y cuando las estrategias de afrontamiento no sean adaptativas en la resolución del conflicto o situación estresante.

1.3.3.2. Modelo de Winnubst.

El modelo en cuestión señala que el Síndrome de Burnout, emerge a partir de la correspondencia entre el estrés, la tensión, el apoyo social y la cultura de la organización (Winnubst, 1993).

Para este autor la cultura organizacional se compone en sí misma por su estructura; y los antecedentes del burnout varían de acuerdo al tipo de cultura organizacional y del apoyo social.

A sabiendas de que estos dos factores (cultura organizacional y apoyo social) están estrechamente relacionados y que el factor de percepción del apoyo social afecta la percepción del sujeto respecto la estructura organizacional; se debe intervenir en la prevención y disminución de síntomas y niveles de burnout.

Este es un aporte muy importante para la cultura organizacional y su desarrollo dado que la estructura de la misma hace que el síndrome sea también responsabilidad del área de recursos humanos de una empresa; conjugándose con los factores personales de cada trabajador.

Al igual que Golembiewski y Cols (1983; 1986), estos autores enuncian que cualquier tipo de profesional puede ser afectado por este síndrome, notándose la relevancia existente sobre la afirmación de que, los trabajadores de la salud, no son los únicos exclusivos en los que es posible aparición del Síndrome.

1.3.3.3. Modelo de Cox, Kuk y Leiter.

Este modelo sugiere que la dimensión fundamental del burnout es el agotamiento emocional y que tanto la despersonalización es una estrategia de afrontamiento y la baja realización es un resultado del estrés que soporta el trabajador. Aquí convergen los significados laborales y sus expectativas.

Otro concepto acuñado por Cox y Cols (1993), enuncia “salud de la organización” que indica la relación existente entre la lógica e integración de las doctrinas psicosociales en la empresa.

1.3.4. Modelos sobre el desarrollo del Síndrome de Burnout.

1.3.4.1. Modelo de tres dimensiones de Maslach y Jackson.

Este modelo concibe que sus tres aspectos esenciales (agotamiento emocional, despersonalización, y baja realización personal, se presentan inicialmente en el orden citado. Y es esta forma de orden de manifestación, uno de los pilares básicos de este modelo (Maslach y Jackson, 1986).

1.3.4.2. Modelo de Edelwich y Brodsky.

Esta formulación de modelo de 1980 indica que el burnout es una sucesión de cuatro etapas:

- Entusiasmo,
- Inmovilización,
- Desengaño y
- Dejadedez (forma de defensa frente al desengaño)

Siendo todas estas las que conducen hacia el desecando del puesto y actividades de trabajo

1.3.4.3. Modelo de Price y Murphy.

Modelo desarrollado en 1984, el cual indica que el burnout es una forma de adaptabilidad hacia las condiciones de estrés en el trabajo y que constan de seis fases:

1. Confusión o despiste
2. Labilidad emocional,
3. Responsabilidad de culpa
4. Incomunicación y pena
5. Solicitud de ayuda, y
6. Estabilización.

(Price y Murphy, 1984).

1.3.4.4. Teoría Estructural de Gil Monte

Acuñado en el año 2005 los autores proponen la necesidad de realzar la importancia de antecedentes personales, los interpersonales y los antecedentes organizacionales para lograr detallar la causa del burnout de manera totalitaria

Este modelo también toma en cuenta que, los modelos transaccionales son fundamentales para explicar su etiología. Dichos modelos sostienen que la ausencia de armonía percibida entre requerimientos y respuesta del individuo, generan estrés.

Gil Monte (2005) discierne dos perfiles en la evolución del Síndrome de Quemarse en el Trabajo:

Perfil 1. Baja ilusión para trabajar, bajos sentimientos de culpabilidad, altos niveles de deterioro mental y desidia.

Perfil 2. Este rasgo identifica los peores casos que constituye, con frecuencia un problema más serio que identificaría a los casos clínicos más deteriorados del Síndrome de Quemarse en el Trabajo (Quiceno y Vinaccia, 2007).

Se concluye pues, que este síndrome es una contestación al estrés laboral notado y se manifiesta como resultado de la invariante y errónea forma de afrontar cualquier condición amenazante por parte del individuo. Adicional, esta contestación es una variable intercesora entre estrés notado y consecuencias.

1.4. Prevalencia del burnout

El burnout afecta cada vez a más profesionales en todo el mundo Según Cole y Carlín (2009); y Gil-Monte y Moreno (2007); el burnout afecta cada vez a gente profesional alrededor del globo terráqueo. Según Hyman et al. (2011), sentirse quemado no es únicamente para profesionales o personas con alguna actividad laboral ya que estos deben relacionarse con otras personas y es allí en donde existe el apareamiento de estresores

Se citarán investigaciones que hacen referencia a personal del sector sanitario; específicamente médicos y enfermeras, para el desarrollo de este trabajo

Por ejemplo, investigaciones llevadas a cabo por Gabbe, Melville, Mandel y Walke (2002); Johns y Ossoff (2005), sugieren que el burnout y la insatisfacción laboral se han incrementado en la fuerza de trabajo sanitaria moderna.

Los profesionales de salud enfrentan una tarea compleja en la que influyen diversas condiciones: horarios irregulares, burocratización e individualismo en las instituciones sanitarias, alta implicación emocional, exceso de estimulación aversiva, contacto con enfermos, frustración de no poder curar, conflicto de rol y ambigüedad de rol (Ruiz y Ríos, 2004).

Los elementos de la tarea, junto a otros aspectos como falta de habilidades, factores de la organización y bajo apoyo social en el trabajo pueden conducir a la angustia, burnout y problemas psicosomáticos, que a su vez incurren en el detrimento de la calidad de del servicio (Marine et al., 2006).

En lo referente al personal de enfermería, investigadores como Aiken, Clarke, Sloane Sochalski y Silber (2002); Shimizu, Mizoue, Kubota, Mishima y Nagata (2003); Wu, Zhu, Wang, Wang, y Lan (2007); señalan que están sometidos a largas horas de trabajo, muchas veces con recursos limitados, una amplia gama de tareas y relaciones complejas con los pacientes, médicos, otros colegas y sus propias familias.

Según las investigaciones e informes de: Aiken et al. (2002); Deschamps, Olivares, De la Rosa y Asunsolo (2011); Díaz, Stimolo y Caro (2010); Leiter, Harvie y Frizzell (1998); Silva et al. (2011); Vahey, Aiken, Sloane, Clarke y Vargas (2004), se informa de diversos niveles de prevalencia, pero coinciden en que esta profesión es una de las más vulnerables al Síndrome de Burnout (Fernández, 1992; Gil-Monte, 1991).

Molina, Ávalos y Giménez (2005), estudiaron a 115 enfermeras en un hospital de la ciudad de Granada, encontrando que el 7% de las mismas registraban en el inventario de burnout de Maslach (MBI) los tres indicadores del síndrome con puntuaciones altas, establecieron que las funciones generales se relacionan más con el desgaste emocional que las actividades en especialidades.

Manzano y Ramos (2001), recabaron la información del MBI en 265 profesionales de enfermería del Hospital las Cruces de Baracaldo, encontrando que los años de experiencia favorecen el control personal percibido, disminuyendo el grado de indefensión hacia la presencia del burnout.

En cuanto a los profesionales médicos, Osuna (2006), indica que la sobrecarga de trabajo, el ambiente físico, el exceso de responsabilidades, la falta de incentivos, y la burocratización organizacional, entre otras circunstancias, pueden generar estrés constante por las exigencias intelectuales actitudinales y emocionales.

Además, el desarrollo de este síndrome ha sido estudiado entre la profesión médica por diferentes autores (Carr, Gareis y Barnett, 2003; Firth-Cozens y Greenhalgh, 1997; Flórez,

2002; Johnson et al., 1995; Marshall, Zahorodny y Passannante, 1998; McManus, Winder, y Gordon, 2002), informándose de diferencias sobre los porcentajes de médicos afectados, tanto por el tipo de profesional como por variables sociodemográficas o laborales relacionadas, entre otras. De hecho, en Europa y Estados Unidos, este síndrome afecta entre un 25% y 60% de los médicos, y puede alcanzar al 75% de los médicos residentes (Wallace, Lemaire y Ghali, 2003)

Según Dyrbye et al (2010), se indica que alrededor del 50% de alumnos de ciencias médicas pueden sufrir de síndrome de sobrecarga emocional, sugiriéndose que el síndrome empieza desde estas épocas académicas.

Un estudio realizado en Costa Rica, demuestra que la incidencia sobre la sobrecarga emocional en el 2004 recaía hasta un 20%, sobre los hombres y trabajadores más jóvenes,

Casos semejantes son notorios en Canadá, por ejemplo, en donde se reportó una incidencia del Síndrome de Burnout hasta en $\frac{1}{3}$ de los médicos residentes, indistintamente de su especialidad profesional. También en Colombia, en el Hospital Universitario del Norte, fue concluido que el Síndrome de Burnout afectaba los internos de medicina en un 9,1% (Adolfo, Carita y Eva, 2004)

En un estudio realizado por Millán-González et al, se llegó a la conclusión de que el Síndrome de Burnout se presentaba en 72% de los entrevistados, sin diferencias significativas entre género, estado civil, presencia de hijos, edad o tipo de residencia, mientras que en otro estudio realizado por Gamboa-Montero et al, se documentó una incidencia de 23.5% en el cual los estresores específicos de la profesión que suponen una alta implicación emocional y los relacionados con la organización del trabajo tienen un alto grado de correspondencia con el desarrollo del síndrome, pudiendo destacar:

- Exceso de estimulación aversiva: enfrentar continuamente el sufrimiento y a la muerte de pacientes, así como la percepción del dolor por la pérdida de un ser querido que padecen los familiares y allegados del paciente.
- Contacto continuo con enfermos que exigen un cierto grado de implicación para establecer una relación de ayuda: el control inadecuado del vínculo, por exceso o por defecto genera problemas para los pacientes como para sus cuidadores.
- La frustración de no poder curar: siendo este el principal objetivo para el que han sido entrenados y en el que han invertido gran cantidad de tiempo y recursos.
- Proporción muy alta de enfermos a los que deben de atender: dadas las condiciones del trabajo o las demandas institucionales.
- Escasez de formación en habilidades de control: refiriéndose este apartado a las propias emociones, las de los pacientes y sus familiares.

