



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA

Identificación del Síndrome de Burnout en profesionales de la salud (médicos y enfermeras) en una institución pública, ubicada en el sector centro norte de la ciudad de Ibarra, durante el año 2017 – 2018.

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Fraga Paspuel, Alexandra Lucia

DIRECTORA: Minga Vallejo, Ruth Elizabeth, Mgtr.

CENTRO UNIVERSITARIO IBARRA

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 LA TITULACIÓN

Magister.

Ruth Elizabeth Minga Vallejo

DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo titulación: Identificación del Síndrome de Burnout en profesionales de la salud, (médicos y enfermeras) en una institución pública, ubicada en el sector centro norte de la ciudad de Ibarra, durante el año 2017 – 2018, realizado por Fraga Paspuel Alexandra Lucia, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Quito, marzo 16 de 2018

Mgtr. Ruth Elizabeth Minga Vallejo

DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Fraga Paspuel Alexandra Lucia, declaro ser autora del presente trabajo de Titulación de Identificación del Síndrome de Burnout en profesionales de la salud, (médicos y enfermeras) en una institución pública, ubicada en el sector centro norte de la ciudad de Ibarra, durante el año 2017 – 2018, siendo Mgtr. Minga Vallejo Ruth Elizabeth, 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 la 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”.

Fraga Paspuel Alexandra Lucia
C.I. **1002912184**

DEDICATORIA

A Dios

Por bendecirme cada día con salud y vida, por el bienestar que me proporciona y por permitirme llegar hasta el punto de ver como se cristalizan mis objetivos, por estar presente en cada movimiento que doy y por iluminar mi mente y corazón para siempre hacer las cosas correctas y por haberme dado la oportunidad de elegir una carrera social, donde podré prestar mis servicios a los que más lo necesiten.

A mis padres

Por ser apoyo fundamental en mi formación académica, laboral y de la vida, que siempre han estado presentes y me han ayudado a enfrentar cada dificultad que se ha presentado a lo largo de mi carrera, que no han dejado que mi voluntad decaiga y siempre han creído en mis capacidades.

A mi hijo Ariel

Para que vea en mí, un ejemplo de dedicación y persistencia y siempre tenga fe en sí mismo para lograr sus objetivos.

A todos aquellos que con sus deseos y palabras de aliento me motivaron a seguir adelante y a no decaer en la larga trayectoria de estudio.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme la persistencia y la fortaleza para no decaer en el largo camino del estudio, por guiarme en el aprendizaje diario y por haberme iluminado a elegir una carrera donde puedo ayudar a las personas que lo necesiten.

También agradecer a mis tutoras Dra. Ramírez Rocío y Mgs. Ruth Minga, por ser guías a lo largo del desarrollo de mi trabajo de titulación y apoyarme con sus conocimientos y sugerencias para mejorar mi investigación.

Doy gracias infinitas a mis padres Celso y Elsa por creer en mis capacidades, por apoyarme siempre moral y económicamente, por darme ejemplo de constancia y perseverancia.

A mis hermanas Sol y Lili que son parte importante de mi familia y a Sami y Ariel por alegrar siempre mi vida.

Elsita

Agradezco a Dios por darme la madre más ejemplar, cariñosa, fiel, honesta, y persistente, porque estoy siempre en sus oraciones y Él la ha escuchado, gracias mamita por creer en mí, por aconsejarme, por ser mi apoyo, mi guía y mi fortaleza.

ÍNDICE

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE LA TITULACIÓN.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE	vi
Índice de tablas.....	ix
RESUMEN.....	1
SUMMARY	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I.....	6
MARCO TEÓRICO	6
1.1 Conceptualización del Burnout	7
1.1.1 Desarrollo del término.....	7
1.2 Desarrollo y fases del burnout	16
1.2.1 Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983).	16
1.2.2 Leiter y Maslach 1988.....	17
1.2.3 Leiter 1993.....	17
1.2.4 Lee y Ashforth 1993.....	17
1.2.5 Gil-Monte, Peiró y Valcárcel 1995.....	18
1.3 Consecuencias Del Burnout	18
1.3.1 Consecuencias en la salud en profesionales de la salud.....	18
1.3.2 Consecuencias en el trabajo en profesionales de la salud.....	19
1.3.3 Consecuencias en la familia en profesionales de la salud.....	19
1.4 Modelos explicativos del burnout.....	20

1.4.1	Modelos basados desde la teoría sociocognitiva.....	20
1.4.2	Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social.....	22
1.4.3	Modelos desarrollados desde la Teoría Organizacional.	23
1.4.4	Modelos Sobre el Proceso del Síndrome de Burnout.	25
1.4.5	Modelo de la Teoría Estructural.	26
1.4.6	Modelo de Gil-Monte.	27
1.5	Prevalencia del Burnout.....	27
1.6	Importancia del Estudio del Burnout.....	28
1.7	Variables Asociadas al Burnout.....	28
1.7.1	Variables Individuales.	28
1.7.2	Variables Sociales.....	29
1.7.3	Variables organizacionales.	30
CAPITULO II.....		32
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN		32
2	OBJETIVOS.....	33
2.1	Objetivo general.....	33
2.1.1	Objetivos específicos.	33
2.2	Preguntas de investigación.....	33
2.3	Contexto de la investigación.....	33
2.4	Diseño de la investigación.....	34
2.5	Muestra.....	34
2.5.1	<i>Criterios de inclusión.</i>	35
2.5.2	<i>Criterios de exclusión.</i>	35
2.6	Procedimientos.....	35
2.7	Instrumentos.....	36
2.7.1	Cuestionario sociodemográfico y laboral.....	36

2.7.2	Maslach burnout inventory (MBI).....	36
2.7.3	Cuestionario general de salud mental de Goldberg (GHQ-28).	36
2.7.4	Cuestionario multidimensional de afrontamiento (BRIEF - COPE).	37
2.7.5	Cuestionario de apoyo social MOS.	37
2.7.6	Inventario revisado de personalidad de Eysenck (EPQR – A).	37
CAPITULO III.....		38
ANÁLISIS DE DATOS		38
3	MUESTRA	39
3.1	Características sociodemográficas de los profesionales de la salud.....	39
3.2	Características laborales de los profesionales de la salud.....	41
3.3	Burnout en profesionales de la salud.....	43
3.4	Resultados de los casos de burnout en los profesionales de la salud.....	44
3.5	Factores emocionales de los profesionales de la salud.....	44
3.6	Estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud	45
3.7	Percepción del apoyo social de los profesionales de la salud.....	46
3.8	Rasgos de personalidad de los profesionales de la salud.....	47
CAPÍTULO IV		48
DISCUSIÓN.....		48
4	CONCLUSIONES	54
5	RECOMENDACIONES	55
BIBLIOGRAFÍA.....		57
6	ANEXOS	61

Índice de tablas

Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud.....	39
Tabla 2. Características laborales de los profesionales de la salud.....	41
Tabla 3. Resultados de las dimensiones del burnout en profesionales de la salud.....	43
Tabla 4. Resultados de los casos de burnout en los profesionales de la salud.....	44
Tabla 5. Malestar emocional de los profesionales de la salud.....	44
Tabla 6. Estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud.....	45
Tabla 7. Percepción del apoyo social de los profesionales de la salud.....	46
Tabla 8. Rasgos de personalidad de los profesionales de la salud.....	47

RESUMEN

La presente investigación busca identificar el Síndrome de Burnout en profesionales de la salud (médicos y enfermeras) en una institución pública, ubicada en el sector centro norte de la ciudad de Ibarra, durante el año 2017 – 2018.

Los estresores laborales a los que se exponen a diario los profesionales sanitarios pueden desencadenar con el tiempo en el síndrome de burnout, si no se detecta y se trata, puede ocasionar severos trastornos en la salud, afectando directamente a su entorno familiar, social y laboral.

En esta investigación se identificó el síndrome de burnout y sus variables asociadas en 19 médicos y 20 enfermeras de una institución de salud pública ubicada en el centro norte de la ciudad de Ibarra. Se usó el método exploratorio de corte descriptivo – transversal, se evidenció los siguientes resultados; en médicos se encuentra agotamiento emocional alto, despersonalización alta y baja realización persona, pero en porcentajes bajos que no supera el 36% de la muestra investigada. En enfermeras se detecta agotamiento emocional, despersonalización alta y baja realización personal, pero en porcentajes más bajos que no superan el 20%.

Existe el síndrome de burnout en dos médicos de la muestra investigada, que no se evidencia ningún caso en la muestra del personal de enfermería.

Se recomienda a la institución, a través del departamento de salud ocupacional implemente programas dirigidos a prevenir, detectar y tratar el síndrome de burnout en sus trabajadores.

Palabras claves: estrés laboral, burnout, trastornos de salud.

SUMMARY

This research seeks to identify the Burnout Syndrome in health professionals (doctors and nurses) in a public institution, located in the north central sector of the city of Ibarra, during the year 2017 - 2018.

Occupational stressors to which health professionals are exposed on a daily basis can trigger burnout syndrome over time. If it is not detected and treated, it can cause severe health disorders, directly affecting their family, social and work environment.

In this research, the burnout syndrome and its associated variables were identified in 19 physicians and 20 nurses from a public health institution located in the northern center of the city of Ibarra. The exploratory method of descriptive - transversal cut was used, the following results were evidenced; in physicians there is high emotional exhaustion, high depersonalization and low person realization, but in low percentages that does not exceed 36% of the sample investigated. In nurse's emotional exhaustion, high depersonalization and low personal achievement are detected, but in lower percentages that do not exceed 20%.

There is a burnout syndrome in two doctors of the sample investigated, which does not show any case in the sample of the nursing staff.

It is recommended that the institution, through the department of occupational health, implement programs aimed at preventing, detecting and treating burnout syndrome in its workers.

Keywords: work stress, burnout, health disorders.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de burnout es un malestar psicológico que puede afectar a la persona tanto física como emocionalmente, se debe a un estresor laboral e interpersonal relacionado con tres factores, el agotamiento emocional, la conducta de despersonalización o cinismo hacia las personas que el profesional atiende, y, una sensación de ineffectividad o falta de realización personal, se manifiesta generalmente en personal que presta atención sanitaria.

Varios estudios que se han realizado en otros países han confirmado la existencia del síndrome tanto en médicos como en enfermeras. En Argentina se encontró en el 30% del personal de enfermería que trabaja en unidades de cuidados intensivos y en 42% de médicos residentes en pediatría. En Brasil, se ha identificado la presencia del burnout en 24,1 % del personal sanitario que trabaja en centros de salud comunitaria. En Chile, se ha encontrado una prevalencia del síndrome de burnout en un 20% de personal de salud que trabaja servicios de psiquiatría de unidades médicas de segundo nivel y del 30% en enfermeras que laboran en unidades de atención primaria. En Colombia se demostró la existencia del burnout en 66.7% de médicos y 42.9% en personal de enfermería en una unidad médica privada de tercer nivel de atención. En Costa Rica se detectó el síndrome en 72% de personal médico residente. En Cuba más del 30% de médicos y enfermeras que laboran en centros sanitarios de primer y segundo nivel presentaron el síndrome de burnout. En Perú, se reportó el burnout únicamente en el 1.2% de trabajadores de la salud. En Venezuela, se encontró el 6.7% de prevalencia en enfermeras de un hospital universitario, En España, el 14.9% de médicos y enfermeras presentaron el síndrome de burnout. En México, la prevalencia es del 41.8% en médicos. (Zavala González, et al., 2009)

El presente trabajo de titulación consistió en identificar al personal de salud, tanto médicos como enfermeras de una casa de salud pública ubicada en el centro norte de la ciudad de Ibarra que desearon participar en la investigación, durante el año 2017 – 2018, donde a través de la aplicación de seis reactivos psicológicos se pudo identificar la prevalencia del síndrome de burnout en la muestra investigada.

En el marco teórico se presenta una reseña histórica sobre la evolución de la conceptualización del síndrome de burnout, desde la década de los 70, hasta nuestros días, hace referencia a diferentes autores que hablan sobre el desarrollo y fases del burnout, trata temas relacionados con las consecuencias en la salud del profesional sanitario con burnout,

también detalla algunos modelos explicativos del burnout según la teoría sociocognitiva, teoría del intercambio social, teoría organizacional, teoría sobre el proceso, teoría estructural y modelo de Gil-Monte, estudia la prevalencia del burnout y las variables asociadas.