- Horario de trabajo irregular debido a la realización de turnos: condición que puede deberse a la naturaleza propia del trabajo.
- Conflicto de rol y ambigüedad de rol.
- Falta de cohesión en el equipo multidisciplinario: el personal médico está inmerso en un ambiente altamente competitivo en el que reconocer sus debilidades o necesidades de asistencia son considerados como inadecuados.
- Burocratización e individualismo en las instituciones sanitarias.
(Barreto, Arranz, Barbero y Bayés, 1997; Buunk, Schaufeli e Ybema, 1994; Dean, 1998; Escribá, et al., 2000; Gil-Monte y Peiró, 1997; González, 2002; Lim y Yuen, 1998; Parkes, 1998; Peiró, 1993; Pellín et al., 1998; Quick y Tetrik, 2003; Rout, 1998; Vachon, 2000; Zapf, Seifert, Schmutte, Mertini y Holz, 2001; Zoccalli, Campollo, Caroccio, Cedro, Muscatello y Pandolfo, 1999).

1.5. Importancia del estudio del síndrome burnout

Dado que el síndrome afecta a una cantidad considerable de personas y a que sus costes socioeconómicos podrían llegar a ser extremadamente altos, en el año 1980, Cherniss realizó un análisis acerca de la importancia de estudiar el síndrome. El autor describió el interés de estudiar este concepto basándose en cuatro razones:

- 1) Afecta a la moral y salud mental del personal que lo padece.
- 2) Afecta a la calidad de cuidados y tratamiento que reciben los pacientes/ clientes.
- 3) Tiene una fuerte influencia en las funciones administrativas.
- 4) Es necesario prevenir el síndrome a nivel comunitario mediante programas de servicios (Ruiz y López, 2004).

Estas podrían ser algunas de las razones primordiales por las que el Síndrome de Burnout es del interés de muchos autores que lo conceptualizan y observan desde su propio que hacer científico.

El estudio del Síndrome de Burnout es trascendente dado que por un lado; países en vías de desarrollo como el nuestro ya que repercuten directamente en la calidad de servicios prestados a los pacientes por parte del personal de salud, y en países desarrollados en imprescindible también porque además de la razón anteriormente expuesta; según un estudio realizado por Fernández García en el 2010, en México; esto podría estar incidiendo en la creciente escasez de personal en el área de salud y más específicamente en el área de enfermería.

Es imprescindible recalcar que se debe dar paso al abordaje de este síndrome desde la psicología organizacional de manera tal que se diseñen modelos que garanticen la salud mental de los trabajadores del área de salud no solo por la conveniencia de que como profesionales ellos puedan brindar servicios de “calidad y calidez” sino para garantizar el hecho de que en su quehacer diario tengan la posibilidad de enfrentar las demandas que la misma profesión les solicita con mayor prestancia y con las habilidades necesarias para poder hacer frente a este síndrome de manera que no se vea afectada su salud física, psíquica, emocional, y puedan mantener buenas relaciones interpersonales con un equilibrio entre la vida laboral y familiar.

1.6. Variables Asociadas al Burnout

1.6.1. Facilitadores.

Gil-Monte y Peiró (1997), identificaron como facilitadores del burnout a las variables del carácter del personal; dado que estos tienen una función facilitadora o inhibidora de la acción que los estresores ejercen en la persona de manera que en el mismo grado en el que estén presentes aumentará o disminuirá el nivel de estrés laboral y desencadenarán o no el desarrollo del síndrome.

1.6.2. Variables de carácter demográfico.

Las variables consideradas en los estudios sociodemográficos son: el sexo, edad, estado civil, antigüedad en el trabajo, las características de personalidad, las psicopatologías y las estrategias de afrontamiento.

Con relación al género no se ha logrado consenso ya que mientras que en unos estudios las mujeres son las que obtienen mayores puntuaciones en los instrumentos de medida (Atance, 1997), los hombres puntúan en otros estudios como más quemados por su labor (Lozano y Montalbán, 1999; Muñoz et al., 2001b), otros señalan a los hombres, concretamente en la escala de despersonalización como medida significativa (De la Fuente et al., 1994).

Con respecto a la edad, en unos estudios se señala mayor nivel de burnout entre los 40 y 45 años (Muñoz et al., 2001), mientras que en otros se precisa que este fenómeno se produce alrededor de los 44 años (Atance, 1997).

En general el consenso al que se ha llegado es que a mayor edad disminuye la tensión laboral con lo que el grado de burnout es menor (De la Fuente et al., 1994).

En lo referente al estado civil los datos no son en realidad representativos ya que según Tello, el grupo de casados puede ser propenso a padecer burnout (Tello et al., 2002); sin embargo

otros autores señalan al grupo de separados y divorciados en relación a la baja realización personal (Atance, 1997).

La experiencia laboral, en general influye cuando se estudia el grado de burnout (Olmedo et al., 2001); Atance (1997), y sitúan entre los 5 y 10 años de labores como el periodo en que este problema puede aparecer con mayor frecuencia.

1.6.3. Variables de personalidad.

En ilustraciones se mencionan variables que actúan como predisponentes y que han sido exploradas con relación al estrés laboral como el locus de control externo, rasgos de personalidad (baja estabilidad emocional, autoconfianza, personalidad resistente, a la tensión y ansiedad). (Cebriá et al., 2001; Zellars, Perrewe y Hochwarter, 2000).

En cuanto a la posible relación entre las estrategias de afrontamiento y el desarrollo del burnout, los estudios se han ido dirigido a evaluar las estrategias de afrontamiento encontrando que las estrategias centradas en el problema son utilizadas por aquellas personas que se enfrentan a condiciones estresantes concretas de la práctica diaria como por ejemplo atender a un número elevado de pacientes (Carauna, 1989; Escribá y Bernabé, 2002; Guerrero, 2001).

Otros estudios aportan que son los cambios cognitivos que se realizan ante las demandas laborales estresantes los que se relacionan con el hecho de no padecer burnout (Folkman y Lazarus, 1985; Quevedo et al., 1997); además, se ha señalado que las estrategias pueden diferir entre las personas que desarrollan este problema y los que no lo desarrollan (Yela, 1996).

La mayor parte de investigadores y sus continuas búsquedas concuerdan con que el Síndrome de Burnout se desarrolla de manera más amplia en sujetos empáticos, sensibles, humanos, con dedicación profesional, idealistas, altruistas, obsesivos, entusiastas y susceptibles, también en sujetos con baja autoconfianza y locus de control externo.

1.6.4. Variables del entorno laboral.

Las variables discurridas han sido: clima laboral, bienestar laboral, autonomía, ejecución en el trabajo, apoyo social, la ambigüedad de rol y la falta de reciprocidad.

Los resultados de las investigaciones han expuesto que cuanto más positivo es el clima laboral (Cuevas, O´Ferrall y Crespo, 1998), el bienestar (Escribá et al., 2000) y la satisfacción laboral (Cherniss, 1980; García et al., 2000; Graham, Ramirez, Cull y Finlay, 1996; Lim y Yuen, 1998;

Lozano y Montalbán, 1999; Zurriaga, Ramos, González- Romá, Espejo y Zornoza, 2000) es mucho menor el estrés que perciben los sujetos en su lugar de trabajo.

En relación al grado de autonomía que los profesionales perciben en su puesto de trabajo, puede ser considerado como un antecedente en el desarrollo del síndrome en algunas profesiones, como por ejemplo en las enfermeras (González et al., 1998).

También la variable de ambigüedad de rol, colabora al desarrollo de burnout (Gil-Monte y Peiró, 1998; Lozano y Montalbán, 1999; Moreno y Peñacoba, 1996).

El mismo tipo de relación de correspondencia podría existir en el caso de la falta de reciprocidad de rol, en el sentido de que el personal de salud en determinadas situaciones podría apreciar que los pacientes y la organización no les proporcionan las recompensas de una manera consecuente con su dedicación. (Gil-Monte, 2001).

1.6.5. Apoyo social en el trabajo.

El apoyo social, tiene un efecto amortiguador en cuanto se refiere a las posibles consecuencias del estrés (Cohen y Ashby, 1985; Eastburg, Williamson, Gorsuch y Ridley, 1994; Folkman y Lazarus, 1985; Gil- Monte y Peiró, 1996; Iverson, Olekaslns y Erwin, 1998, Koniarek y Durek, 1996).

Turnipseed (1994), investiga sobre la relación entre el burnout y el ambiente de trabajo e empareja la influencia de variables psicosociales (cohesión entre los compañeros, estructura de la organización, comunicación y presión en el trabajo) con la aparición del Síndrome de Burnout.

1.6.6. Estrategias a nivel de la organización.

Gran parte de la estructura organizacional puede ser evaluada por los sujetos, como estresores, es por eso que las intervenciones se dirigen a la misma.

Tomando como referencia a Cherniss (1980), De la Gángara (2002), León (1998), Maslach et al. (2001) y Peiró y Salvador (1993), podemos enunciar cambios que deberían producirse para reducir y mitigar el Síndrome de Burnout:

- Incrementar la autonomía del trabajo,
- Planificar un horario flexible por parte del trabajador
- Participación de los trabajadores en la toma de decisiones.
- Mejorar los niveles de calidad del ambiente físico de trabajo.

- Enriquecer los trabajos, incorporando en ellos autonomía, retroalimentación, variedad de habilidades, identidad de la tarea y significado de la misma,
- Asignación de tareas al grupo,
- Limitar el número de horas de trabajo, así como el número de pacientes que atender.
- Plantearse los objetivos a conseguir en el equipo de trabajo de manera clara (Cherniss (1980), De la Gángara (2002), León (1998), Maslach et al. (2001) y Peiró y Salvador (1993))

CAPÍTULO 2
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2. Objetivos

Identificar la prevalencia del Síndrome de Burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización) en médicos y enfermeras en una institución pública ubicada en el centro de la ciudad de Ibarra en el período 2017 - 2018.

2.1. Objetivos específicos

- Identificar las características de la muestra en el ámbito socioeconómico y laboral.
- Determinar las dimensiones del Síndrome de Burnout en la muestra investigada.
- Reconocer el malestar emocional de la muestra investigada.
- Conocer los modos de afrontamiento más utilizados de los profesionales de salud.
- Detallar el apoyo social que poseen enfermeras y médico estudiados; procedentes de la red social: vínculos informales y vínculos del lugar de trabajo en profesionales de la salud.
- Establecer cuáles son los rasgos de personalidad de los profesionales de la institución de salud.

2.2. Preguntas de investigación De la muestra investigada:

¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales?

¿Cuál es la prevalencia del Síndrome de Burnout en los profesionales de salud (médicos/as y enfermeras)?

¿Cuál de las tres dimensiones del Síndrome de Burnout es la que presenta un alto nivel?

¿Cuáles son los rasgos de personalidad y las características de salud mental?