En la metodología de la investigación, se detalla los objetivos, el contexto de la investigación y los instrumentos con los que se contó; la muestra inicial fue de 40 profesionales de la salud, 20 médicos y 20 enfermeras, que luego de analizar las baterías se eliminó una correspondiente a una enfermera.

Los instrumentos utilizados fueron los siguientes: cuestionario sociodemográfico y laboral, Maslach burnout inventory (MBI), cuestionario general de salud mental de Godberg (GHQ-28), cuestionario multidimensional de afrontamiento (BRIEF-COPE), cuestionario de apoyo social (MOS) y el inventario revisado de personalidad de Eysenck (EPQR-A).

Como apoyo para esta investigación se cuenta con abundante bibliografía que se ha realizado sobre el tema en profesionales de otros centros de atención sanitaria, dentro y especialmente fuera de nuestro país, como ejemplo citamos a González Gallego (2015), Albaladejo, y otros (2004) y Alvarez, Arce, Barrios , & Sánchez (2005).

La investigación de la problemática del síndrome de burnout es importante principalmente para los profesionales de la salud que se encuentran padeciendo el síndrome o por los que están próximos a padecerlo, pues al detectarlo y tratarlo a tiempo mejorará la calidad de vida y atención que puedan brindar los profesionales, así mismo, será de beneficio para sus familiares, pues una persona que padece el burnout cambia su comportamiento principalmente con las personas más próximas a su entorno. Es importante también para la organización, porque puede detectar estresores que desencadenan en enfermedad de sus trabajadores y eliminarlos, así también, a través del departamento de seguridad laboral puede crear programas destinados a la prevención de la enfermedad. Para la UTPL como institución educativa es importante el estudio de la prevalencia del síndrome de burnout en los profesionales de la salud porque puede crear estadísticas de prevalencia en nuestro país y coordinar acciones a seguir para corregirlo con las instituciones pertinentes. En general, para la sociedad el presente estudio es importante pues permite conocer causas, consecuencias y estadísticas de prevalencia del síndrome de burnout y crea conciencia sobre la ardua labor a la que está dispuesto todo el personal sanitario que los asiste.

En cuanto a los objetivos específicos planteados para esta investigación se concluye así:

Conocer el ambiente laboral y sociodemográfico de los participantes de la investigación: se aplicó el cuestionario sociodemográfico AD HOC, donde podemos observar que en los profesionales médicos predomina el sexo masculino mientras que en el personal de enfermería predomina el sexo femenino, los médicos son ligeramente más jóvenes que las enfermeras y estas tienden a engendrar más hijos, en todos los profesionales predomina la etnia mestiza.

Identificar el síndrome de burnout y la dimensión que más afecta en cada participante, podemos decir que existe la presencia del Síndrome de Burnout en dos profesionales médicos que representa 10.5% del total de la muestra investigada y que no se evidencia ningún caso en la muestra del personal de enfermería.

Evaluar su estado emocional y el estado de salud mental, se puede evidenciar en la presente investigación que las escalas que marcan mayor puntaje son la de ansiedad y síntomas somáticos y, en menor porcentaje las escalas de disfunción social y depresión

Determinar el tipo de afrontamiento que usa cada participante con respecto a estresores de su entorno, los médicos utilizan como estrategias de salud en orden descendente de puntuación el afrontamiento activo, la religión, la planificación, el replanteamiento y la autodistracción, mientras que las enfermeras utilizan la aceptación, el afrontamiento activo, replanteamiento, planificación y religión, si bien son estrategias de afrontamiento diferentes tanto en médicos como en enfermeras dejan notar que son necesarios para hacer frente y superar las dificultades que se les presentaren sin que esto afecte su salud.

Conocer la red de apoyo social y familiar que el participante dispone habitualmente, se aprecia que la media más alta es amor y cariño para todos los profesionales de la salud, luego se aprecia la escala de relaciones, seguido de apoyo instrumental en médicos y en enfermeras la escala varía a apoyo.

Evaluar los factores de personalidad de cada participante que colaboró con la encuesta, se aprecia que el rasgo de personalidad predominante en médicos y enfermeras es el de extraversión, seguidamente se encuentra el neuroticismo, finalmente el psicoticismo.

La prevalencia del síndrome de burnout en el personal médico se encontró en bajos niveles, mientras que en las enfermeras no se mostró prevalencia alguna.

CAPÍTULO I
MARCO TEÓRICO

1.1 Conceptualización del Burnout

La siguiente revisión literaria hace una aproximación al concepto de síndrome de burnout y su evolución a través de los años, se hace hincapié en las distintas teorías de estrés y en las estrategias de afrontamiento del sujeto ante dicho padecimiento, así mismo, se trata de delimitar las causas y consecuencias en la vida del que lo padece y en la organización.

1.1.1 Desarrollo del término.

El estrés es un trastorno muy frecuente que se manifiesta con síntomas de irritabilidad, cansancio y malestar emocional y físico causados por demandas excesivas de trabajo, afecta principalmente el bienestar de personas que laboran en el área de salud o a quienes permanecen en contacto con otras personas por un período prolongado de tiempo, esto afecta directamente a su rendimiento y a la calidad de atención que percibe el usuario. (Aceves, López, Moreno, Jiménez, & Campos, 2006).

Por lo mencionado, lo ideal tanto para las casas de salud, como para los pacientes y principalmente para los profesionales sanitarios sería reducir al máximo los factores que generen malestar, así prevenir la aparición del síndrome de burnout.

Hans Selye (1926) (citado en Varela 2017) desarrolló la teoría de la influencia que ejerce el estrés en la capacidad de las personas para enfrentarse o adaptarse a ciertas situaciones que causan malestar, lo clasificó en tres fases. Así, a) fase de alarma o percepción de una posible situación de estrés b) fase de resistencia o fase de adaptación a la situación estresante, y, c) fase de agotamiento, si la fase de resistencia fracasa.

Entonces, si el estrés es un causante para la aparición del síndrome, lo ideal sería buscar sus causas mientras se manifiestan las primeras fases en los profesionales, para dar solución tempranamente y evitar futuros profesionales con síndrome de burnout.

1.1.1.1 Definiciones de la década de los 70.

Herbert J. Freudenberger (1974) (citado en Aceves, et al., 2006) al síndrome de burnout lo define así:

“El burnout, es fallar, desgastarse o sentirse exhausto debido a las demandas excesivas de energía, fuerza o recursos” (p 306). Mientras trabajaba en un centro de rehabilitación toxicológica en Nueva York observó que la mayoría de voluntarios posterior a un año de labores padecía una pérdida progresiva de energía que muchas veces llegaba al

agotamiento, ansiedad, depresión, desmotivación en el trabajo hasta llegar al punto de hostilidad y agresión con los pacientes.

Maicon & Garcés de los Fayos Ruiz (2010) citan a Maslach (1976) quién describe al burnout como un avance progresivo de falta de responsabilidad personal e interés entre sus compañeros de trabajo, una vez que la persona ha estado expuesta por un largo período de tiempo a ciertos estresores laborales comenzará a actuar, a expresarse, a sentir y a mostrarse de forma distinta y negativa con las personas que le rodean, sean estos compañeros de trabajo o clientes y, también estos problemas suelen acompañar a la persona afectada hasta su casa, siendo su familia también víctima de sus frustraciones.

En otra instancia, Martínez López & López Solanche (2005) cita a Cristina Maslach (1976) quien conceptualizó al burnout como una enfermedad psicológica que afecta a la persona haciendo sentir agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal y esto ocurre normalmente en gente normal que trabaja comúnmente al servicio de otras personas.

Refiriéndose al agotamiento emocional como un sentimiento negativo de cansancio mental, de desánimo o desvalorización como persona. La despersonalización se refiere a sentirse extraño ante sí mismo, ante el ambiente y a tomar distancia de las personas del entorno. La reducida realización personal se refiere a sentimientos de escaso o nulo logro en el ámbito laboral, sensación de fracaso y baja autoestima.

Maicon & Gascés de los Fayos Ruiz, (2010) mencionan a Pines y Kafry (1978) quienes hablan del burnout como “una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal” (p.170), y, a Spaniol y Caputo (1979) definieron el burnout como “el síndrome derivado de la falta de capacidad para afrontar las demandas laborales o personales” (p.170).

Recapitulando las definiciones de la década de los 70 tenemos que el síndrome de burnout es una enfermedad cada vez más frecuente entre los profesionales que prestan sus servicios en relación con otras personas, los profesionales de la salud sienten su labor desvalorizada y en consecuencia trabajan de forma deshumanizada y con baja calidad en su atención hacia los usuarios, las consecuencias de adquirir esta enfermedad no se manifiestan únicamente en su plaza de trabajo, sino que se trasladan hasta sus casas y afectan a sus familiares ya que su actitud de aislamiento y baja realización conlleva a que

los profesionales se sientan frustrados y reaccionen de maneras no adecuadas a ciertos estresores cotidianos que en otra forma serán resueltos de manera más sencilla.

1.1.1.2 Definiciones de la década de 1980.

Maicon & Gascés de los Fayos Ruiz (2010) citan a Edelwich y Brodsky (1980) quienes refieren la pérdida sucesiva de la energía, del idealismo y motivos experimentados por la gente que presta sus servicios de atención en salud, entonces, como resultado proponen cuatro etapas por las que atraviesan los individuos que padecen el síndrome de burnout: a) entusiasmo; b) estancamiento, c) frustración, y d) apatía. También citan a Freudenberg (1980) quien “describe un estado de fatiga o frustración dado por la devoción a una causa, modo de vida o relación que no produce la recompensa deseada” (p. 170). Y, a Cherniss (1980) quien lo muestra como “un proceso transaccional de estrés y tensión en el trabajo, en el que destacan: a) desequilibrio entre demandas en el trabajo y recursos individuales lo que causa estrés, b) respuesta emocional a corto plazo, ante el anterior desequilibrio, caracterizada por ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento, y c) cambios en actitudes y conductas se manifiestan con afrontamiento defensivo” (p.170).

Maicon & Gascés de los Fayos Ruiz (2010) citan a Pines, Aaronson y Kafry (1981) quienes asemejan al síndrome de burnout con “un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por estar implicada la persona durante largos periodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente” (p.170).

Martínez Pérez (2010) dice que Maslach y Jackson (1981,1982) definen al burnout como una manifestación comportamental del estrés laboral prolongado, hace sentir al trabajador frustrado, cansado, sus actividades no se desarrollan con normalidad, crea sentimientos y respuestas negativas con sus compañeros de trabajo y se devalúa su valía personal; teniendo en cuenta los tres factores que son cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal, y en 1986 elaboraron un reactivo para medir el síndrome de burnout y fue llamado cuestionario de Maslach o “Maslach Burnout Inventory” MBI actualmente es el cuestionario más usado en todo el mundo.

Maicon & Gascés de los Fayos Ruiz (2010) citan a Brill (1984) quien conceptúa al burnout como “un estado disfuncional relacionado con el trabajo, en una persona que no padece otra alteración psicopatológica mayor, en un puesto de trabajo en el que antes ha funcionado bien, tanto a nivel de rendimientos objetivos como de satisfacción personal, y que luego ya no puede conseguirlo de nuevo, si no es por una intervención externa de ayuda, o por un

reajuste laboral: y que está en relación con las expectativas previas” (170). Cita también a Cronin Stubbs y Rooks (1985) quienes “proponen una respuesta inadecuada, emocional y conductual a los estresores ocupacionales” (p.170). Y, a Smith, Watstein y Wuehler (1986) concluyen que “el burnout describe un frágil patrón de síntomas, conductas y actitudes único para cada persona, todo esto hace muy difícil la conceptualización global del síndrome” (p.170).

Basándose en mencionados estudios de generalización y extensión del síndrome, Schaufeli y Enzmann (1988) dan una definición sintética al burnout donde manifiestan: Es un estado mental, negativo, persistente que tiene que ver con el trabajo, en individuos aparentemente normales, se caracteriza principalmente por cansancio, malestar, un sentir de baja competencia y motivación y el desarrollo de actitudes disfuncionales en el entorno laboral. (Salanova Soria & Llorens Gumbau, 2008).