¿Cuáles son los tipos de afrontamiento y apoyo social?

2.3. Contexto de la investigación.

La presente investigación evaluó al personal médico y de enfermería de una institución de salud pública ubicada en el centro de la ciudad de Ibarra, la cual presta servicios de calidad a la comunidad. Esta entidad cuenta con los servicios de: hospitalización, laboratorio, cirugía, farmacia, gastroenterología, fisioterapia, cuidados intensivos, consulta externa, nefrología, pediatría, entre otros.

La institución cuenta con equipamientos, instrumentos médicos e instalaciones amplias que le permiten prestar un servicio oportuno a la comunidad. Los profesionales son altamente capacitados y eficientes, su compromiso va mucho más allá de lo laboral, con una elevada vocación de servicio y respeto a los pacientes.

2.4. Diseño de la investigación.

El método empleado en el presente estudio fue exploratorio, ya que se examina un tema que no se ha estudiado antes o se ha abordado en otros contextos y analiza información desde otras perspectivas con el fin de elaborar la investigación desde otro punto de vista.

(Hernández, 1994).

El diseño de la presente consta de las siguientes características que son:

- Cuantitativa: dado que la información analizada a través de los instrumentos aplicados fue numérica,
- No experimental: no fueron manipuladas las variables ya que se observaron los fenómenos en el ambiente real.
- Transaccional (transversal): pues se analizó el nivel de las variables en un momento determinado.
- Descriptivo: los temas seleccionados sirvieron en la fase de recogida de la información con la que se detalló la investigación,
- Exploratorio: se examinó un tema no estudiado antes.
- Correlacional: se valoró la relación existente entre las variables asociadas al fenómeno estudiado (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

De modo que dicho lo anterior, el tipo de investigación utilizada fue descriptiva-transversal, pues de acuerdo a las variables seleccionadas se recogió la información que sirvió para el desarrollo del estudio, además la información recolectada se la obtuvo en un momento determinado.

2.5. Muestra

La población objeto de este estudio fue el personal médico y de enfermería que laboran en una institución de salud pública del centro de la ciudad de Ibarra.

La muestra fue de accesibilidad no probabilística y accidental, la muestra invitada al estudio fue originalmente de 41 profesionales de la salud (21 médicos/as y 20 enfermeros/as), sin

embargo, en el proceso de depuración de resultados la muestra procesadora de datos fue de 32 profesionales de la salud (17 médicos/as y 15 enfermeras), quienes cumplieron con los criterios de inclusión de muestra.

La investigación fue realizada bajo normas éticas y respetando el acuerdo de Helsinki, el estudio no representó ningún tipo de riesgo para los participantes, y se garantizó absoluta confidencialidad de los datos personales otorgados en el consentimiento informado.

Los criterios considerados en el momento de seleccionar la muestra fueron:

Criterios de inclusión: Ser profesional de medicina/enfermería, estar actualmente ejerciendo la profesión, estar de acuerdo en participar en la investigación, tener 3 años mínimo de experiencia profesional y firmar consentimiento informado.

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

2.6. Procedimiento

En el desarrollo de la presente investigación se realizó:

1.-Elaboración de la solicitud para solicitar el permiso correspondiente a la institución de salud, para lo cual se realizó un acercamiento con los directivos de la institución a quienes se les presentó la solicitud con la finalidad de que se permita recolectar los datos en la institución.

2.- Al obtener el visto bueno de los directivos se determinó el horario para la aplicación de la batería, en consideración a esto 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 explicó los parámetros de la batería para que puedan realizarla de la mejor manera.

3.- Al culminar este proceso se depuró la información descartando los cuestionarios incompletos y los que no tenían el consentimiento informado, finalmente el procesamiento de datos se realizó a través del SPSS-23, se trabajó con datos descriptivos y correlaciones.

2.7. Instrumentos

Los instrumentos que fueron utilizados para recolectar la información son los siguientes:

Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC, diseñado exclusivamente para el presente estudio con el fin de obtener datos sociodemográficos de la muestra participante (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] (Maslach, 1986).

El cuestionario evalúa las tres dimensiones del Síndrome de Burnout:

- a) agotamiento emocional (indica nivel de cansancio y si la persona está exhausta por su trabajo),
- b) despersonalización (niveles de distanciamiento laboral),
- c) realización personal (niveles de satisfacción en el trabajo).

Este cuestionario utiliza una escala de Likert con puntuaciones de 0 a 6.

El instrumento está constituido por 22 ítems: agotamiento emocional, (9 ítems: 1,2,3,6,8,13,14,16,20); despersonalización, (5 ítems: 5,10,11,15,22) y realización personal, (8 ítems: 4,7,9,12,17,18,19,21).

Las puntuaciones máximas son en agotamiento emocional 54, despersonalización 30 y realización personal 48. Pese a que no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la presencia o ausencia del burnout se toman las puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización, mientras que se consideran las puntuaciones bajas en realización personal. (Maslach y Jackson, 1986; versión española de Seisdedos, 1997).

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

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

Este es un cuestionario auto-administrado, utilizado para conocer la apreciación personal del sujeto a cerca de su estado de salud.

Está compuesto por 28 ítems utilizados para corroborar la existencia de problemas psiquiátricos menores y el estado de salud mental del encuestado. En lo que respecta a las propiedades psicométricas cuenta con el punto de corte de 5/6 indicador de la existencia de un caso probable, con sensibilidad = 84.6% y especificidad = 82% (Lobo, Pérez-Echeverría y Artal, 1986), y con un valor de alfa de Cronbach de 0.89. Evalúa el constructo propuesto a través de cuatro sub-escalas:

- Síntomas somáticos: dolores de cabeza, escalofríos, agotamiento, etc.
- Ansiedad: nerviosismo, pánico, dificultades para dormir.
- Disfunción social: sentimientos hacia las actividades que realiza durante el día.
- Depresión: desvalorización, pensamientos de muerte.

Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE) (Vargas, Herrera, Rodríguez y Sepúlveda, 2010).

Es una escala multidimensional, que está compuesta por 28 ítems, y su objeto es el de conocer las respuestas de la persona ante problemas estresantes y situaciones complicadas. (Vargas, Herrera, Rodríguez y Sepúlveda, 2010) y de acuerdo a ello, los tipos de afrontamiento que evalúa son:

- Afrontamiento activo: acciones ejecutadas para solucionar un determinado problema.
- Auto-distracción: centrar su atención en actividades que no permitan pensar en el problema y de esa manera, olvidarlo.
- Negación: rechazar lo que está ocurriendo para no enfrentar el problema.
- Uso de sustancias: Ingerir sustancias para esquivar y no hacer frente al problema.
- Uso de apoyo emocional: Buscar en terceros afecto y apoyo.
- Uso de apoyo instrumental: Busca ayuda en guías que expliquen la situación problemática por la que se está pasando.
- Retirada de comportamiento: Hacer a un lado el problema, sin asumirlo dejando que se resuelva solo.
- Desahogo: Desahogo de los sentimientos que ha provocado el problema.
- Replanteamiento positivo: Sacar algo bueno del problema aprendiendo de él.
- Planificación: Formulación de un proceso a seguir para controlar el problema.
- Humor: Quitarle importancia al problema para no pensar en ello.
- Aceptación: Reconocer el problema y aceptarlo de manera tranquila.

- Religión: Refugio en espiritualidad.
- Culpa de sí mismo: Auto culparse de los problemas por los que se atraviesa. Carver (1997)

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

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

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

Evalúa las siguientes dimensiones de apoyo social:

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

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

El cuestionario de personalidad consta de 24 ítems que evalúan la personalidad, en base a tres factores: neuroticismo, extroversión y psicoticismo; teniendo también una escala de sinceridad. El formato de respuesta es de SI y NO, las puntuaciones para cada una de las subescalas son de 0 y 6, a mayor puntuación mayor es la presencia del rasgo.

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

CAPÍTULO 3
ANÁLISIS DE DATOS

3. Análisis de Datos

Para fines del estudio en curso se ha diseñado una batería de pruebas psicológicas con validez y confiabilidad la cual está conformada por los siguientes test: Un cuestionario sociodemográfico ad- hoc (diseñado para fines del presente estudio), inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson, cuestionario de salud general (GHQ-28), cuestionario de afrontamiento (BRIEF - COPE), cuestionario de apoyo social (AP), cuestionario de personalidad (EPQR- A).

En este apartado se han racionalizado los datos obtenidos con el fin de poder explicar e interpretar las posibles relaciones que expresan las variables estudiadas, para estos fines se explica que la muestra originalmente invitada al estudio fue de 21 médicos y 20 enfermeras; pero dado a la existencia de inconsistencias en algunos datos, la muestra real analizada y de la cual se desprenden los resultados del presente, es de 17 médicos y 15 enfermeras.

Tabla 1 Muestra real/ muestra invitada al estudio

Médicos Enfermeros		
Muestra Invitada	21	20
Muestra real	17	15

Fuente: Cuestionario Socioeconómico AD HOC

Elaborado por: Rocío Alejandra Duque Granados

3.1. Variables Sociodemográficas

Para este apartado fue utilizado un instrumento AD HOC diseñado para fines propios del estudio en curso. Se analizarán e interpretarán 2 tablas (características sociodemográficas de los profesionales de la salud, características laborales de los profesionales de la salud)

En la Tabla 2. Se analiza la participación mayoritaria en cuanto a sexo, estado civil, etnia, media de edad y número de hijos.

Tabla 2 Características sociodemográficas de los profesionales de la salud

	Profesión			
	Médicos		Enfermeros	
	n	%	n	%
Sexo				
Hombre	9,0	52,9	1,0	6,7
Mujer	8,0	47,1	14,0	93,3
Edad				
<i>M</i>	39,9		40,8	
<i>DT</i>	11,1		12,3	
Max	57,0		60,0	
Min	26,0		24,0	
Número de hijos/as				
<i>M</i>	1,4		1,7	
<i>DT</i>	1,0		0,8	
Max	3,0		3,0	
Min	0,0		0,0	
Etnia				
Mestizo/a	17,0	100,0	14,0	93,3
Blanco/a	0,0	0,0	0,0	0,0
Afroecuatoriano/a	0,0	0,0	1,0	6,7
Indígena	0,0	0,0	0,0	0,0
Estado civil				
Soltero/a	8,0	47,1	4,0	26,7
Casado/a	5,0	29,4	10,0	66,7
Viudo/a	0,0	0,0	0,0	0,0
Divorciado/a	3,0	17,6	0,0	0,0
Unión libre	1,0	5,9	1,0	6,7

Fuente: Cuestionario sociodemográfico AD HOC

Elaborado por: Rocío Alejandra Duque Granados

Con respecto al sexo de los participantes médicos en el estudio se obtuvo un porcentaje de aceptación de 52.9 % de hombres y 47.1 % de mujeres; mientras que del personal de enfermería son 93.3% de sexo femenino y 6,7 % de sexo masculino. La edad promedio de los médicos es de 39,9 años y de enfermeros/as es de 40.8 años. El promedio del número de hijos de entre el personal médico es de 1.4, mientras que el de los enfermeras/os es de 1.7 hijos. La Etnia que prevalece en ambos grupos es mestiza con un 100%, en el personal médico y un 93.3 % en el personal de enfermería. En cuanto al estado civil, el 47.1% de médicos son solteros, mientras que el 66.7% de enfermeras son casadas.

La tabla 3 analiza la información proporcionada por la muestra en cuanto a ingresos mensuales, sector en el que trabaja, tipo de contrato, recursos institucionales, media pacientes/día, y experiencia profesional.

Tabla 3 Características laborales de los profesionales de la salud

Profesión	Médicos		Enfermeros	
	n	%	n	%
Ingresos mensuales				
0 a 1000	0,0	0,0	0,0	0,0
1001 a 2000	8,0	47,1	12,0	80,0
2001 a 3000	6,0	35,3	1,0	6,7
3001 a 4000	3,0	17,6	2,0	13,3
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>	12,5		15,9	
<i>DT</i>	9,3		10,0	
Max	30,0		30,0	
Min	1,0		3,0	
Sector en el que trabaja				
Público	10,0	58,8	15,0	100,0
Privado	1,0	5,9	0,0	0,0
Ambos	6,0	35,3	0,0	0,0
Tipo de contrato				
Eventual	1,0	6,3	0,0	0,0
Ocasional	2,0	12,5	1,0	6,7
Plazo fijo	2,0	12,5	1,0	6,7
Nombramiento	10,0	62,5	13,0	86,7
Servicios profesionales	0,0	0,0	0,0	0,0
Ninguno	1,0	6,3	0,0	0,0
Nº de pacientes/día				
<i>M</i>	16,4		13,7	
<i>DT</i>	12,5		5,4	

Max	50,0		25,0	
Min	5,0		3,0	
Recursos Institucionales				
Totalmente	3,0	17,6	2,0	13,3
Mediadamente	11,0	64,7	11,0	73,3
Poco	3,0	17,6	2,0	13,3
Nada	0,0	0,0	0,0	0,0
Turnos				
Si	7,0	43,8	12,0	80,0
No	9,0	56,3	3,0	20,0

Fuente: Cuestionario de variables laborales AD HOC

Elaborado por: Rocío Alejandra Duque Granados

En cuanto a las características laborales de los profesionales de la salud, se pudo apreciar que la remuneración salarial que prevalece en ambos grupos, oscila entre 1001 a 2000 dólares, siendo en los médicos/as un 47.1% y las enfermeras en un 80.1%. En experiencia laboral del personal médico la media fue de 12.5 años, mientras que en enfermeras fue de 15.9 años. El sector en el que laboran la mayoría de los participantes es el público, siendo de 58.8% en médicos/as y 100% en enfermeras. El tipo de contrato que prevaleció es a nombramiento con un 62,5% en médicos/as y 86.7% en enfermeras. El número promedio de pacientes que atienden a diario médicos/as es de 16.7, con una atención mínima de 5 y máxima de 50 pacientes diarios; mientras que las enfermas atienden a un promedio de 13.7 pacientes diarios, atendiendo a un mínimo de 3 y máximo de 25 pacientes. En referencia a los recursos necesarios que les brinda la institución a los participantes, los médicos/as en un 64.7% y los enfermeros/as en un 73.3% indican que el establecimiento les provee de recursos indispensables para la realización de su trabajo medianamente

3.2. Inventario de burnout de Maslach (Maslach Burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson

En este apartado, se analizarán 2 tablas (Tabla 4. Resultados de las dimensiones del burnout en los profesionales de la salud, Tabla 5. Resultados de los casos de burnout en los profesionales de la salud.)

La Tabla 4, analiza los niveles altos de agotamiento emocional, despersonalización y de realización personal, los niveles bajos.

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	7	41,2%	7	46,7%
	Medio	8	47,1%	6	40,0%
	Alto	2	11,8%	2	13,3%
Despersonalización	Bajo	9	52,9%	7	46,7%
	Medio	3	17,6%	7	46,7%
	Alto	5	29,4%	1	6,7%
Realización personal	Bajo	8	47,1%	5	33,3%
	Medio	4	23,5%	5	33,3%
	Alto	5	29,4%	5	33,3%

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

Elaborado por: Rocío Alejandra Duque Granados

En lo referente al Inventario del Síndrome de Burnout ,(MBI) en la dimensión de agotamiento emocional en la muestra de médicos 11.8% y de enfermeros/as 13.3% obtuvieron un nivel alto; en despersonalización 29.4% de los médicos puntuaron en nivel alto, mientras que en personal de enfermería el 6.7% de los participantes obtuvo nivel alto en esta dimensión; el personal médico consiguió un 47.1% en baja realización personal, mientras que en los enfermeros/as se obtuvo 33.3% en nivel bajo de la misma dimensión.

La Tabla 5. Indica el número de casos de burnout existentes en la población, así:

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	100,0%	15	100,0%
	Presencia	0	0,0%	0	0,0%

Fuente: Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson, 1986) Elaborado por: Rocío Alejandra Duque Granados

De los datos obtenidos se manifiesta la no presencia de Síndrome de Burnout en médicos y enfermeros/as de la casa de salud donde fue tomada la presente muestra dado que en el 100% de la muestra no se evidencian el conjunto de factores que son necesarios para diagnosticar el síndrome como tal; aunque en ciertos índices exista prevalencia de ansiedad o estrés.

3.3. Cuestionario de salud general (GHQ-28)

En este apartado se analiza los casos encontrados de cada una de las sub escalas (síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social, depresión) en grupos comparativos es decir que casos se presentan más en médicos/as o enfermeras/os

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	13	76,5%	10	66,7%
	Caso	4	23,5%	5	33,3%
Ansiedad	No caso	11	64,7%	7	46,7%
	Caso	6	35,3%	8	53,3%
Disfunción social	No caso	16	100,0%	15	100,0%
	Caso	0	0,0%	0	0,0%
Depresión	No caso	15	93,8%	13	92,9%
	Caso	1	6,3%	1	7,1%

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

Elaborado por: Rocío Alejandra Duque Granados

En lo referente a la salud general los síntomas que más se presentaron de acuerdo al cuestionario aplicado fueron los somáticos que reflejan un porcentaje de 23.5 en médicos y de 33.3% en personal de enfermería, en cuanto a síntomas de ansiedad, 35.3% de médicos y 53.3% de enfermeros/as padecen los síntomas, siendo esta la dimensión, la más alta

encontrada en ambos grupos de profesionales destacando la mayoría significativa en el personal de enfermería; en el caso de depresión el 6.3% de médicos y 7.1% de enfermeras se pronunciaron positivamente ante este padecimiento.

3.4. Cuestionario de afrontamiento (BRIEF - COPE).

A continuación, se analizarán los resultados del test de estrategias de afrontamiento para la cual se comparan entre médicos y enfermeras las cuatro estrategias de afrontamiento mayormente puntuadas

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	2,0	1,9	6,0	,0	2,2	1,7	5,0	,0
Afrontamiento activo	3,5	1,7	6,0	,0	2,6	1,6	5,0	,0
Negación	,6	1,1	3,0	,0	,8	1,5	4,0	,0
Uso de sustancias	,4	1,2	4,0	,0	,9	1,3	4,0	,0
Apoyo emocional	2,0	1,8	6,0	,0	1,0	,9	2,0	,0
Apoyo instrumental	2,1	1,8	6,0	,0	1,0	1,1	3,0	,0
Retirada de comportamiento	,6	1,1	3,0	,0	,9	1,0	3,0	,0
Desahogo	1,6	1,9	6,0	,0	1,7	1,4	6,0	,0
Replanteamiento positivo	3,9	1,9	6,0	,0	2,4	1,9	6,0	,0
Planificación	3,4	1,5	6,0	,0	2,1	1,5	4,0	,0
Humor	1,8	1,8	6,0	,0	1,1	1,7	6,0	,0
Aceptación	4,2	1,7	6,0	,0	2,3	1,8	6,0	,0
Religión	1,2	1,2	4,0	,0	2,1	2,2	6,0	,0
<u>Culpa de sí mismo</u>	<u>1,8</u>	<u>2,4</u>	<u>6,0</u>	<u>,0</u>	<u>1,8</u>	<u>1,7</u>	<u>6,0</u>	<u>,0</u>

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

Elaborado por: Rocío Alejandra Duque Granados

En cuanto al afrontamiento los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes de acuerdo a las medias observadas en la interpretación de datos.

En los médicos las formas de afrontamiento fueron: aceptación 4,2; replanteamiento positivo 3,9; afrontamiento activo 3,5; planificación 3,4.

En las enfermeras: afrontamiento activo 2,6; replanteamiento 2,4; aceptación 2,3; auto-distracción 2,2.

3.5. Cuestionario de Apoyo Social (MOS)

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

	Profesión							
	Médico /a				Enfermer o/a			
	M	DT	Máx.	Mín.	M	DT	Máx.	Mín.
Apoyo emocional	81,1	18,3	100,0	40,0	64,5	21,9	92,5	25,0
Apoyo instrumental	69,4	23,9	100,0	25,0	59,3	25,6	90,0	20,0
Relaciones sociales	79,7	17,1	100,0	60,0	69,3	23,5	95,0	20,0
<u>Amor y cariño</u>	<u>86,7</u>	<u>16,1</u>	<u>100,0</u>	<u>53,3</u>	<u>73,3</u>	<u>26,1</u>	<u>100,0</u>	<u>20,0</u>

Fuente: Cuestionario de Apoyo Social MOS (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Steward, 1991). Elaborado por: Rocío Alejandra Duque Granados

En cuanto a los datos obtenidos a cerca del apoyo social percibido por los participantes médicos la media más alta con un 86,7 es el amor y cariño, seguido por el apoyo emocional con un 81,1 y las relaciones en un tercer lugar con un 79,7

Para el personal de enfermería la media más alta con un 73,3 es amor y cariño, en segundo lugar las relaciones con un 69,3 y el apoyo emocional con un 64,5

3.6. Cuestionario de personalidad (EPQR- A)

En este apartado se analizan los datos obtenidos en cuanto se refiere a los factores de personalidad que tienen la media más alta y se los compara con el otro grupo así:

Tabla 9 Rasgos de personalidad de los profesionales de la salud

M	Profesión							
	Médico/a				Enfermero/a			
	DT.	Máx.	Mín.	M	DT.	Máx.	Mín.	
Neuroticismo	1,2	1,7	6,0	,0	1,9	1,7	5,0	,0
Extroversión	4,5	1,3	6,0	2,0	4,3	2,1	6,0	,0
<u>Psicoticismo</u>	<u>1,9</u>	<u>1,1</u>	<u>4,0</u>	<u>,0</u>	<u>1,8</u>	<u>1,1</u>	<u>5,0</u>	<u>1,0</u>

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

Elaborado por: Rocío Alejandra Duque Granados

El rasgo de personalidad más alto en el personal médico es extroversión con una media de 4.5, seguido de psicoticismo con una media de 1.9 y por último neuroticismo con 1.2. Al igual que en el caso de los médicos el rasgo de personalidad dominante en enfermeros/as es extroversión con una media de 4.3, seguido de neuroticismo con 1.9 y por último, diferenciándose de esta manera del grupo médico, psicoticismo con 1.8.