Burke (1987), (citado en Martínez Pérez, 2010), explica al síndrome de burnout como un proceso de exposición al entorno laboral nocivo, que se caracteriza por desvalorización profesional, cansancio, sentimientos de fracaso por falta de desempeño laboral, distanciamiento emocional, frialdad y aislamiento.

Pines y Aronson (1988), (citado en Martínez Pérez, 2010) manifiestan que el síndrome de burnout puede presentarse también en otras áreas que no están relacionadas con la atención en salud, que el burnout aparece como un estado de cansancio mental, físico y emocional, que hace sentir culpable e impotente al trabajador, también le provoca sensaciones de sentirse encerrado, ahogado, falta de entusiasmo y baja autoestima. Todo esto se presentaría en el individuo que ha permanecido expuesto a un ambiente laboral estresante por largo período de tiempo.

Martínez Pérez (2010), cita a Shirom (1989) quien dice que el burnout es una pérdida de las fuentes de energía y lo define como una combinación de cansancio físico, emocional y cognitivo.

Se observa que cada autor de la década de los 70 difiere en su conceptualización sobre el síndrome de burnout, existe una ambigüedad en diferenciar los síntomas y las consecuencias de dicho trastorno, por ejemplo el cansancio emocional que mencionan todos los autores puede hacer referencia a una variedad de manifestaciones en los individuos, así mismo las consecuencias del burnout pueden diferir ampliamente de un trabajador a otro.

1.1.1.3 Definiciones de la década de 1990.

Para esta década el estudio y la aplicación del MBI se había generalizado a otras ramas, no aplicaba únicamente a salud, sino, a otro tipo de trabajadores, por ejemplo, a profesores, azafatas, etc.

Buzzetti (2005), cita a Maslach en 2001 y Cordes y Dougherty (1993), quienes aclararon que este síndrome sería causado a consecuencia del estrés y no aparecería en forma instantánea, sino que sería un proceso continuo.

Maicon & Gascés de los Fayos Ruiz (2010) citan a Burke & Richardsen (1993) que refieren el burnout como una secuencia que experimenta cada individuo en el ámbito psicológico relacionado con expectativas, motivos, actitudes y sensaciones, que es una experiencia negativa que da lugar a problemas de discomfort. Cita también a Leal Rubio (1993) quien refiere pacientes con emociones negativas, que se sienten fracasados en sus labores, que sienten que sus esfuerzos y su trabajo son inútiles y desvalorizados.

Buzzetti Bravo (2005) menciona a Cordes & Dougherty (1993), quienes hacen una revisión del tema en esta década y clasifican al burnout en cinco tipos de conceptualizaciones así: 1) Fracaso, desgaste y cansancio 2) Falta de creatividad, 3) Sin compromiso con el trabajo, 4) Alejamiento de compañeros de trabajo y clientes 5) Respuestas crónicas al estrés.

En 1993 Maslach y Schaufeli ampliaron el concepto y aceptaron las diferentes definiciones mencionando características similares, las más importantes son:

- Predominan los síntomas mentales o conductuales sobre los síntomas físicos, los principales son: cansancio mental o emocional, la fatiga y depresión.
- Los síntomas suelen presentarse en personas que no han sufrido ninguna enfermedad psicológica anterior.
- Se lo clasifica como un síndrome clínico-laboral.
- Aparece por una inadecuada adaptación al trabajo que conlleva a una disminución del rendimiento laboral y la sensación de baja autoestima. (Martínez Pérez, 2010)

Maicon & Gascés de los Fayos Ruiz (2010) cita a Gascés de Los Fayos (1994) dice que el síndrome de burnout sería parecido al estrés laboral o consecuencia de este. También cita a Schaufeli y Buunk (1996) quienes entienden al síndrome de burnout en términos de comportamiento negativo en la organización, que afectaría al individuo y a la propia organización.

Maslach & Leiter (1997), (citado en Buzzetti Bravo, 2005) describen al burnout como “la erosión del alma” hacen una relación de lo que la persona es con lo que quiere ser y lo que realmente está realizando, esto modificaría a los valores, a la dignidad y a el espíritu de la persona, donde su recuperación es bastante difícil sobre todo si no se tiene apoyo.

Gil-Monte y Peiró (1997), (citado en Maicon & Gascés de los Fayos Ruiz, 2010) creen que es una experiencia subjetiva interna y la respuesta al estrés laboral llevará a agrupar sentimientos, cogniciones y actitudes que tendrá un efecto negativo para el sujeto al implicar alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas, en consecuencia, el conjunto traerá consecuencias negativas tanto para el trabajador como para la organización.

Mingote Adán (1998), (citado en Maicon & Gascés de los Fayos Ruiz, 2010) quien realiza un resumen de los factores comunes en las definiciones de burnout, dice que son notables los síntomas disfóricos y el agotamiento emocional, que son comunes las alteraciones de conducta o la despersonalización y la relación con el cliente se deteriora, que se suelen dar síntomas físicos de estrés psico-fisiológico, como cansancio, malestar general, ansiedad, conductas adictivas, que suelen perjudicar la calidad de vida del individuo, el síndrome de burnout es de carácter clínico-laboral que se produce por una inadecuada adaptación al trabajo, y a veces se da en sujetos sin trastorno específico y por último se manifiesta por un menor rendimiento laboral, y por vivencias de baja realización personal, de insuficiencia e ineficacia laboral, desmotivación y retirada organizacional.

Martínez Pérez (2010), cita a Buendía & Ramos (2001); Ramos (1999); Buendía (1998); Mingote (1998); Hombrados, (1997) quienes manifiestan que al proceso de estar quemado se añade el significado que le da la persona al trabajo que realiza, su capacidad de generar estrategias de afrontamiento, la carga laboral y responsabilidad que tienen para involucrarse en su trabajo y esto deteriora el tipo de atención que presta a los pacientes y a sí mismo. Propone a la definición de la conducta basada en respuestas motoras, verbales-cognitivas y fisiológicas ante una situación que exige permanecer largos períodos de tiempo en el ámbito laboral, suman otros factores que intervendrían en la aparición de los síntomas del burnout, como los culturales, ocupacionales, educacionales, individuales o de personalidad.

A decir de todos estos autores el síndrome de burnout causado por el estrés laboral produce intensa tensión psicológica, este malestar que va evolucionando periódicamente hasta convertirse en enfermedad, resulta perjudicial para los individuos que la padecen, para sus

familias y para la sociedad puesto que la enfermedad consume lentamente a los profesionales, los agota y ya no pueden ser efectivos en las labores que realizan, con sus familias ni con la sociedad y serían una carga más para el sistema de salud porque se ven afectados tanto física como psicológicamente.

1.1.1.4 Definiciones da la década del 2000.

Este concepto sigue teniendo tres dimensiones, pero van de acuerdo al trabajo que realiza el afectado y son: agotamiento, cinismo y falta de eficacia profesional.

Gil-Monte P. R., (2003) cita a Gil-Monte y Peiró (2000) que según su visión psicosocial se refieren al síndrome de burnout como una secuencia en la que intervienen componentes cognitivo-aptitudinales que se refleja en la baja realización personal en el trabajo, emocionales que causan agotamiento emocional y actitudinales donde la despersonalización se manifiesta en el trabajador.

En Martínez Pérez (2010) se menciona a Ramos & Buendía (2001) y Farber (2000) que describen al síndrome de burnout como un problema de la mayoría de los ambientes laborales actuales, porque la competencia laboral exige, mayores resultados con la menor cantidad de recursos, de acuerdo con este concepto el autor identifica cuatro variables importantes que intervienen en la aparición del burnout: 1) presión de satisfacer demandas de otros, 2) intensa competitividad, 3) deseo de obtener más dinero, y 4) sensación de ser desprovisto de algo que se merece.

Buzzetti Bravo (2005) cita a Maslach, Schaufeli & Leiter (2001) quienes obtuvieron un concepto más unificado que cuenta con buena aceptación en la comunidad académica y científica, basado en el análisis factorial de resultados que obtuvieron Maslach y Jackson tras aplicar del Maslach Burnout Inventory MBI, posterior al estudio de su investigación realizaron observaciones que hacen notar 5 elementos comunes del burnout donde: 1) Hay predominio de síntomas de disforia como fatiga emocional y conductual y depresión, 2) Énfasis en síntomas mentales y conductuales, 3) El síndrome aparece únicamente en contextos laborales, 4) Los síntomas aparecen en personas sanas que no han presentado antes síntomas psicopatológicos y 5) El mal desempeño laboral es por actitudes y conductas negativas, por lo que concluyeron que el burnout es un malestar psicológico que se debe a un estresor laboral e interpersonal relacionado con tres factores que son: el agotamiento emocional, la conductas de despersonalización o cinismo hacia las personas que el profesional atiende, y, una sensación de ineffectividad o falta de realización personal.

Maicon & Gascés de los Fayos Ruiz (2010) citan a Peris, (2002) quien nombra un trastorno que se caracteriza por la sobrecarga de tareas cognitivas por encima del límite de la capacidad humana. Cuando el estrés laboral sobrepasa las capacidades cognitivo – conductuales del trabajador a la hora de afrontarlas, llega una etapa de agotamiento extremo que no permite realizar las tareas asignadas de modo correcto, además si de este bajo rendimiento ocurre un agotamiento emocional, un aumento del sentimiento de despersonalización o cinismo, y baja el sentimiento de eficacia profesional, estaríamos ante el denominado síndrome de burnout.

Quiceno & Vinaccia Alpi, (2007) refieren a Fountoulakis, Kaprinis & Kaprinis (2003) quienes definen que el burnout se ha desarrollado como un mecanismo de defensa que se manifiesta en las profesiones de ayuda.

Romero, López, & Bravo, (2013) cita a Jaoul, Kovess y Mugen (2004) ellos piensan que la confrontación entre las ideas del trabajador y su realidad laboral pueden conducir a desarrollar el síndrome de burnout.

Quinceno & Vinaccia Alpi (2007) citan a Aranda (2006) quién define a la palabra burnout cómo un término de origen anglosajón y hace referencia a quién está quemado, desgastado, exhausto y ha perdido la ilusión por el trabajo.

En la actualidad Linde, Cervantes Avalos, & Giménez, (2005) definen el síndrome de burnout como una secuencia donde: el profesional de salud se enferma en la misma medida que este sana a los pacientes.

Salanova Soria & Llorens Gumbau, (2008) citan a Maslach y Leiter (2008) mismos que hablan del burnout y su relación con las características del trabajo, incluyen alta demanda de trabajo, conflicto y ambigüedad de rol, experiencia de injusticia, falta de participación y apoyo social y baja previsibilidad.

Como se observa, la mayoría de autores de la década del 2000 hacen referencia al malestar emocional que experimentan los trabajadores que están sometidos a distintos estresores laborales, hacen referencia a la manera de reaccionar de los individuos desde su perspectiva emocional, cognitiva y aptitudinal. Cada profesional reacciona de manera diferente a los estresores de su medio laboral, esto depende del estilo de afrontamiento que

hayan desarrollado, conviene entonces, que los departamentos encargados de la salud del personal se preocupen por su bienestar tanto físico como psicológico.

1.1.1.5 Definiciones de la década del 2010 hasta la actualidad.

Maslach, Jackson et al. (2010) se refieren al agotamiento emocional como la principal manifestación del síndrome de burnout derivado del estrés que sufren las personas, se manifiesta con sensación de vacío, consumismo y exhaustividad; la despersonalización caracterizada por tomar distancia con sus compañeros de trabajo, tomando actitudes insensibles y frías; la baja realización personal se manifiesta en la calidad del servicio hacia otras personas, sintiéndose insatisfecho y con sentimientos de decepción y frustración.

Leiter & Maslach (2001) hablan sobre la equidad en reglas y procedimientos en el trabajo, es decir, que un buen ambiente laboral donde existe un entorno relajado, comunicativo, alentador, sin desigualdades, confortable y solidario ayuda a disminuir en gran medida la aparición del síndrome de burnout.