CAPÍTULO 4

DISCUSIÓN

4. Discusión de las variables Sociodemográficas

4.1. Sexo

Con respecto al sexo de los participantes médicos en el estudio se obtuvo un porcentaje de aceptación de 52.9 % de hombres y 47.1 % de mujeres; mientras que del personal de enfermería son 93.3% de sexo femenino y 6,7 % de sexo masculino.

La participación en el estudio por parte de médico de mayoría masculina y enfermeras de mayoría femenina puede ser debido a que se puede observar preeminencia masculina en las filas estudiantiles de medicina en una de las universidades más grandes a nivel nacional (Universidad Central del Ecuador) en un estudio realizado por Ferreira, García, Macías, Pérez, y Tomsich; en el año 2010, en el que se detalla que 63,5% son hombres mientras que un 36,5 % son mujeres. (Ecuador en cifras III, 2010). Mientras que en cuanto a estudiantes de enfermería en el mismo estudio se destaca una mayoría femenina; en razón de 91,4 femenino/ 8,6 masculino.

En la muestra obtenida para el estudio en cuanto al sexo de los participantes y la asociación de esta variable con burnout se puede destacar que: existe un porcentaje mayor de enfermeras (mayoría femenina) que puntúa alto en agotamiento emocional con respecto al porcentaje de médicos (mayoría masculina); aunque en las dimensiones de despersonalización los médicos puntúan más alto que las enfermeras y en cuanto a la realización personal un porcentaje mayor de médicos puntúan bajo. Aunque cabe destacar que no se obtiene prevalencia del Síndrome de Burnout como tal en ninguna de las muestras analizadas dado que no se cumplen con todas las categorías diagnósticas.

Con relación al género no se ha logrado consenso ya que mientras que en unos estudios las mujeres son las que obtienen mayores puntuaciones en los instrumentos de medida (Atance, 1997), mientras que los hombres puntúan en otros estudios como más quemados por su labor (Lozano y Montalbán, 1999; Muñoz et al., 2001), otros señalan a los hombres, concretamente en la escala de despersonalización como medida significativa (De la Fuente et al., 1994).

Grau, Flichtentrei, Suñer y Braga, (2007) en su investigación "Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el Síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español" realizada en profesionales de la salud en los países de Argentina, México, Ecuador, Perú, Colombia, Uruguay, Guatemala, España, El Salvador Venezuela, Bolivia, Panamá, Chile, Honduras, Nicaragua, y Costa Rica pudieron observar que las mujeres presentan mayor Agotamiento Emocional y menor Realización personal, con un porcentaje global de burnout mayor que los hombres, pero con menores niveles de despersonalización.. En cuanto a la dimensión de despersonalización los autores resaltan que el hecho de ser mujer representa incluso un factor de protección hacia esta dimensión pero que sin embargo; las mujeres perciben una menor realización personal que los hombres.

Estos mismos autores señalan que la prevalencia del síndrome en el sexo femenino puede darse debido a que en los países en los que fue realizada su investigación, existen mayores exigencias domésticas y menor reconocimiento a nivel laboral del personal femenino

Por lo que se puede concluir que en comparación con el estudio de Grau, Flichtentrei, Suñer y Braga, (2007); la muestra analizada en el estudio se corresponde con los parámetros de agotamiento emocional mayoritariamente en personal femenino y despersonalización alta en personal de sexo masculino. Diferenciando en la dimensión de realización personal en la que en la presente investigación es baja en personal de sexo masculino y en la investigación en países de habla hispana es menor en personal femenino.

4.2. Edad

En cuanto a la edad promedio de los médicos de la muestra es de 39,9 años y de enfermeras es de 40.8 años, lo que por una realidad un poco más cercana podemos contrastarla con la edad promedio de los imbabureños que es de 40 a 41 años.

En relación al Síndrome de Burnout, existen algunas investigaciones que detallan que:

- Existe mayor nivel de burnout entre los 40 y 45 años (Muñoz et al., 2001).- según esta conclusión nuestra muestra se encuentra justo en el rango de edad en el que es factible el apareamiento del síndrome.
- Este fenómeno se produce en torno a los 44 años (Atance, 1997).- al comparar nuestra muestra con esta afirmación podríamos decir que la edad de la misma es menor a la “requerida” para padecer el síndrome.
- Otros autores señalan que a mayor edad, es menor la probabilidad de padecer el síndrome dado que este particular de mayor edad puede relacionarse con mayor experiencia en cuanto a resolución de problemas en los quehaceres diarios de la profesión. (Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga, 2007).

4.3. Etnia

La Etnia que prevalece en ambos grupos de profesionales entrevistados es la mestiza con un 100%, en el personal médico y un 93.3 % en el personal de enfermería; lo que coincide con los datos obtenidos en la página de INEC en lo referente al Censo de Población y Vivienda 2010, Fascículo Imbabura en el cual se detalla la auto identificación étnica de los imbabureños siendo la mayoría de etnia mestiza.

En cuanto a la asociación de burnout con respecto a la etnia se podría destacar que en comparación con otras etnias la etnia mestiza es la menos propensa a tener una baja realización personal (Ramírez, 2015). Sin embargo los porcentaje es esta dimensión por la muestra de participantes en este estudio no es influyente como para poder concluir que de hecho la totalidad de la muestra mestiza puntúe bajo en esta dimensión.

4.4. Estado civil

En cuanto al estado civil de la muestra, el 47.1% de médicos son solteros, mientras que el 66.7% de enfermeras son casadas.

En cuanto a los estudios del Burnout con la variable de estado civil, los datos no son concluyentes, ya que el grupo de casados puede ser propenso a padecer burnout según Tello et al., (2002); otros señalan al grupo de separados y divorciados puede verse afectado en por una baja realización personal (Atance, 1997); además de las conclusiones de Grau, Flichtentrei, Suñer y Braga, (2007) acerca de que los solteros son mucho más propensos a padecer el síndrome.

4.5. Características laborales.

4.5.1. Salario

En cuanto a las características laborales de los profesionales de la salud, se pudo apreciar que la remuneración salarial que prevalece en ambos grupos, oscila entre 1001 a 2000 dólares, siendo en los médicos/as un 47.1% y las enfermeras en un 80.1%.

Podemos observar según datos de la Encuesta Nacional de empleo, desempleo y subempleo 2012 que en el rango de nivel de instrucción superior tanto si la jefatura de hogar es femenina como si es masculina el salario recae dentro de nuestra categoría siendo específicamente de 1.306 dólares mensuales a nivel nacional (Ecuador). (INEC, 2012).

En cuanto a la asociación de esta variable con la prevalencia de burnout, se considera que a mayor percepción de retribución económica personal menor es la probabilidad de padecer el síndrome. (Grau, Flichtentrei, Suñer y Braga, 2007).

Por lo que para poder identificar de mejor manera si es un factor predisponente o protector en nuestra muestra sería necesario poder conocer su percepción a cerca de su condición económica y no solo el referente monetario que perciben mensualmente ya que la percepción de bienestar por parte del personal en cuanto a este acápite puede verse afectada por comparaciones personales de los médicos, enfermeras; y sus aspiraciones.

4.5.2. Sector de labores

El sector en el que laboran la mayoría de los participantes en este estudio es en el público, siendo de 58.8% en médicos/as y 100% en enfermeras; lo que respecto a datos de la Encuesta Nacional de Empleo Desempleo y Subempleo 2017, publicada por el INEC, significa que nuestra muestra pertenece a un porcentaje minoritario que es empleado por el sector público ya que esta señala que solo dos de cada diez plazas de trabajo son generadas por el sector público a nivel nacional (Ecuador). (INEC, 2017).

En cuanto a la asociación de esta variable con la prevalencia de burnout se podría citar que mejores condiciones laborales son un factor de protección al síndrome según Grau, Flichtentrei, Suñer y Braga, (2007); generalmente en Ecuador la percepción de mejores condiciones laborales generalmente se las percibe en el sector privado por la disposición económica por parte del estado que en muchas ocasiones no es la más adecuada para poder tener a disposición todo los recursos necesarios.

4.5.3. Tipo de contrato

El tipo de contrato que prevaleció en la muestra es a nombramiento con un 62,5% en médicos/as y 86.7% en enfermeras. Comparando nuestros datos con los que obtuvo el INEC en el Censo de Población y Vivienda 2010; nuestra muestra tanto en lo referente a las enfermeras como médicos los datos recaen dentro de la tercera categoría después de contrato permanente y contrato temporal que son los contratos de mayor porcentaje a nivel nacional obtenidos por los encuestados en edad de trabajar. (INEC 2010)

Se ha detectado mayor incidencia de burnout en personal con un contrato eventual o cambiante (Gil-Monte y Peiró, 1997). Lo que concuerda con lo planteado por Flichtentrei, Suñer y Braga, (2007); a cerca de la percepción de mejores condiciones laborales; dado que la estabilidad laboral es uno de los acápites deseados como indicativo de satisfacción con la calidad de vida. Lo que podría significar que este es uno de los factores de protección destacados en nuestra muestra.

4.5.4. Número de pacientes atendidos.

Según los datos que obtuvimos en la muestra de nuestro estudio, el número promedio de pacientes que atienden a diario médicos/as es de 16.7, con una atención mínima de 5 y máxima de 50 pacientes diarios; mientras que las enfermeras atienden a un promedio de 13.7 pacientes diarios, atendiendo a un mínimo de 3 y máximo de 25 pacientes. Durante la

investigación se pudo observar que tanto médicos como enfermeras perciben que la carga laboral diaria en atención directa a pacientes es “bastante cargada” para sus fuerzas físicas.

En el Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud – realizado por el INEC en el periodo de los años 2000 a 2016 podemos encontrar que la cantidad de médicos ha tenido una tendencia creciente de modo que en 2016 existen 21 médicos por cada 10.000 habitantes en disonancia con los 8 por cada 10.000 que existían en el 2000. (INEC 2016).

En cuanto a la provincia de Imbabura el mismo estudio nos dice que la tasa de médicos por cada 10.000 habitantes es de 15,66 al año 2016.

En cuanto al personal de enfermería; la tasa nacional de enfermeras por cada 10.000 habitantes es de 12.03 en el año 2016 a diferencia del 2000 que fue de 5.04 por cada 10.000 habitantes.

Y en referencia a la tasa de enfermeras por provincia ese mismo estudio destaca que existen 13.89 enfermeras por cada 10000 habitantes en la provincia de Imbabura. (INEC, 2016).

Lo que se puede concluir de acuerdo a los datos obtenidos a cerca de la atención directa a pacientes y la percepción de la cantidad de pacientes que atienden médicos y enfermeras podría ser que a pesar de que en relación a años anteriores el personal de médicos y enfermeras ha aumentado; sin embargo también deberíamos poder saber en qué porcentaje han aumentado los centro de atención en salud gratuita a nivel nacional y un histórico del número de pacientes atendidos a partir de los años 2000 a la actualidad para poder tener una referencia real de si la percepción de nuestra muestra concuerda con datos recabados a nivel nacional o provincial.

Por lo pronto se puede concluir que a pesar de que la tasa de médicos y enfermeras ha aumentado en la última década; aun no es suficiente el personal de salud para la atención a pacientes de manera holgada y con el tiempo que el mismo personal de salud consideraría adecuado para cada paciente.

En cuanto al desarrollo del Síndrome de Burnout a causa del número de pacientes las investigaciones son concluyentes en que si existe una fuerte relación directa entre las dos variables; de modo que la atención a mayor número de pacientes significa mayor predisposición a padecer el síndrome; citando que la única forma de contrarrestar esta incidencia son las estrategias de afrontamiento centradas en el problema (Carauna, 1989; Escribá y Bernabé, 2002; Guerrero, 2001). Lo que necesariamente se traduce en un factor predisponente para la muestra del presente estudio.

4.5.5. Recursos

En referencia a los recursos necesarios que les brinda la institución a los médicos/as en un 64.7% y los enfermeros/as en un 73.3% indican que el establecimiento les provee de recursos indispensables para la realización de su trabajo solo medianamente; lo que según datos del presupuesto nacional del Estado para los años 2016- 2017 debería ser de otra manera ya que en el año 2016 se invirtió en el área de salud 2.427 millones y para el año 2017, 8000 millones teniendo un aumento de un 25% con respecto al año precedente (Puente, 2017) de manera tal de suplir insumos necesarios para la atención de salud así como para la inversión en construcción de nuevos centros de atención gratuita de salud a nivel nacional.

El no poseer los recursos necesarios para realizar sus labores; podría hacer denotar al personal de salud una cierta duda de su adecuación con el rol y su eficacia/ eficiencia en sus tareas; lo que si tiene relación con el Síndrome de Burnout de no haber desarrollado estrategias de afrontamiento eficaces.

4.5.6. Turnos de trabajo

En cuanto a los turnos: el 56,3% de los médicos informó que no realiza turnos, consecuentemente trabaja 8 horas diarias; mientras que el 80% de las enfermeras indicó que si trabaja en turnos rotativos.

Se puede predecir que el hecho de que las enfermeras trabajen en mayor proporción en turnos se debe al rol que cumplen cada una de las profesiones en cuanto al cuidado del paciente y además al hecho de que en la investigación participaron médicos tratantes de especialidades; juntos con enfermeras que brindan cuidado y atención directa a pacientes en el área de hospitalización de esas mismas especialidades.

En cuanto a la asociación con el burnout es notable que el hecho que tener condiciones de trabajo extenuantes como lo es trabajar en turnos acentúa la posibilidad de padecer el síndrome. (Grau, Flichtentrei, Suñer y Braga, 2007).

Además de lo anterior, se ha encontrado en referencia a esta variable que aquellos profesionales que pasan un mayor número de horas en el trabajo tienen mayor predisposición a desarrollar los síntomas asociados con el Síndrome de Burnout. (Gil-Monte y Peiró, 1997).

4.6. Características clínicas

4.6.1. Resultados de la aplicación del Inventario de burnout de Maslach (Maslach Burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson

En cuanto a los niveles de agotamiento emocional, despersonalización y de realización personal; los médicos presentan un nivel de agotamiento emocional medio en un 47.1% lo cual y según la definición de Maslach y Leiter (1997) causa fatiga o falta de energía y la sensación de que los recursos emocionales se han agotado y puede darse en conjunto con sentimientos de frustración y tensión, en la medida que ya no se tiene motivación para seguir lidiando con el trabajo (Cordes y Dougherty, 1993).

Este cuadro (presencia de despersonalización) es la primera reacción a las demandas estresantes del trabajo. (Maslach y Leiter 1997) y es considerado el primer síntoma en la aparición del síndrome.

La despersonalización se mantiene en niveles bajos en nuestra muestra tanto en enfermeras como en médicos.

En cuanto al personal médico los niveles de realización personal se denotan gravemente afectados ya que en su mayoría con un porcentaje de 47.1% la realización personal es baja; lo que puede verse afectado debido a que el porcentaje de agotamiento emocional está en niveles medios y son variables que pueden verse conectadas en una relación causa efecto.

Sin embargo en el personal de enfermería el agotamiento emocional y despersonalización se mantienen en niveles bajos y en cuanto al indicador de realización personal, según los datos obtenidos en este estudio, no es posible dilucidar cuál es su nivel de ya que existe un empate técnico con una puntuación de 33.3% correspondiente a cada uno de los indicadores alto medio o bajo; punto a ser considerado en posibles futuras investigaciones.

De los datos obtenidos se manifiesta la no presencia de Síndrome de Burnout en médicos y enfermeros/as de la casa de salud donde fue tomada la presente muestra dado que en el 100% de la muestra no se evidencian en su totalidad el conjunto de factores que son necesarios para diagnosticar el síndrome como tal; aunque si bien es cierto si existe agotamiento emocional alto que es considerado el primer síntoma de la posible aparición del síndrome en conjunto con una realización personal baja en el personal médico.

Se debe tener en cuenta que según Maslach (1997), la siguiente fase del síndrome después del agotamiento emocional sería la despersonalización; que en el estudio se mantiene en niveles bajos.

4.6.2. Resultados del Cuestionario de salud general (GHQ-28)

En cuanto a los índices evaluados en este cuestionario los síntomas con índices más altos encontrados en la realización del test son en relación a la ansiedad el 35,3% de médicos y el 53.3% de enfermeras; como siguiente rango de datos se presentaron síntomas somáticos que presentan un porcentaje de 23,5% en médicos y .3 % en enfermeras; seguidamente en el indicador de depresión el 6.3% de médicos y 7.1% de enfermeras.

A pesar de que los síntomas reportados no sean extremadamente alarmantes si existe la presencia de ansiedad en niveles altos en el personal de enfermería con un 53, 3% de la población encuestada que lo padece.

Según Tarraga y Serrano (2016), los niveles altos de ansiedad si son más notorios en personal del área de salud de sexo femenino como lo refleja la muestra de este estudio y que además necesariamente si existe ansiedad; se reflejan: baja realización personal, niveles medios de agotamiento emocional y baja despersonalización.

La presencia de ansiedad al igual que síntomas somáticos aunque estos últimos no son altos ya están presentes en el personal; razón por la que es imprescindible la intervención en estos indicadores que son indicios sensibles del inicio del síndrome.

4.6.3. Resultados del Cuestionario de afrontamiento (BRIEF - COPE).

En cuanto al afrontamiento los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes de acuerdo a las medias observadas en la interpretación de datos.

En los médicos las formas de afrontamiento fueron: aceptación 4.2; replanteamiento positivo 3.9; afrontamiento activo 3.5; planificación 3.4.

En las enfermeras: afrontamiento activo 2.6; replanteamiento 2.4; aceptación 2.3; auto-distracción 2.2.

Los médicos en primera instancia reconocen el problema y lo aceptan de manera tranquila, obteniendo algo bueno de este, ejecutando acciones específicas para solucionar determinada circunstancia y, planifican procesos para seguir al mando en la situación problemática. Lo cual demuestra que el afrontamiento de los médicos ante los problemas es en de tipo adaptativo. Las enfermeras ejecutan acciones específicas para solucionar determinada circunstancia, sacan algo bueno aprendiendo lecciones del problema, reconocen el problema y lo aceptan de manera tranquila; pero también en ocasiones centran su atención en actividades que no les permitan pensar en el problema y de esa manera, olvidarlo.

Tal vez la principal razón para que en personal de enfermería tenga un alto índice de ansiedad sea el hecho de que utiliza como una de sus estrategias de afrontamiento del problema a la auto- distracción de manera que ocupan su mente en otras circunstancias provocando el olvido momentáneo del problema lo que a la larga produce ansiedad por la no resolución real del conflicto.

4.6.4. Resultados del Cuestionario de Apoyo Social (MOS)

En cuanto a los datos obtenidos acerca del apoyo social percibido por los participantes médicos la media más alta con un 86,7 es el amor y cariño, seguido por el apoyo emocional con un 81,1y las relaciones en un tercer lugar con un 79,7.

Para el personal de enfermería la media más alta con un 73,3 es amor y cariño, en segundo lugar las relaciones con un 69,3 y el apoyo emocional con un 64,5.

Dado que el apoyo social que está más vinculado con el bienestar es el apoyo emocional (Cutrona, 1986) y este será más efectivo cuanto más se ajuste al tipo de problema al que hay que dar respuesta (Cohen y McKay, 1984).

En cuanto a la relación apoyo social/ burnout la existencia de este tipo de apoyo es un factor protector con respecto a la muestra analizada ya que actúa como mediador para la calidad de vida previniendo enfermedades mentales, estrés y enfermedades físicas y fomentando la salud como resultado de una mejora notable de las estrategias de afrontamiento de problemas (Hombrados, 2013).