Existen modelos que explican la procedencia del síndrome de burnout desarrollados de diferentes teorías; unos elaborados a partir de la teoría sociocognitiva del yo, que enfatiza en los factores personales; otros modelos explican al burnout a partir de la teoría del intercambio social y describe las percepciones de la persona respecto a sus interacciones y otros modelos derivados de la teoría organizacional que se relaciona directamente con el ambiente laboral. (Gil-Monte & Peiró, 1999).

Una vez que se ha sintetizado el pensamiento de diferentes estudiosos podemos ver que no existe una definición unánime del síndrome de burnout, en lo que si se evidencia un consenso cuando mencionan que se trata de una respuesta al estrés laboral crónico que se desarrolla en profesionales que prestan servicios de atención a otras personas.

Resumiendo, el síndrome de burnout es un desorden emocional de carácter adaptativo, que afecta la calidad de vida del profesional que lo padece, se relaciona directamente con estresores laborales y la baja capacidad de afrontamiento del individuo a factores repetitivos y estresantes del entorno lo que se refleja en la mala prestación de servicios. Así, cada individuo en su esfuerzo por adaptarse y responder adecuadamente a las demandas y presiones de su trabajo, puede llegar a esforzarse demasiado y a lo largo del tiempo trae una sensación de cansancio extremo y se siente frustrado y quemado en el ámbito laboral, la sensación de que el rendimiento es bajo y la organización que no reconoce o incentiva el

desempeño conduce al deterioro en la calidad del servicio, ausentismo laboral, alto número de rotaciones e incluso, abandono del puesto de trabajo, en consecuencia, se mantiene la triada de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal.

1.2 Desarrollo y fases del burnout

Tras años de investigaciones y muchos profesionales implicados en el estudio del síndrome de burnout se considera importante mencionar lo siguiente:

1.2.1 Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983).

Guillén Gestoso, Gala León, & Cordeiro Castro (2002) mencionan a Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983) quienes manifiestan que a la hora de aplicar los reactivos de Maslach no se obtiene un solo puntaje general sino que puntúan por separado a cada una de las tres dimensiones del burnout, así que se puede inferir en cual puntúa en mayor y en cual puntúa en menor dimensión, entonces, consideran al cansancio emocional como el síntoma más característico en el avance de las fases del burnout y la despersonalización la menos dañina; según estudios e inventarios realizados concluyen que las profesiones más propensas a padecerlo son las que prestan servicio persona a persona por ejemplo médicos, odontólogos, enfermeros, profesores, policías, cuidadores, etc.

Dicho esto, consideran recurrir a los modelos de proceso ya que estos permiten aclarar el proceso del desarrollo del burnout porque describen los estados o etapas de evolución de cada factor que integra al síndrome.

Golembiewski y sus colaboradores realizaron un gran número de investigaciones y propusieron la existencia de ocho fases progresivas del síndrome de burnout que estarían conformadas por la combinación de los tres componentes que menciona el MBI, según el grado de afectación lo clasificaron en bajo o alto en cada subdimensión. por ejemplo: la primera fase incluye la combinación de baja dificultad en realización personal, baja despersonalización y bajo cansancio emocional, y en la octava fase se combina alta despersonalización, alta dificultad en realización personal y alto cansancio emocional, en consecuencia, encontraron que la despersonalización es la base del desarrollo del síndrome, que aparece como un mecanismo disfuncional de afrontamiento del estrés, posterior aparece la fase de disminución de la realización personal, donde la persona percibe que no da un buen servicio a la gente y en compensación trata de huir de las relaciones interpersonales es donde se produce el alejamiento, posterior aparece la fase de

agotamiento o cansancio emocional que es la más importante del burnout. (Guillén Gestoso, Gala León, & Cordeiro Castro, 2002).

Cada profesional cuando inicia su relación laboral adquiere un compromiso consigo mismo, con la organización y con los usuarios, con el paso del tiempo y cuando las condiciones del ambiente y la carga laboral son fuentes de estrés, los profesionales que no desarrollaron un buen estilo de afrontamiento experimentan la triada del burnout que son despersonalización, baja realización personal y agotamiento emocional, cuando los profesionales han adquirido el burnout disminuye su satisfacción, realización y productividad laboral.

1.2.2 Leiter y Maslach 1988.

Se refieren al síndrome de burnout como la respuesta de cada individuo a la experiencia cotidiana de ciertos estresores, en consecuencia, desarrolla progresivamente rasgos y síntomas globales del burnout, los síntomas varían mucho de persona a persona y es un causante para que haya discrepancias al momento de definir al burnout, depende a qué síntoma se le dé más importancia: al síntoma que se presenta en primer lugar, a la secuencia completa del proceso, etc. (Martínez Pérez, 2010).

1.2.3 Leiter 1993.

Este modelo procesual surge basado en el anterior y dice que el burnout aparece como una secuencia que comienza por una desigualdad entre las demandas laborales y los recursos personales para afrontarlos, lo que provocara cansancio emocional en el individuo, y en consecuencia, experimenta la despersonalización como una estrategia de afrontamiento y por último la manifestación de baja realización personal siendo el resultado de la poca eficacia para afrontar los diferentes estresores laborales, es decir que las estrategias de afrontamiento no compaginan con el compromiso exigible en el trabajo asistencial. (Martínez Pérez, 2010).

1.2.4 Lee y Ashforth 1993.

Según estos profesionales los individuos más entusiastas y dedicados son los que presentan mayor riesgo a padecer el síndrome de burnout, porque ellos presentarán una mayor disgusto y desilusión al comprobar la diferencia que existe entre lo ideal y lo real de su trabajo, Lee y Ashforth (1993), dicen que el proceso del síndrome burnout se puede entender a partir de las siguientes dimensiones estrés-tensión-afrontamiento, y, el cansancio emocional puede ser visto como una forma de tensión, mientras que la despersonalización sería una forma de afrontamiento, (citado en Marente A, 2006).

1.2.5 Gil-Monte, Peiró y Valcárcel 1995.

Las cogniciones de las personas se relacionan con sus conductas y percepciones y las cogniciones cambian por las conductas y por la acumulación de consecuencias observadas, por tanto, lo que el sujeto piense de sí mismo influye en sus capacidades y determinará el empeño y esfuerzo para conseguir sus reacciones emocionales y sus objetivos, por esto, Gil-Monte y Varcácel están de acuerdo con los tres componentes del burnout, pero sugieren que se relacionan de diferente manera; ellos piensan que los trabajadores experimentan una falta de realización personal e incremento de cansancio emocional, en consecuencia a esto sería la despersonalización, entonces, el síndrome de burnout sería una respuesta, como efecto de la valoración secundaria a la poca eficacia del afrontamiento, al estrés laboral. (Martínez Pérez, 2010).

Si bien, todos los estudiosos que se ha mencionado en la presente investigación concuerdan en que el síndrome de burnout se compone por tres dimensiones, baja realización personal, agotamiento emocional y despersonalización, la diferencia entre ellos radica en el orden en que se presente cada una, como se desarrolla la aparición del síndrome de burnout, que antecedentes y que consecuencias trae para los profesionales y qué relación hay entre las dimensiones del síndrome. Ninguno ha obtenido evidencias de los enunciados que han hipotetizado.

1.3 Consecuencias Del Burnout

Las consecuencias que trae el síndrome de burnout son diversas, causadas por la creciente globalización de la economía, el desarrollo tecnológico y los profundos cambios sociales, demográficos, políticos y culturales van logrando transformaciones en el mundo laboral, esto afecta principalmente el individuo que está expuesto a diario, a su entorno sociocultural y a la organización. (Fundación científica y tecnológica, 2011).

Según Gil-Monte (2003) las consecuencias del burnout se sitúan en dos niveles que son consecuencias para el individuo y consecuencias para la organización.

Como se ha mencionado en párrafos anteriores, a más de las consecuencias personales, socioculturales y para la organización, el síndrome de burnout en un profesional de la salud afecta directamente a su núcleo familiar, la base importante de la sociedad.

1.3.1 Consecuencias en la salud en profesionales de la salud.

Dentro de las consecuencias para el individuo encontramos cuatro categorías que son:

- Índices emocionales: donde el que lo padece usa mecanismos de distanciamiento emocional, tiene sentimientos de soledad, de alienación, ansiedad, impotencia y de omnipotencia.
- Índices actitudinales: el individuo desarrolla actitudes negativas, cinismo, apatía, hostilidad y suspicacia.
- Índices conductuales: enfado frecuente, aislamiento, agresividad, cambios bruscos de humor, irritabilidad y gritar con frecuencia.
- Índices somáticos: puede presentar alteraciones cardiovasculares como dolor precordial, palpitaciones, hipertensión, problemas respiratorios, problemas inmunológicos, problemas sexuales, problemas musculares, problemas digestivos y alteraciones del sistema nervioso. (Gil-Monte, 2003).

1.3.2 Consecuencias en el trabajo en profesionales de la salud.

Gil-Monte (2003) identifica las siguientes consecuencias:

- Deterioro de la calidad asistencial.
- Baja satisfacción laboral.
- Elevado ausentismo laboral.
- Abandono de la organización o del puesto de servicio.
- Baja de interés y esfuerzo por cumplir los requerimientos de la organización.
- Frecuentes conflictos interpersonales.
- Baja calidad laboral.

Mientras la Fundación Científica y Tecnológica (2011) sugiere los siguientes:

- Aumento de rotación y absentismo (Parker y Kulik, 1995).
- Menor compromiso organizacional (Hakanen et al., 2008).
- Comportamientos violentos (Kop et al., 1999).

1.3.3 Consecuencias en la familia en profesionales de la salud.

La gran presión del profesional que siente en su trabajo se traslada con él hasta su casa, la persona se vuelve impaciente, con sensación de impotencia, odio, cansancio, reacciona con gritos, rabia, cambios de ánimo repentinos, apatía o indiferencia hacia sus seres queridos, por lo general la persona que lo padece no está consciente de su trastorno, pueden intentar quitarse la vida o conseguirlo.

En vista de que el síndrome de burnout afecta al profesional sanitario en dimensiones tanto físicas como psicológicas, es importante para las organizaciones contar con departamentos que se dediquen principalmente a prevenir y tratar de manera temprana la aparición del síndrome de burnout con el objetivo de generar un buen ambiente laboral, reducir estresores y mejora siempre de la calidad de atención que brindan sus trabajadores.

1.4 Modelos explicativos del burnout

Al síndrome de burnout se lo ha estudiado desde diferentes perspectivas, debido a que tiene origen en diversas causas, marcado por distintos antecedentes y existen varios factores implicados lo que origina múltiples modelos para explicarlo.

Para explicar estos modelos se recogen las ideas de Alfred Bandura, Gil-Monte & Peiró (1999), quienes clasifican a los modelos etiológicos en las siguientes líneas de investigación; Modelos basados en: la teoría sociocognitiva del yo, la teoría del intercambio social, la teoría organizacional, la teoría del proceso y teoría estructural.

1.4.1 Modelos basados desde la teoría sociocognitiva.

Martínez Pérez (2010) dice que las causas más importantes para quemarse en el trabajo son dos: primero que las cogniciones influyen en la realidad percibida y se modifican por las consecuencias y efectos observados, y segundo, el empeño para conseguir los objetivos y las consecuencias emocionales de las acciones las determina el sujeto y su autoconfianza.

1.4.1.1 Modelo de competencia social de Harrison (1983).

Se basa en la competencia y eficacia que el sujeto percibe que son variables relevantes para el desarrollo del síndrome, cree que gran parte de los trabajadores empiezan con una gran motivación de ayudar a los demás, una vez en su área de labores se encuentran con una serie de factores que servirán de ayuda o de barrera, estos influirán en la eficacia del trabajador, en consecuencia, si hay factores benéficos el trabajador y su autoeficacia se verá motivado y habrá buenos resultados para la organización por su buen desempeño, por lo contrario, si hay factores que impidan el logro del trabajador, su eficacia disminuye y si es persistente en el tiempo aparecerá el síndrome de burnout, Gil-Monte & Peiró (1999) (citado en Martínez Pérez, 2010).

El modelo de competencia social pone de actor principal para la adquisición del burnout al propio individuo, quién a través de sus buenas o malas experiencia en el ámbito laboral es

propenso a sufrir estrés laboral crónico y en consecuencia desarrollar o no el síndrome de burnout.

1.4.1.2 Modelo de autoeficiencia de Chernis (1993).

Cuando un sujeto consigue con éxito sus metas aumenta la autoeficacia percibida, la no consecución lo lleva a una disminución de dicha autoeficacia haciendo sentir un fracaso psicológico, es decir, disminución de autoeficacia percibida y posterior desarrollo del síndrome. Las personas con fuertes sentimientos de autoeficacia tienden a ser más resistentes a los fracasos y en consecuencia no desarrollan el síndrome de burnout, pues tienen métodos de afrontamiento más positivos. (Martínez Pérez, 2010).

Los métodos de afrontamiento que hayan desarrollado los profesionales sanitarios a lo largo de su vida y adquirido a través de sus experiencias son determinantes a la hora de afrontar situaciones de estrés laboral, ya que las experiencias y aprendizajes se acarrearán desde la infancia, depende entonces, de cómo los profesionales reaccionen a su entorno estresante para desarrollar o no desarrollar el síndrome de burnout.

1.4.1.3 Modelo de Pines.

Este es un modelo motivacional, puesto que plantea que solo sufren de síndrome de burnout aquellas personas motivadas y con altas expectativas, se da cuando las personas colocan su sentido existencial en su trabajo y fracasan, generalmente basado en tareas humanitarias, cuando un trabajador fracasa baja su motivación y se manifiesta con estrés, alienación, fatiga, depresión y si persiste en el tiempo desarrolla el síndrome de burnout. (Martínez Pérez, 2010).

Según manifiesta este modelo las personas más entusiastas y motivadas a desempeñar un buen rol en su trabajo y que sufren algún tipo de fracaso son los que mayormente tienen tendencia a desarrollar el síndrome de burnout, sería comprensible entonces, que los profesionales jóvenes son los más propensos a adquirir burnout, por su entusiasmo a la hora de presentarse a sus primeros trabajos y cuando se ven frustrados, su sensación valía disminuye y si esto persiste desarrollan la enfermedad.

Estos modelos basados en la teoría sociocognitiva se centran en el individuo y su autoeficiencia, autoconfianza y autoconcepto, cuando estos se ven amenazados existe el riesgo de padecer síndrome de burnout, dependiendo de las cogniciones del individuo respecto al ambiente laboral si son favorables o desfavorables para contribuir al desarrollo

del síndrome. Otros factores determinantes son las reacciones emocionales de los individuos, la competencia y la autoeficacia percibida, si el ambiente laboral es favorable o estimulante no se desarrollan síntomas del síndrome, por el contrario si existen barreras como sobrecarga laboral o conflictos interpersonales disminuyen los sentimientos de autoeficacia, autoconfianza y autoconcepto y pueden originar la aparición del burnout.

1.4.1.4 Modelo de autocontrol de Thomson, Page, Cooper (1993).

Para ellos la autoeficacia es la parte fundamental en el desarrollo del burnout, proponen cuatro factores que son: a) Discrepancia entre las demandas de la tarea y los recursos del sujeto, b) Nivel de autoconciencia, c) Expectativas del éxito personal y d) Sentimientos de autoconfianza. Plantean que posterior a repetidos fracasos en la consecución de metas laborales y un nivel alto de autoconciencia más las diferencias que el sujeto percibe entre demandas y recursos y el pesimismo, tiende a usar estrategias de afrontamiento y retirada conductual o mental de la situación amenazadora, aquí es donde aparece la despersonalización para reducir las discrepancias percibidas. (Martínez Pérez, 2010).

Una diferencia entre los modelos de competencia social y el modelo de autocontrol de Thomson es que en el primero la autoeficacia percibida es la variable dependiente para el desarrollo del síndrome, no en el segundo modelo, porque es la autoconfianza profesional la que determina si se desarrolla o no el síndrome. (Gil-Monte & Peiró, 1999).

1.4.2 Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social.

Estos modelos se basan en el planteamiento de que cuando la persona establece relaciones interpersonales hay un proceso de comparación social, así se generan percepciones de desigualdad o falta de ganancia y aumenta el riesgo de desarrollar el burnout, los siguientes son modelos elaborados desde la teoría del intercambio social.

1.4.2.1 Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli (1993).

Inició en un contexto de desarrollo de burnout en enfermeras/os, explican que no buscan apoyo social de sus compañeros cuando se enfrentan a situaciones estresantes por miedo a ser catalogados como incompetentes. Estos profesionales participan en un proceso de intercambio social con los pacientes y ponen énfasis en los procesos de afiliación y tienden a compararse con sus compañeros de trabajo. Buunk y Schaufeli (1993), (citados en Martínez Pérez, 2010) proponen la existencia de tres fuentes de estrés relacionados en los procesos de intercambio social y son: a) La incertidumbre, b) La percepción de equidad y c) la falta de control; la primera hace referencia a la falta de claridad sobre los pensamientos y

sentimientos propios, la segunda al equilibrio que debe existir entre lo que se da y lo que se recibe, y la tercera, habla sobre la capacidad del trabajador para controlar los resultados de sus acciones laborales.

Si bien, cada profesional de la salud se compara con sus homólogos discretamente, no son capaces de expresar sus sentimientos abiertamente, esto puede acarrear sensaciones de desesperación e inferioridad al sentirse por debajo de las capacidades físicas o cognitivas, si esto se alarga en el tiempo trae a flote la aparición de los primeros signos del burnout.

1.4.2.2 Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freddy (1993).

Es una teoría motivacional, se basa en la motivación del servidor para el desempeño de sus funciones, cuándo ésta se ve amenazada lo lleva a un estado de estrés, que se puede convertir en burnout; entonces esta teoría sugiere que para reducir el síndrome es necesario aumentar los recursos de los empleados y eliminar la vulnerabilidad a perderlos, también es necesario ayudar a cambiar las percepciones y cogniciones a fin de minimizar los niveles de estrés percibido y, en consecuencia, el burnout. Dicho esto, los autores sugieren uso de estrategias de afrontamiento activo con el fin de prevenir el burnout. (Martínez Pérez, 2010).

La motivación tiene un papel importante a la hora de adquirir el síndrome de burnout, debiendo recalcar que también es importante los métodos de afrontamiento que tengan los profesionales, si existe un equilibrio entre estas variables podemos decir que un profesional sanitario será más resistente que otros a adquirir el burnout.

Los modelos basados en la teoría del intercambio social proponen que el origen del síndrome de burnout parte de la percepción de los individuos de la existencia de desigualdad y falta de ganancia que perciben frente a la comparación social que hacen frente a sus pares, cuando desarrollan relaciones de intercambio como ayuda, agradecimiento o reconocimiento y sienten que no son retribuidos pese a su esfuerzo, cuando no pueden resolver la situación y adaptarse padecen el síndrome de burnout.

1.4.3 Modelos desarrollados desde la Teoría Organizacional.

Se basan en los estresores del contexto de la organización y en las estrategias de afrontamiento del trabajador ante el síndrome de burnout. Las principales variables que se implican en la aparición del síndrome son: funciones del rol, estructura, apoyo percibido, clima, la estructura y cultura de la organización, junto a la forma de afrontamiento del

individuo. Entonces, las causas de aparición del burnout dependen del tipo de la estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social. (Martínez Pérez, 2010).

1.4.3.1 Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1998).

Se basa en el tiempo y en su progresión secuencial, donde si ocurre un hecho causa que se desarrolle otro, al decir esto, si hablamos de la despersonalización como primera etapa del síndrome de burnout, la realización personal disminuida será la subsecuente y posterior el agotamiento emocional, en consecuencia, el resultado de esta evolución será el burnout desarrollado. (Martínez Pérez, 2010).

El presente modelo de fases menciona que el síndrome de burnout se desarrolla progresivamente, cuando un individuo está expuesto a algún tipo de estresor laboral crónico aparece como primera fase la despersonalización, donde el sujeto siente su valía disminuída, la segunda fase aparece la disminución de la realización personal, donde el profesional siente que su labor no es fructífera y la tercera fase que es el agotamiento emocional producto de los sentimientos que la acarrearán las dos fases anteriores, cuando el sujeto se siente frustrado y puede expresarlo de maneras bastante negativas.

1.4.3.2 Modelo de Winnubst (1993).

Winnubst piensa que la cultura de la organización la determina su estructura y que los antecedentes del burnout variarán de acuerdo al tipo de apoyo social percibido y a la cultura organizacional, así, si está relacionado el apoyo social y la cultura organizacional, afecta directamente la percepción del sujeto respecto a la estructura, entonces, esta es una variable indispensable en la que habrá que intervenir a la hora de prevenir y disminuir los niveles de burnout. (Martínez Pérez, 2010).

Este modelo centra su atención en el ambiente laboral, es un punto de vista muy interesante ya que no hace referencia tanto al profesional sanitario, sino, al ambiente laboral que ofrece la organización, uno de los pocos modelos que sugiere que hay que centrar la atención en el tipo de ambiente laboral que ofrece la institución a sus trabajadores.

1.4.3.3 Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993).

Este modelo sugiere que las condiciones de burnout se dan en un enfoque transaccional del estrés laboral, que es un acontecimiento particular y se dan en profesionales que prestan atención humanitaria y que la dimensión principal de este síndrome es el agotamiento emocional y la despersonalización estaría considerada como una respuesta de

afrontamiento, la baja realización personal sería el resultado de la evaluación cognitiva del sujeto al estrés del entorno laboral al que se enfrenta. Cox, Kuk y Leiter toman en cuenta otro antecedente en cuanto a la organización y lo denominan “salud de la organización”, se refiere la coherencia e integración que debe existir en los sistemas sicosociales de la organización. (Martínez Pérez, 2010).

Este modelo relaciona tanto a los profesionales de la salud como a los ambientes laborales que ofrece la organización, manifiesta que el síndrome de burnout puede aparecer en los profesionales cuando existe un estado no equilibrado entre el ambiente laboral de la organización y los métodos de afrontamiento de los trabajadores.

En general, los modelos provenientes de la teoría organizacional hacen referencia al entorno laboral donde se desempeña el individuo, a las ambigüedades de rol, a la falta de salud organizacional, al clima y estructura de la organización, cuando el contexto organizacional y las estrategias de afrontamiento de los trabajadores son negativos, aparecen los síntomas del burnout.

1.4.4 Modelos Sobre el Proceso del Síndrome de Burnout.

Los modelos sobre el proceso se centran en el sujeto, en su forma de afrontar los estresores, la evolución hasta padecer el síndrome de burnout.

1.4.4.1 Modelo tridimensional del MBI – HSS (Maslach y Jackson).

El modelo tridimensional del MBI – HSS tiene como su principal representante a Maslach en el año de 1982 partiendo de su teoría de la tridimensionalidad de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo, donde propuso el Maslach Burnout Inventory, que el reactivo psicométrico más usado en todo el mundo para la medición de cada uno de sus factores. De acuerdo a este modelo se considera que los aspectos cognitivos, la baja realización personal, emocional, el agotamiento emocional y actitudinales como la despersonalización tienen influencia en el riesgo y padecimiento del síndrome de burnout. (Quiceno & Vinaccia Alpi, 2007).

Para que los síntomas del burnout aparezcan hace falta que los mecanismos de afrontamiento de los individuos decaigan a causa estresores laborales permanentes y, a medida que se hacen crónicos, los mecanismos de defensa de los trabajadores fallan y así se manifiesta el síndrome, padecimiento que cuando no es identificado y tratado con el

tiempo incrementa en gravedad trayendo consigo los peores resultados del desempeño en los trabajadores.

1.4.4.2 Modelo de Edelwich y Brodsky (1980).

En 1980 los autores de este modelo describieron al burnout como un proceso de desilusión o de desencanto hacia la actividad laboral y se daría en un proceso de cuatro fases; a) entusiasmo, b) estancamiento, c) frustración y d) apatía. Proponen que el trabajador utiliza mecanismos de defensa para resistir a la frustración que le produce su entorno laboral (Quiceno & Vinaccia Alpi, 2007).