Además de lo ya señalado, el apoyo social según estudios de (Cohen y Ashby, 1985; Eastburg, Williamson, Gorsuch y Ridley, 1994; Folkman y Lazarus, 1985; Gil- Monte y Peiró, 1996; Iverson, Olekasins y Erwin, 1998, Koniarek y Durek, 1996), es un amortiguador de las consecuencias del Síndrome de Burnout y por eso es importante no solo realizar investigaciones acerca de la percepción del mismo por parte del personal que trabaja en la casa de salud; sino que es un deber el reforzar aquellas fuentes de apoyo social del personal como prevención y protección de la salud mental del personal.

4.6.5. Resultados de la aplicación del Cuestionario de personalidad (EPQR- A)

El rasgo de personalidad más alto en el personal médico es extroversión con una media de 4.5; definida como una característica propia de personas cuyo interés está centrado en el entorno y en las personas que le rodean, es decir, el mundo externo. (Eisenck 1944). Las personas con puntuaciones altas en esta característica de personalidad poseen una gran tendencia a las relaciones sociales y a la comunicación; y justamente este es uno de los

factores que predisponen a las personas involucradas emocionalmente con un locus de control externo al posible desarrollo del Síndrome de Burnout.

Seguidamente el psicoticismo se puntúa con una media de 1.9 y por último neuroticismo con 1.2.

Al igual que en el caso de los médicos el rasgo de personalidad dominante en enfermeros/as es extroversión con una media de 4.3, seguido de neuroticismo con 1.9 de manera tal que podría denotarse cierta cantidad de inestabilidad e inseguridad emocional, asociadas tasas elevadas de ansiedad, estado continuo de preocupación y tensión y por último, psicoticismo con media de 1.8.

La mayoría de los investigadores concuerdan con que el Síndrome de Burnout se desarrolla más en sujetos empáticos, sensibles, humanos, con dedicación profesional, idealistas, altruistas, obsesivos, entusiastas y susceptibles de identificarse con los demás; y por otro lado también aquellos con baja autoconfianza y locus de control externo. (Cebriá et al., 2001; Zellars, Perrewe y Hochwarter, 2000).

CONCLUSIONES

- Los perfiles de los participantes en el estudio son: médicos de sexo masculino, solteros, mestizos, edad 40 años con 1 hijo y enfermeras de sexo femenino, casadas, mestizas de 41 años de edad con 2 hijos.
- Los médicos perciben un salario de entre 1001 y 2000 dólares mensuales, con una experiencia profesional de 12.5 años, que laboran en el sector público y no realizan turnos de manera tal que laboran 8 horas diarias, su tipo de contrato es a nombramiento por tiempo indefinido, el promedio diario de pacientes que atienden son 17; para tal fin, la institución médica les provee solo *medianamente* de los recursos necesarios para tal atención.
- Las enfermeras perciben un salario de entre 1001 a 2000 dólares mensuales, con una experiencia laboral de 16 años, trabajan exclusivamente en el sector público, el tipo de contrato que poseen es a nombramiento, atienden un promedio de 14 pacientes diarios, en cuanto a la provisión de recursos para la realización de sus tareas, la institución provee *medianamente* y trabajan bajo la modalidad de turnos rotativos.
- En cuanto a las características clínicas, los médicos tienen un agotamiento emocional medio; combinado con una realización personal baja.
- El personal de enfermería puntúa bajo en cuanto al agotamiento emocional y despersonalización; pero es imposible determinar según los datos obtenidos en este estudio, como se encuentran en cuanto a la realización personal ya que existe un empate en los porcentajes.
- El 53.3% de enfermeras y el 37.5% de médicos refieren tener síntomas de ansiedad.
- El 23,5% de médicos participantes en el estudio refieren tener síntomas somáticos correspondientes al síndrome.
- Las principales formas de afrontamiento de los médicos ante una situación problemática son: aceptación, replanteamiento positivo; afrontamiento activo y planificación.
- Las principales formas de afrontamiento de las enfermeras ante situaciones problemáticas son: afrontamiento activo, replanteamiento, aceptación y auto-distracción.
- Tanto para enfermeras como para médicos, el apoyo social percibido que disponen es amor y cariño, apoyo emocional y relaciones sociales.
- El rasgo de personalidad puntuado más alto y representativo en los profesionales entrevistados tanto médicos como enfermeras es el de extroversión.
- El segundo rasgo de personalidad más puntuado en enfermeras con rangos altos, es el neuroticismo.

- No se encuentran presentes todos los síntomas que forman parte del síndrome, pero sí es notorio en el personal médico, agotamiento emocional medio y baja realización personal y en el personal de enfermería, síntomas en gran escala de ansiedad; lo cual podría darnos indicios de un inicio del desarrollo del síndrome.

- **RECOMENDACIONES**

- Que el área encargada de recursos humanos de la institución de salud realice posteriores investigaciones e intervenciones en el personal dado que se identificó agotamiento emocional medio y baja realización personal en médicos lo que podría indicar que existe un SB en desarrollo; la intervención beneficiará tanto al personal que trabaja en la casa de salud como a la institución como tal.
- Que el área encargada de la provisión de recursos evalúe la posibilidad de suplirlos en mayor cantidad ya que el personal de salud concluye que estos les son provistos medianamente y el no disponer de lo necesario en su quehacer profesional afecta la eficiencia y eficacia en los servicios prestados; por tanto si se logra este acometido mejoraría la calidad de las atenciones.
- Que el área de RRHH intervenga en cuanto a estrategias de afrontamiento en el personal de enfermería ya que en la investigación se refleja que una de sus estrategias es la auto- distracción; beneficiando de esta manera el bienestar emocional del personal y dando estrategias de prevención del SB.
- Que el área de RRHH intervenga en estrategias de afrontamiento de ansiedad y estrés en el personal de enfermería ya que se detectaron niveles alto de la misma; beneficiando así el bienestar emocional de la enfermeras.
- Que RRHH intervenga reforzando el apoyo social percibido creando redes de apoyo social en el entorno laboral ya que este es un factor de protección contra el SB; beneficiando de esta manera al personal de salud, sus familias, los pacientes y la propia institución.
- Que el área administrativa disponer se realicen futuras investigaciones en cuanto a la personalidad extrovertida de su personal y de cómo este factor lo predispone a desarrollar Sb desarrollando estrategias que los ayuden a prevenirlo; beneficiando al personal de salud y a la institución.

BIBLIOGRAFIA

- Acinas, P. (2012, 2 de noviembre). Burn-Out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. Recuperado de <http://www.psicociencias.com>
- American Psychiatric Association. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Recuperado de <https://dsm.psychiatryonline.org>
- Blum, M., James, C., Naylor, A. (1990). Psicología Industrial: sus fundamentos teóricos y sociales. Ciudad de México, México: Editorial Trillas.
- Fernández, M. (2010, 20 marzo). Why Study the burnout syndrome in nursing personnel in Mexico Critical methodologies for developing a line of investigation. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx>
- Ferreira C., García K., Macías L., Pérez A., Tomsich C. (2013). Salud. Mujeres y Hombres del Ecuador en Cifras III. Recuperado de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/>
- Furman, A. (2001), Psicología Organizacional: El comportamiento del individuo en las organizaciones. México DF, México: Editorial Oxford University Press.
- Gil, P. (1999, 3 mayo). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. Anales de Psicología. Recuperado de <http://www.um.es>
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M., y Braga, B. (2009, abril). Influencia de Factores Personales, Profesionales y Transnacionales en el Síndrome de Burnout en Personal Sanitario Hispanoamericano y Español. Revista Española de Salud Pública. Recuperado de <https://www.scielosp.org>
- Gutiérrez, G. (2006, 1 de octubre). Síndrome de Burnout. Archivos de Neurociencias. Recuperado de <https://biblat.unam.mx>.
- Loreto, M., Serrano, J. (2016, julio 7). Estado de Ansiedad y Burnout en trabajadores sanitarios de Albacete. doi: 10.19230/jonnpr.2016.1.3.1016
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2012). Encuesta Nacional de Ingresos Recuperado de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2017). Encuesta nacional de empleo, desempleo y subempleo, Indicadores laborales diciembre 2017. Recuperado de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec>

- Ortega, C., & López F. (2004, marzo). Burnout Síndrome de estar quemado en profesionales sanitarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*.
Recuperado de <http://coepsique.org>
- Puentes, C. (2017). Presupuesto General del Estado 2017 destaca inversión en educación y salud. *El Tiempo*. Recuperado de <https://ecuadorwillana.com/>
- Quiceno, J., & Vinaccia Alpi, S. (2007). Burnout: "síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)". *Acta Colombiana de Psicología*, 10 (2), 117-125.
- Ramírez, M. (2015). Burnout en profesionales de la Salud del Ecuador (tesis doctoral). Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España
- Rodríguez, J. (2010). Propuesta: Programa Integral de Autocuidado. *Enfermería en Costa Rica*. Vol 31 (1), 1-4
- Rodríguez, P. (2012). Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el Centro de Atención Ambulatoria de la parroquia urbana de Cotocollao del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) de la ciudad de Quito, durante el año 2011-2012. (tesis de pregrado) Universidad Técnica Particular de Loja, Loja, Ecuador.
- Roth, E., & Pinto, B. (2008, marzo). Síndrome de Burnout, Personalidad y Satisfacción Laboral en Enfermeras de la Ciudad de La Paz Bolivia. *Ajayu*. Recuperado de: <http://www.scielo.org.bo/>
- William, B., Werther., Jr./Keinth., Davis. (1988). *Administración de Personal y Recursos Humanos*, México: Impresiones Editoriales S.A.

ANEXOS

Anexo 1: Cuestionario Sociodemográfico y Laboral



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 Personales

Género Masculino Femenino

Edad ____ años

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

La zona en la que trabaja es: Urbana Rural

Etnia Mestizo Blanco Afro ecuatoriano Indígena

Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado o separado Unión Libre

Número de Hijos: ____

Recibe su remuneración salarial: sí 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 Sí 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.

Anexo 2: Cuestionario de MBI

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/burn/deteccion.pdf>

Anexo 2.3

Anexo 3: Cuestionario (GHQ-28)

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>

Anexo 4: Cuestionario BRIEF-COPE

UNIVERSIDAD TÉCNICA 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

Anexo 5: Cuestionario de Apoyo Social

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.					

Anexo 6: Cuestionario de personalidad de Eysenck EPQR-A

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

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

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

Anexo 7: Consentimiento Informado

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:

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

.....
..

<p>NOTA: No firme la presente carta hasta que haya leído o le hayan leído y explicado toda la información proporcionada y haya hecho todas las preguntas que desee. Se le proporcionará copia de éste documento.</p>

Anexo 8: Autorización para poder tomar datos del personal médico.