Para este modelo el claro ejemplo es el médico joven y entusiasta que consigue su primer empleo y anhela empezar a trabajar y ayudar a sus pacientes, lo hace así durante un tiempo y posterior sus relaciones interpersonales decaen y ya no se siente gratificado, su trabajo no es reconocido por la organización a la que pertenece, seguidamente si las condiciones persisten siente frustración y por último ya no le interesa si hace bien o no su trabajo, esto sucede porque los mecanismos de defensa del joven trabajador no resisten la presión de su entorno laboral , en consecuencia, se manifiestan los síntomas del burnout.

1.4.4.3 Modelo de Prince y Murphy (1984).

Los autores describen al burnout como un proceso de adaptarse a situaciones laborales donde hay estrés, refieren que el trabajador atraviesa por seis fases y presentan los siguientes síntomas; a) Desorientación, b) Labilidad emocional, c) Culpa debido al fracaso emocional, d) Soledad y tristeza, si el individuo busca recuperación llega a la fase de e) Solicitud de ayuda y f) Equilibrio. (Quiceno & Vinaccia Alpi, 2007).

Como podemos ver cada autor pone de manifiesto diferentes causas o caminos por los que los profesionales de la salud podrían llegar a experimentar el síndrome de burnout, todo este proceso depende de cada persona y el rumbo que le vaya dando a su situación emocional de acuerdo a los estresores laborales que se le presenten, como se ha manifestado más arriba, los estilos de afrontamiento que han desarrollado los profesionales a lo largo de su vida determinan que estos sean más o menos vulnerables a adquirir la enfermedad del síndrome de burnout.

1.4.5 Modelo de la Teoría Estructural.

En la teoría estructural se toma en cuenta los procesos personales, impersonales y de la organización, se rige en modelos transaccionales, mismos que sugieren que el estrés

proviene de una falta de equilibrio entre la percepción de las demandas del individuo y su capacidad de respuesta. (Gil-Monte & Moreno Jimenez, 2005).

Este modelo de la teoría estructural hace referencia tanto al individuo como a la organización y a las relaciones interpersonales, manifiesta que cuando el individuo no es capaz de afrontar eficazmente los estresores laborales de la organización y cuando no mantiene relaciones interpersonales sanas, con el paso del tiempo el malestar crónico hace que los mecanismos de afrontamiento del individuo cedan y el síndrome de burnout haga su aparición en el trabajador, generando innumerables consecuencias tanto personales como institucionales, sociales y familiares.

1.4.6 Modelo de Gil-Monte.

Este modelo explica el síndrome de burnout, tomando en cuenta los factores organizacionales, personales y las estrategias de afrontamiento del sujeto. (Martínez Pérez, 2010).

Gil-Monte & Moreno Jimenez (2005) citan el modelo estructural sobre la teoría del proceso que elaboraron Gil-Monte, Peiró y Varcácel (1995) donde hablan sobre la etiología, proceso y consecuencias del síndrome de burnout, que es conceptualizado como un proceso de respuesta al estrés que genera un entorno laboral lleno de conflicto y ambigüedades de rol, se da después de un proceso de evaluación cognitiva y cuando las estrategias de afrontamiento del individuo no son suficientes para afrontar el estrés que percibe en su ambiente laboral.

Aquí se entiende al síndrome de burnout como resultado de la combinación de un ambiente laboral lleno de factores estresantes y un rol de trabajo no bien definido, donde un individuo no puede dar una respuesta adecuada para superarlos, así la evaluación cognitiva que da a la situación no es favorable y al no haber desarrollado buenos procesos de afrontamiento sus sentimientos positivos son desfavorables y experimenta la triada del síndrome de burnout que se manifiesta con baja realización personal, despersonalización y agotamiento emocional.

1.5 Prevalencia del Burnout

Según lo citado en los apartados anteriores el síndrome de burnout prevalece en profesionales que prestan atención sanitaria y que están en contacto directo con los usuarios del servicio, si decimos que hay gran cantidad de servidores laborando en el área

de salud se puede inferir que la afectación por el síndrome es alta, otros factores que afectan son el tener alto entusiasmo inicial, no tener apoyo ni refuerzo de parte de la organización, la edad del empleado también es un factor que predispone a contraer el burnout ya que se presenta por lo general en los trabajadores jóvenes, otro factor que predispone a sufrir burnout es el nivel de educación, mientras más preparada esté una persona se asocia más al cansancio emocional y si se habla de las relaciones personales las personas con parejas estables tienen menos probabilidad de verse afectadas por el síndrome que las solteras, viudas o divorciadas.

1.6 Importancia del Estudio del Burnout

Acevedo, Figueroa (2014), (cita a Díaz, Horcajo & Valle 2007) quienes demostraron el impacto del síndrome de burnout en trabajadores del área sanitaria, quienes aparentemente no se sienten amenazados por el estrés, sin embargo han construido barreras a manera de mecanismos de defensa, con el fin de afrontar la presión de su ambiente laboral, manifiestan que los que detectan los pequeños cambios en torno a la variación de carácter del trabajador son precisamente las personas más cercanas, con las que conviven diariamente como son sus hijos, sus familiares y amigos, al no ser tratados oportunamente, porque no se ha detectado la enfermedad, al poco tiempo aparecen síntomas más serios como ansiedad, depresión, insomnio, cambios de apetito, ira, agresividad, disfunciones sexuales, etc.

Por tal motivo es evidente la importancia del estudio de las causas y consecuencias que provoca el síndrome de burnout en los profesionales, para poder detectar a tiempo la presencia de los primeros signos y síntomas del burnout y saber cómo tratarlo para asegurar el bienestar del afectado, de su familia, de su entorno social y laboral, así como como el de la organización y las personas que reciben su servicio.

1.7 Variables Asociadas al Burnout

El síndrome de burnout se adquiere a través de un proceso, en forma creciente, una vez que el sujeto no puede confrontar ciertos estresores y evoluciona con el tiempo hasta concebir los síntomas del síndrome, las causas son diversas y se explican a continuación.

1.7.1 Variables Individuales.

Edelwich & Brodsky (1980), (citados en Ciancaglini, 2006) refiere que el síndrome de burnout aparece cuando el trabajador tiene un deseo de cambiar la vida de otro y este deseo se ve frustrado, dicen también que iniciar un trabajo con gran entusiasmo, baja

compensación salarial, no tener refuerzo de la institución, el uso no adecuado de recursos y ser empleado joven incrementa la probabilidad de desarrollar el síndrome.

Ciancaglini Zimmermann (2006), (citado en Manzano, 1998) quien habla sobre el nivel de educación de los profesionales que afecta al cansancio emocional y que el estado civil también influye, las personas casadas o con parejas estables son menos vulnerables que aquellas que no tienen relaciones amorosas estables y argumenta que, a mayor número de hijos, mayor nivel de estrés ocupacional. También menciona a los investigadores Vega y Pérez (1999) que confirman la relación que existe entre las horas de ocio diario y el nivel de burnout percibido, a mayor tiempo de descanso menor desarrollo del síndrome, a mayor disposición al burnout incrementa el consumo de sustancias tóxicas y estupefacientes.

Los tipos de personalidad de cada profesional influyen al momento de utilizar estrategias de afrontamiento al estrés, son llamadas estrategias de carácter activo, actúan modificando la percepción de un estresor y visualizándolo como una oportunidad, así mismo, hay más posibilidades de búsqueda de apoyo social y desarrollo de estilos de vida saludables, las tres características de este grupo de profesionales son el compromiso, el control y el reto. El compromiso identifica a la persona con lo que hace, reconoce sus propios valores y asegura su comportamiento y relaciones interpersonales, el control hace referencia a la seguridad que tiene el sujeto de intervenir y cambiar el curso de ciertos acontecimientos para su propio beneficio y el reto, cuando la persona percibe el cambio como una oportunidad para mejorar su situación actual. (Ciancaglini Zimmermann, 2006).

Una vez más se hace referencia a los factores personales como los estilos de afrontamiento de los profesionales de la salud que son importantes a la hora de estar expuestos a estresores laborales, sea cual fuere la fuente, si tienen disposición emocional positiva no se verán afectados, pero si los estresores son recurrentes y su esfuerzo no se ve recompensado por la organización, más aun si los trabajadores son jóvenes entusiastas, la motivación irá descendiendo y con el paso del tiempo los primeros síntomas del burnout harán su aparición, afectando a todo un círculo social y organizacional.

1.7.2 Variables Sociales.

La forma en que se relacionan las personas fuera y dentro del entorno laboral puede aumentar o disminuir las fuentes potenciales de estrés, hablando de factores positivos en el entorno laboral están las buenas relaciones sociales y apoyo social, este último, tanto percibido como recibido es un importante moderador del estrés, del estrés laboral y del

burnout. Manassero (2003) y Hombrados (1997), (citados en Ciancaglini Zimmermann, 2006) mencionan que en general la falta de apoyo social es un factor de estrés hasta para acentuar a otros estresores, modifica las estrategias de afrontamiento y las percepciones, cuando se percibe apoyo, por el contrario, mejora las estrategias de afrontamiento, el estado de ánimo, la motivación y autoestima de las personas. También menciona la influencia y características de las variables sociales en el desarrollo del síndrome de burnout y los clasifica en ambientes sociolaborales y extra-laborales, se describen a continuación.

1.7.2.1 Variables Sociolaborales.

Las variables sociales se refieren a las relaciones interpersonales en el entorno laboral, si se desarrollan en forma negativa son un desencadenante considerable al estrés, se da generalmente donde existe densidad social en el lugar de trabajo, esto contribuye a la insatisfacción laboral y disminución de la comunicación, las relaciones se deterioran por la falta de confianza y apoyo social, este último tiene un papel esencial en un grupo de trabajo para reducir y prevenir el burnout. (Ciancaglini Zimmermann, 2006).

1.7.2.2 Variables Sociales Extra – Laborales.

Son las relaciones que genera la persona fuera del trabajo, se dan con la familia y amigos, se consideran las relaciones más importantes porque funcionan como apoyo y permiten al sujeto sentirse querido, valorado y cuidado. Repeti (1998) y Buendía (1998), (citados por Ciancaglini Zimmermann, 2006) han escrito que el apoyo familiar y del hogar reduce los estresores menores de la vida diaria, pero se debe tener presente los casos particulares en los que uno de los cónyuges debe viajar permanentemente y por períodos prolongados, esto generaría una carga de estrés adicional.

1.7.3 Variables organizacionales.

En torno a la organización se encuentra la mayor causa de riesgos y estresores para el trabajador, se puede mencionar la alta demanda laboral, el control, el entorno físico como la iluminación, temperatura, los aspectos temporales de la organización, el desempeño del rol, la seguridad percibida, las políticas de la organización, las relaciones interpersonales laborales, etc. (Martínez Pérez, 2010).

Existe dos características de variables organizacionales:

1.7.3.1 Variables Cualitativas.

Ciancaglini Zimmermann (2006), (citado en Martínez Pérez, 2010) quienes hablan del tipo y contenido de las tareas laborales como la naturaleza y complejidad de las demandas laborales. De los estudios realizados en profesionales cuyos trabajos se relacionan con riesgos y peligros muy superiores a otros como bomberos, policías, y, los efectos repetitivos como los operadores industriales, se asocia con insatisfacción, ansiedad y problemas somáticos, en resumen, el grado de peligro ambiental, la presión y la excesiva responsabilidad son estresores potenciales.

1.7.3.2 Variables Cuantitativas.

Tienen que ver con la carga laboral, jornada de trabajo en horas, período de descanso, presión sobre la productividad, trabajos nocturnos, altas rotaciones, largas jornadas de trabajo, se relacionan positivamente con las horas de sueño y períodos de ocio, ajuste cardíaco, quejas de salud, satisfacción laboral, rendimiento cognitivo y accidentes laborales, en consecuencia, incrementa el riesgo de contraer el síndrome de burnout. (Ciancaglini Zimmermann, 2006).

Tanto la carga laboral como el exceso de trabajo disminuyen la eficiencia del individuo, así mismo la sobrecarga laboral objetiva y presión horaria bajan el rendimiento cognitivo, aumentan el malestar afectivo e incrementa la reactividad fisiológica, en cambio, los niveles moderados en estos mismos componentes dan buenos resultados a la organización, el uso y desarrollo de habilidades y capacidades en el trabajo sin llegar al exceso promueven la satisfacción laboral.

Basado en todo lo dicho en los párrafos anteriores existe la posibilidad de uso y desarrollo de habilidades y capacidades en el trabajo, que sin llegar al exceso, promueven la satisfacción laboral y se concluye que en general un trabajo activo con alta demanda y alto control promueve nuevas habilidades y conductas de afrontamiento, y se recomienda analizar las preferencias personales y recursos personales en relación con las demandas del puesto de trabajo cuando se trata de prevenir el estrés laboral.

CAPITULO II
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

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, durante el año 2016-2017.

2.1.1 Objetivos específicos.

- Conocer el ambiente laboral y sociodemográfico de los participantes de la investigación.
- Identificar el síndrome de burnout y la dimensión que más afecta en cada participante.
- Evaluar su estado emocional y el estado de salud mental.
- Determinar el tipo de afrontamiento que usa cada participante con respecto a estresores de su entorno.
- Conocer la red de apoyo social y familiar que el participante dispone habitualmente.
- Evaluar los factores de personalidad de cada participante que colaboró con la encuesta.

2.2 Preguntas de investigación

¿En qué ambiente laboral y sociodemográfico se desempeñan los participantes de la investigación?

¿Qué dimensión del síndrome de burnout (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal) afecta más a los profesionales encuestados?

¿Qué estado de salud mental y emocional presentan los profesionales de la salud investigados?

¿Qué tipos de afrontamiento utilizan los profesionales de la salud con respecto a estresores ambientales?

¿Cuentan los evaluados con redes de apoyo social y familiar?

¿Qué factores de personalidad predominan en la muestra de investigación?

2.3 Contexto de la investigación

Esta investigación se desarrolló con la ayuda de médicos y enfermeras que laboran en una entidad pública ubicada en el centro norte de la ciudad de Ibarra, donde sus profesionales prestan servicios de salud según la misión de la casa de salud lo indica: con calidad y

calidez en un ambiente de atención especializada, a través de sus múltiples servicios como emergencia, quirófanos, medicina interna, cirugía, traumatología, pediatría, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas vigentes, en el marco de la justicia y la equidad social.

2.4 Diseño de la investigación

Por la numerosa cantidad de profesionales que laboran en esta casa de salud pública se ha optado por realizar un estudio exploratorio ya que en el marco del síndrome de burnout no se ha realizado estudios anteriores en este lugar. Mediante muestreo aleatorio simple, se busca hacer una recopilación de datos que prueben la incidencia del síndrome de burnout en profesionales, médicos y enfermeras de la institución pública de salud a la que se investigó. Estos datos que podrían servir de referente para futuras investigaciones; como apoyo para esta investigación se cuenta con abundante bibliografía que se ha realizado sobre el tema en profesionales de otros centros de atención sanitaria, especialmente fuera de nuestro país, por ejemplo, del tema hablan autores como González Gallego (2015), Albaladejo, y otros (2004) y Alvarez, Arce, Barrios , & Sánchez (2005).

Para obtener los datos de esta investigación exploratoria se aplica una batería con seis cuestionarios específicos, donde cada participante emite su respuesta según su experiencia, vivencia o situación, se obtiene los resultados de cada reactivo y se procede a la tabulación con el fin de poder relacionarlos y sacar las conclusiones más relevantes.

Se aplicó un método de investigación cuantitativo porque las respuestas de cada test son medibles y a la hora de tabular nos permite obtener resultados fiables en cada test, evitando al máximo que exista sesgo en la información y en resultados posteriores, estos resultados se los puede observar más adelante en el apartado de análisis de datos.

2.5 Muestra

Para efectos de la presente investigación se contó con la participación de 40 profesionales de la salud, 20 médicos y 20 enfermeras y en el proceso de selección y depuración de datos se obtuvo que el personal idóneo para participar de la investigación y que cumplen con criterios para inclusión de muestra fueron 19 médicos y 20 enfermeras de la institución pública de la ciudad de Ibarra en la que se realizó el estudio.

Cada participante fue informado previamente sobre el contenido de la batería y que sus fines eran netamente educativos, que se respetaría su derecho de confidencialidad y de ser necesario se le proporcionaría en lo posterior los resultados de su test.

Para hacer el proceso más formal el departamento jurídico de la institución elaboró un contrato de confidencialidad, en el que se estipulan cláusulas de compromiso y para salvaguardar a las partes tanto personal investigado como al que realiza la investigación, así también, el fin de preservar la integridad y el prestigio institucional, se procede a firmar el acuerdo entre la máxima autoridad y el personal autorizado que participará realizando la entrevista a los profesionales de la salud, mencionado contrato se puede encontrar en las primeras hojas del block de recolección de datos que se hizo llegar a la UTPL en su debido momento.

2.5.1 Criterios de inclusión.

Personal, médico o enfermera, ejerciendo la profesión al momento de la aplicación de la batería, con un mínimo de un año de experiencia profesional, estar de acuerdo en participar en la investigación y firmar el consentimiento informado.

2.5.2 Criterios de exclusión.

No tener el tiempo mínimo de experiencia profesional, no tener el título de médico o enfermera, no laborar en la institución pública objeto de la investigación, no firmar el consentimiento informado.

2.6 Procedimientos

Se elaboró y presentó al gerente del hospital público de la ciudad de Ibarra, una solicitud de recolección de datos en profesionales de la salud (médicos y enfermeras) que laboran en la institución.

Se obtuvo la autorización y se firmó un convenio de confidencialidad entre la institución y su representante legal y la persona responsable de la recolección de datos.

Se coordinó con la máxima autoridad de la entidad pública la fecha de inicio y finalización de la recolección de datos.

Se procedió a seleccionar aleatoriamente a médicos y enfermeras que pudieran colaborar con el llenado de la batería y se procedió a brindar información sobre el contenido de la misma, así mismo, se procedió a obtener la firma del consentimiento informado.

Una vez culminada la recolección de datos se procedió a clasificar las baterías y separar las que no cumplían con los criterios de la investigación, tales como, médicos o enfermeras que

no cumplen con el mínimo de experiencia requerido, que no hayan firmado el consentimiento informado, que llenen más de los casilleros señalados, etc.

2.7 Instrumentos

Para obtener datos más confiables se ha utilizado una batería que consta de seis test que miden ambiente laboral y sociodemográfico, síndrome de burnout en sus tres dimensiones, estado emocional y de salud mental de los participantes, tipos de afrontamiento que usan, apoyo social y familiar que disponen y factores de personalidad de los participantes en la investigación.

2.7.1 Cuestionario sociodemográfico y laboral.

Es el primer cuestionario que resolverá el participante en el que se pretende obtener información personal como: género, edad, lugar de residencia, etnia con la que se identifica, número de hijos, situación económica, profesión, años de experiencia laboral, jornadas diarias de trabajo, tipo de contrato laboral que dispone, porcentaje de pacientes que atiende diariamente y si esto representa un riesgo para su salud. El cuestionario también indaga sobre cómo percibe el profesional de la salud a su empleador o institución en la que labora, en cuanto a la facilidad que le presta para desarrollar sus labores, así también, cuán valorado y satisfecho se siente el profesional en su trabajo.

2.7.2 Maslach burnout inventory (MBI).

Se aplicó el Maslach, C y Jackson, (1981) una versión española de Seisdedos (1997) que evalúa al síndrome de burnout en sus tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, consta con seis opciones de respuesta donde cada participante ubica la respuesta según su situación actual.

El MBI consta de 22 enunciados en total destinados a medir las tres dimensiones del burnout, se distribuyen así: 8 ítems para evaluar realización personal en el ámbito laboral y su puntuación máxima es de 48; 9 ítems que miden el agotamiento emocional, su puntuación máxima es 54; y, 5 ítems para medir despersonalización, su puntuación máxima es 30 (Gil Monte, 1999).

2.7.3 Cuestionario general de salud mental de Goldberg (GHQ-28).

En sus 28 enunciados, identifica problemas psiquiátricos menores, psicosociales y estado de salud mental, relacionándolos con factores estresantes de su medio, uso de servicios

sanitarios y variables personales como edad, sexo, actividad, nivel socioeconómico y laboral.

En el GHQ – 28 se evalúan cuatro escalas:

Síntomas somáticos: el paciente refiere síntomas como cefaleas, escalofríos o agotamiento.

Ansiedad: se identifican pacientes nerviosos, con pánico y dificultades para conciliar el sueño.

Disfunción social: el desarrollo de sus actividades diarias se ve afectado por falla en las relaciones interpersonales.

Depresión: se identifican desvalorización personal y pensamientos suicidas.

2.7.4 Cuestionario multidimensional de afrontamiento (BRIEF - COPE).

Consta de 28 ítems en total que miden catorce escalas de afrontamiento con una sólida estructura factorial.

- Afrontamiento activo
- Planeación
- Ayuda instrumental
- Ayuda emocional
- Expresar
- Retirada del comportamiento
- Autodistracción
- Autoculpa
- Refrenar positivo
- Humor
- Negación
- Aceptación
- Religión
- Uso de sustancias (Londoño, y otros, 2006).

2.7.5 Cuestionario de apoyo social MOS.

Elaborado por Survey, Sherbourne y Steward en 1991, consta de 20 enunciados destinados a evaluar la red de apoyo social con la que cuenta el participante, se evalúa mediante una escala Likert de 5 puntos, donde 1 significa nunca y 5 siempre, el evaluado ubica la puntuación según su percepción de vida actual.

El inventario MOS evalúa cuatro dimensiones: Apoyo social, instrumental, amor y cariño.

2.7.6 Inventario revisado de personalidad de Eysenck (EPQR – A).

Este cuestionario mide las tres dimensiones de la personalidad: neuroticismo, extraversión y psicoticismo y ansiedad, en sus 24 ítems que tienen un formato de respuesta dicotómico, se puntúa a cada escala desde cero hasta seis, donde la que obtenga mayor puntuación indica la presencia del rasgo.

CAPITULO III
ANÁLISIS DE DATOS

3 MUESTRA

	Médicos	Enfermeros
Muestra Invitada	20	20
Muestra real	19	20

3.1 Características sociodemográficas de los profesionales de la salud

Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud.

	Profesión			
	Médico/a		Enfermero/a	
	N	%	N	%
Sexo				
Hombre	11,0	57,9	5,0	25,0
Mujer	8,0	42,1	15,0	75,0
Edad				
<i>M</i>	38,3		39,8	
<i>DT</i>	9,7		10,4	
Max	55,0		52,0	
Min	26,0		25,0	
Número de hijos/as				
<i>M</i>	1,4		1,7	
<i>DT</i>	1,4		1,1	
Max	5,0		4,0	
Min	0,0		0,0	
Etnia				
Mestizo/a	18,0	94,7	19,0	95,0
Blanco/a	0,0	0,0	0,0	0,0
Afroecuatoriano/a	0,0	0,0	1,0	5,0
Indígena	1,0	5,3	0,0	0,0
Estado civil				
Soltero/a	9,0	47,4	6,0	30,0
Casado/a	8,0	42,1	9,0	45,0
Viudo/a	0,0	0,0	1,0	5,0
Divorciado/a	2,0	10,5	2,0	10,0
Unión libre	0,0	0,0	2,0	10,0

Fuente: Cuestionario sociodemográfico AD HOC

Elaborado por: Fraga, A. (2017)

La tabla 1. analiza el porcentaje mayoritario relacionado a sexo, estado civil, etnia, media de edad y número de hijos, donde:

M = Media

DT= Desviación típica

Max = Cantidad máxima

Min = Cantidad Mínima

En la presente investigación, en el personal médico predomina el sexo masculino con 57,9% frente a 42,1% de personal femenino, mientras que en el personal de enfermería predomina el sexo femenino con un 75% frente al 25% de personal masculino. La edad promedio de los médicos en general es de 38,3 años y el personal de enfermería es de 39,8 años de edad. El promedio de número de hijos de los médicos es de 1,4, mientras que en el personal de enfermería es de 1,7. La etnia predominante es la mestiza, 94,7% en los médicos y 95% en personal de enfermería. En lo referente al estado civil el 47,4% de profesionales médicos son solteros y el 45% de profesionales de enfermería son casados.