**Ministerio de Salud Pública**
Hospital San Vicente de Paul
Dirección Asistencial Hospitalaria

Memorando Nro. MSP-CZ1-HSVP-DAH-2017-0481-M
Ibarra, 08 de mayo de 2017

PARA: Sr. Dr. Silva Gordillo Luis Byron Ramiro
Supervisor Ejecutor de Procesos del Servicio de Pediatría, HSVP

Sra. Dra. Ana Lucía Cacaiza González
Supervisora Ejecutora de Procesos del Servicio de Medicina Interna, HSVP

Sr. Dr. Diego Javier Mejía Lucero
Ejecutor Supervisor de Procesos de Cirugía HSVP

Sr. Dr. Carlo Luis Mendoza vallejo
Supervisor Ejecutor de Procesos del Servicio de Traumatología, HSVP

Sr. Dr. Patricio Martín Reyes Jativa
Supervisor Ejecutor de Procesos del Servicio de Ginecología, HSVP

Srta. Med. Carmen Logania Robinson Yannuzzelli
Supervisora Ejecutora de Procesos del Servicio de Emergencia, HSVP, Subrogante

ASUNTO: SE AUTORIZA A LA SRTA. DUQUE GRANADOS ROCIO ALEJANDRA REALIZAR ENCUESTAS AL PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA.

De mi consideración:

En relación a la solicitud emitida por el Magister Ihon Espinosa Iniguez Coordinador de Titulación Psicológica de la Universidad Técnica Particular de Loja, en la que solicita se autorice a la Srta. Duque Granados Rocío Alejandra, estudiante de la Titulación de Psicología, realizar la recolección de información dirigida al personal Médico y de Enfermería de la Institución, para el trabajo de investigación con el tema: "BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL ECUADOR", informo que se autoriza a la mencionada estudiante realizar la aplicación de las encuestas, por lo que solicito dar las facilidades respectivas.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,



Ministerio
de Salud Pública

Hospital San Vicente de Paúl
Dirección Asistencial Hospitalaria

Memorando Nro. MSP-CZ1-HSVP-DAH-2017-0481-M

Ibarra, 08 de mayo de 2017

Dr. Carlos Fernando Villalba Sevilla


DIRECTOR ASISTENCIAL HOSPITALARIO HSVP

Copia:

Sra. Mgs. Miryan Yolanda Quilumbango Maya
Coordinadora de Cuidados de Enfermería HSVP

Sra. Abg. Elsa de las Mercedes García Farinango
Coordinadora de Gestión de Talento Humano HSVP

Anexo 9: Acuerdo de Confidencialidad del Ministerio de Salud Pública


Ministerio de Salud Pública
HOSPITAL SAN VICENTE DE PAULI

ACUERDO DE CONFIDENCIAL

Comparecen a la celebración del presente Acuerdo de Confidencialidad, por una parte el Hospital San Vicente de Paull - Ibarra representado por el Dr. Lyther Reyes López, Gerente Hospitalario, a quien en adelante se le denominará **REVELADOR**, y por otra parte las señoras ROCIO ALEJANDRA DUQUE GRANADOS, estudiante de la carrera de Psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja, a quienes en adelante se le denominará **RECEPTOR**. El suscriptor del presente acuerdo se compromete a mantener la confidencialidad en relación a toda la documentación e información obtenida en el proceso de investigación "BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL ECUADOR," y declara que está de acuerdo y se sujeta a las siguientes cláusulas y condiciones:

CONSIDERACIONES:

Debido a la naturaleza del trabajo, se hace necesario que se maneje información confidencial perteneciente a pacientes del Hospital San Vicente de Paull - Ibarra que no debe alcanzar el dominio público, de ahí que deba guardarse confidencialidad, entendiéndose que el incumplimiento de cualesquiera de las obligaciones que constan en presente documento, intencionadamente, o por negligencia, podrían implicar en su caso, las sanciones de tipo legal vigentes; por lo que, se procede a establecer y regular las condiciones en las que se produce la divulgación de la información, el procedimiento que regirá la custodia y no transmisión a terceros de la información entregada por el Hospital San Vicente de Paull-Ibarra y las obligaciones y responsabilidades que las partes suscriben en el marco de este Acuerdo.

ANTECEDENTES:

El Hospital San Vicente de Paull-Ibarra es una Institución pública sujeta al cumplimiento estricto de las normas legales establecidas en las distintas leyes, reglamentos y mandatos vigentes en la legislación ecuatoriana; en el citado contexto le serán de aplicación los siguientes preceptos legales: de conformidad al Art. 362 de la Constitución de la República; en el Reglamento para el Manejo de Información Confidencial en el Sistema Nacional de Salud expedido mediante Acuerdo Ministerial No. 5216-A del Ministerio de Salud Pública, que establece las condiciones operativas de la aplicación de los principios de manejo y gestión de la información confidencial de los pacientes especialmente en el Art. 7 que *(por documentos que contienen información de salud se entiende: historias clínicas, resultados de exámenes de laboratorio, imagenología y otros procedimientos, tarjetas de registro de atenciones médicas con indicación de diagnóstico y tratamientos, siendo los datos consignados en ellos confidenciales y la autorización para el uso de estos documentos antes señalados, es posesión privativa de la o representante legal);* en concordancia con lo dispuesto en la Ley de Derechos y Amparo al Paciente Art. 4; en concordancia con el Art. 7 literal f) de la Ley Orgánica de la Salud; así como con el Art. 6 de la Ley de Transparencia y el Derecho a la Información; y, lo establecido en el Art. 6 de la Ley del Sistema Nacional de Registro de Datos Públicos.

Con fecha 24 de Abril 2017, mediante oficio S/N, la señora ROCIO ALEJANDRA DUQUE GRANADOS, participantes en el proyecto de investigación, solicitan se autorice, la realización de la investigación en el Hospital San Vicente referentes a BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL ECUADOR

Con fecha 26 de Abril 2017, el Dr. Lyther Reyes López Reyes Gerente Hospitalario, Autoriza la realización de la investigación referente a "BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL ECUADOR"

CLÁUSULAS

Primera.- Objeto

1

LOPE VARGAS TORRES 11 36 Y GONZALO GOMEZURACO
TEL: 062 996333 GSM 062 096662 FAX 062 637 372 EXT. 107 107



Ministerio de Salud Pública

HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL-1

Todo documento que contiene información de salud es "confidencial" y no podrá ser usado para fines diferentes a la atención de los pacientes, evaluación de la calidad de los servicios, análisis estadístico, investigación y docencia.

Segunda.-Obligaciones del Receptor

- a) El Receptor se obligará a no divulgar a terceros la "Información Confidencial", que reciba de parte del Hospital San Vicente de Paul -Ibarra, y a darle a dicha información el mismo tratamiento que le daría a la información confidencial de su propiedad.
- b) El Receptor está de acuerdo en que la "Información Confidencial" que reciba del HSVP- Ibarra es y seguirá siendo propiedad de ésta última, a usar dicha información únicamente de la manera y para los propósitos autorizados, *esto es trabajo de grado*.
- c) Estos documentos solo podrán ser manejados por personal autorizado y deben mantenerse abiertos únicamente mientras se estén utilizando.
- d) Los nombres y apellidos del paciente deberán reemplazarse por códigos o similares para proteger a personas que padecen de enfermedades raras y de tipo catastrófico como VIH/SIDA, tuberculosis activa, cáncer, entre otras.
- e) La historia clínica sólo podrá ser manejada por personal de la cadena sanitaria o personal autorizado.
- f) Pueden solicitar copias de las historias clínicas únicamente en los casos previstos en la Ley. El Receptor podrá hacer copias, notas, resúmenes o abstractos de información ya sea de manera tangible o electrónica, solamente según sea necesario para el uso que se autoriza en el presente Acuerdo, toda la información sea tangible o electrónica debe estar marcados con la nota de carácter confidencial como se encuentra en el documento original.

Tercera.- Obligaciones del Revelador

Toda la información que será entregada al Receptor por escrito o en otra forma tangible o electrónica, deberá estar marcada con una nota de que se trata de Información Confidencial y Privativa. La información provista al Receptor de manera visual u oral debe estar designada por el Revelador como confidencial en el momento en el que se la revela, y deberá ser puesta por escrito y marcada con una nota de que se trata de Información Confidencial y Privada.

Cuarta.- Excepciones a la Confidencialidad

La Información del Hospital San Vicente de Paul-Ibarra (Revelador) que no incluye confidencialidad es:

- a) Cuando la información se encuentra en el dominio público en el momento de su suministro al Receptor o, una vez suministrada la información, ésta acceda al dominio público sin infracción de ninguna de las estipulaciones del presente Acuerdo.
- b) Cuando la información deja de ser confidencial por ser revelada por el propietario.
- c) Cualquier información que el Revelador autoriza, por escrito al Receptor para que revele sin restricción alguna.

Quinta.- Duración De Acuerdo De Confidencialidad

El deber de confidencialidad perdurará incluso después de finalizada la actividad del establecimiento de salud, la vinculación profesional o el fallecimiento del titular de la información y se extiende a toda persona que intervenga en su elaboración o que tenga acceso a su contenido, haciéndose este último responsable de todo incumplimiento referido en este



Ministerio de Salud Pública

HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- I

Acuerdo. La obligación de confidencialidad deberá prevalecer también tras la terminación del Acuerdo.

Sexta.- Derechos de Propiedad

Toda información intercambiada es de propiedad exclusiva de la parte de donde proceda. Bajo la solicitud del Revelador, toda o cualquier porción de la información (que incluye pero no está limitada a las copias, notas, resúmenes, o abstractos de cualquier información ya sea en forma tangible o electrónica) será devuelta prontamente al Revelador y el Recibidor proveerá al Revelador una certificación por escrito en la que se declarará que dicha información fue devuelta.

Séptima.- Validez y Perfeccionamiento

El presente Acuerdo requiere para su validez y perfeccionamiento la firma de las partes

Octava.- Aceptación de las partes

Las partes libre, voluntaria y expresamente declaran que conocen, entienden y acuerdan regirse por sus términos y condiciones.

Novena.- Jurisdicción

Las partes acuerdan someter toda o controversia que surja con motivo de este convenio, que no pueda ser solucionada de manera amigable, a los Jueces y Tribunales de lo civil de la ciudad de Ibarra que sancionan la violación de secreto y confidencialidad.

Y en señal de expresa conformidad y aceptación de los términos recogidos en el presente Acuerdo, lo firman las partes por duplicado ejemplar y a un solo efecto en Ibarra, a los 26 días del mes de Abril de 2017.

Dr. Lyther Reyes López
GERENTE HOSPITALARIO
"HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL- I"

Rocío A. Duque Granados
UNIVERSIDAD TECNICA
PARTICULAR DE LOJA