Podemos observar que en los profesionales médicos predomina el sexo masculino mientras que en el personal de enfermería predomina el sexo femenino, los médicos son ligeramente más jóvenes que las enfermeras y estas tienden a engendrar más hijos, en todos los profesionales predomina la etnia mestiza.

3.2 Características laborales de los profesionales de la salud

Tabla 2. Características laborales de los profesionales de la salud.

VARIABLES	Profesión			
	Médico/a		Enfermero/a	
	N	%	N	%
Ingresos mensuales				
0 a 1000	1,0	5,3	4,0	20,0
1001 a 2000	8,0	42,1	15,0	75,0
2001 a 3000	7,0	36,8	1,0	5,0
3001 a 4000	2,0	10,5	0,0	0,0
4001 a 5000	1,0	5,3	0,0	0,0
5001 a 6000	0,0	0,0	0,0	0,0
Experiencia profesional				
<i>M</i>	11,6		14,3	
<i>DT</i>	7,6		10,0	
Max	28,0		28,0	
Min	2,0		2,0	
Sector en el que trabaja				
Público	12,0	63,2	18,0	90,0
Privado	1,0	5,3	0,0	0,0
Ambos	6,0	31,6	2,0	10,0
Tipo de contrato				
Eventual	0,0	0,0	1,0	5,0
Ocasional	4,0	21,1	3,0	15,0
Plazo fijo	3,0	15,8	1,0	5,0
Nombramiento	8,0	42,1	15,0	75,0
Servicios profesionales	2,0	10,5	0,0	0,0
Ninguno	2,0	10,5	0,0	0,0
Horas trabajo/día				
<i>M</i>	15,1		10,2	
<i>DT</i>	7,9		3,8	
Max	24,0		24,0	
Min	8,0		8,0	
Nº de pacientes/día				
<i>M</i>	23,0		15,7	
<i>DT</i>	11,8		12,5	
Max	50,0		41,0	
Min	10,0		0,0	
Recursos Institucionales				
Totalmente	2,0	10,5	4,0	20,0
Mediadamente	12,0	63,2	13,0	65,0
Poco	5,0	26,3	3,0	15,0
Nada	0,0	0,0	0,0	0,0
Turnos				
Si	13,0	68,4	12,0	60,0
No	6,0	31,6	8,0	40,0

Fuente: Cuestionario de variables laborales AD HOC
Elaborado por: Fraga, A. (2017)

En la tabla 2. se analizan los ingresos mensuales, sector en el que trabajan, tipo de contrato, recursos institucionales, media de pacientes atendidos por día y experiencia de los profesionales de la salud.

En lo referente a ingresos mensuales la remuneración predominante en médicos y enfermeras es de 1001 a 2000 dólares, siendo el 42,1% en médicos y el 75% para enfermeras. En años de experiencia profesional se evidencia en médicos una media de 11,6 y en personal de enfermería una media de 14,3. En lo referente al sector en el que laboran los profesionales predomina el sector público en ambos casos, siendo la media en personal médico de 63,2% y de 90% en personal de enfermería. El tipo de contrato que prevalece en médicos y enfermeras es nombramiento, una media de 42% médicos trabaja bajo la modalidad de nombramiento, mientras que en el personal de enfermería la media es de 75%. La media de horas trabajadas por día es de 15,1 en profesionales médicos y 10,2 horas en profesionales de enfermería. La media de pacientes atendidos por día es de 23 en el personal médico, siendo la mínima de 10 pacientes y la máxima de 50, y la media de atenciones en el personal de enfermería es de 15,7 con una mínima de 0 pacientes y una máxima de 41 pacientes atendidos por día. En lo que se refiere a recursos institucionales todos los profesionales de la salud manifiestan que son provistos medianamente, siendo 63,2% de médicos que así lo refieren y 65% de personal de enfermería. El 68% de personal médico refiere que realiza turnos, en cuanto al personal de enfermería realizan turnos un 60% del total de investigados.

Médicos y enfermeras mayoritariamente perciben la misma remuneración, las enfermeras tienen un promedio más alto en cuanto a experiencia profesional que los médicos y todos laboran predominantemente en el sector público y poseen nombramiento.

3.3 Burnout en profesionales de la salud

Tabla 3. 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	11	57,9%	12	60,0%
	Medio	4	21,1%	4	20,0%
	Alto	4	21,1%	4	20,0%
Despersonalización	Bajo	11	57,9%	13	65,0%
	Medio	5	26,3%	6	30,0%
	Alto	3	15,8%	1	5,0%
Realización personal	Alto	8	42,1%	12	60,0%
	Medio	4	21,1%	4	20,0%
	Bajo'	7	36,8%	4	20,0%

Fuente: Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson, 1986)
Elaborado por: Fraga, A. (2017)

En la tabla 3. el Inventario del Síndrome de Burnout (MBI) se encuentra los siguientes resultados: en la dimensión de agotamiento emocional obtuvieron puntaje alto 21,1% de médicos y 20% en personal de enfermería. En la dimensión de despersonalización el puntaje más alto lo obtuvieron 15,8% médicos y 5% enfermeras. En la dimensión de realización personal puntuaron bajo el 36,8% médicos y 20% enfermeras.

La dimensión que obtuvo mayor puntaje es realización personal, seguido por la dimensión de agotamiento emocional y en menor cantidad la dimensión de despersonalización, las tres dimensiones predominan en profesionales médicos y en menor cantidad en enfermeras.

3.4 Resultados de los casos de burnout en los profesionales de la salud

Tabla 4. 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	89,5%	20	100,0%
	Presencia	2	10,5%	0	0,0%

Fuente: Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson, 1986)
Elaborado por: Fraga, A. (2017)

Al interpretar los resultados obtenidos en la tabla 4. se puede decir que existe la presencia del Síndrome de Burnout en dos profesionales médicos que representa el 10,5% del total de la muestra investigada y que no se evidencia ningún caso en la muestra del personal de enfermería.

Este es un dato importante ya que refleja que existen factores que están generando malestar en los profesionales de la salud y un indicativo de que debe empezar a trabajarse en métodos de prevención y tratamiento.

3.5 Factores emocionales de los profesionales de la salud

Tabla 5. Malestar emocional de los profesionales de la salud.

		Profesión			
		Médico/a		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Síntomas somáticos	No caso	14	73,7%	12	60,0%
	Caso	5	26,3%	8	40,0%
Ansiedad	No caso	12	63,2%	7	35,0%
	Caso	7	36,8%	13	65,0%
Disfunción social	No caso	16	94,1%	20	100,0%
	Caso	1	5,9%	0	0,0%
Depresión	No caso	15	88,2%	20	100,0%
	Caso	2	11,8%	0	0,0%

Fuente: Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire [GHQ-28]; Goldberg y Hillier, 1979)
Elaborado por: Fraga, A. (2017)

Al analizar la tabla 5. Se puede clarificar la salud general del personal donde encontramos las siguientes subescalas: síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social y depresión, así

mismo podremos comparar si los casos prevalecen más en médicos o en personal de enfermería.

Los profesionales médicos marcan un 26,3% en la escala de síntomas somáticos, frente a un 40% en el personal de enfermería. En la escala de ansiedad mientras que los médicos puntúan en 36,8%, las enfermeras lo hacen en 65%. En la escala de disfunción social un 5,9% de médicos la padecen, mientras que no existe este rasgo en el personal de enfermería. Un 11,8% de médicos puntúan para depresión, mientras que no se evidencia este caso en el personal de enfermería porque marca 0%.

Se puede evidenciar en la presente investigación que las escalas que marcan mayor puntaje son la de ansiedad y síntomas somáticos y, en menor porcentaje las escalas de disfunción social y depresión

3.6 Estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud

Tabla 6. Estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud.

	Profesión							
	Médico/a				Enfermero/a			
	M	DT	Máx.	Mín.	M	DT	Máx.	Mín.
Auto distracción	1,68	1,67	6,00	,00	1,15	1,63	6,00	,00
Afrontamiento activo	2,05	1,61	5,00	,00	2,35	2,11	6,00	,00
Negación	,63	1,34	5,00	,00	,85	1,50	6,00	,00
Uso de sustancias	,32	,95	3,00	,00	,10	,31	1,00	,00
Apoyo emocional	1,11	1,45	5,00	,00	1,00	1,38	5,00	,00
Apoyo instrumental	1,16	1,42	4,00	,00	1,25	1,68	6,00	,00
Retirada de comportamiento	,63	,96	3,00	,00	,60	,99	3,00	,00
Desahogo	1,16	1,54	5,00	,00	,90	1,48	6,00	,00
Replanteamiento positivo	1,74	1,91	5,00	,00	2,30	2,05	6,00	,00
Planificación	1,79	1,90	5,00	,00	2,25	2,05	6,00	,00
Humor	1,11	1,20	3,00	,00	1,10	1,65	6,00	,00
Aceptación	1,84	1,92	6,00	,00	2,40	2,21	6,00	,00
Religión	2,05	2,12	6,00	,00	1,90	2,00	6,00	,00
Culpa de sí mismo	1,53	1,61	5,00	,00	1,25	1,37	4,00	,00

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

Elaborado por: Fraga, A. (2017)

Las estrategias de salud que más sobresalen en la tabla 6. en personal médico son: afrontamiento activo y religión con una media de 2,05 cada uno, aceptación con una media de 1,84, planificación 7,79, replanteamiento 1,74 y autodistracción 1,68; mientras que en la muestra del personal de enfermería sobresale la aceptación con una media de 2,40, afrontamiento activo con 2,35, replanteamiento 2,30, planificación 2,25 y religión 1,90.

Los médicos utilizan como estrategias de salud en orden descendente de puntuación el afrontamiento activo, la religión, la planificación, el replanteamiento y la autodistracción, mientras que las enfermeras utilizan la aceptación, el afrontamiento activo, replanteamiento, planificación y religión, si bien son estrategias de afrontamiento diferentes tanto en médicos como en enfermeras dejan notar que son necesarios para hacer frente y superar las dificultades que se les presentaren sin que esto afecte su salud.

3.7 Percepción del apoyo social de los profesionales de la salud

Tabla 7. Percepción del apoyo social de los profesionales de la salud.

	Profesión							
	Médico/a				Enfermero/a			
	M	DT	Máx.	Mín.	M	DT	Máx.	Mín.
Apoyo emocional	69,31	25,69	100,00	25,00	72,50	22,03	100,00	27,50
Apoyo instrumental	69,72	30,84	100,00	20,00	66,75	20,02	95,00	20,00
Relaciones sociales	72,11	24,85	100,00	30,00	78,25	19,89	100,00	40,00
Amor y cariño	81,05	24,47	100,00	26,67	82,67	21,02	100,00	40,00

Fuente: Cuestionario de Apoyo Social MOS (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Steward, 1991).
Elaborado por: Fraga, A. (2017)

Según el análisis de la tabla 7. se aprecia que la media más alta es amor y cariño para todos los profesionales de la salud, siendo en médicos una media de 81,05 y en enfermeras 82,6, luego se aprecia la escala de relaciones sociales en médicos con 72,11 y en enfermeras 78,25, seguido de apoyo instrumental en médicos con una media de 69,72, y en enfermeras la escala varía a apoyo emocional con un media de 72,50, por último las escalas menos puntuadas, en médicos apoyo emocional con 69,31 y en enfermeras apoyo instrumental con 66,75.

El ser humano es un ser social, por eso círculo social en el que se desenvuelven todas las personas o que puedan crearlo determina el bienestar emocional que cada uno perciba.

3.8 Rasgos de personalidad de los profesionales de la salud

Tabla 8. Rasgos de personalidad de los profesionales de la salud.

	Profesión							
	Médico/a				Enfermero/a			
	M	DT.	Máx.	Mín.	M	DT.	Máx.	Mín.
Neuroticismo	1,95	1,58	5,00	,00	1,68	1,53	4,00	,00
Extroversión	4,22	2,37	6,00	,00	4,32	1,89	6,00	1,00
Psicoticismo	1,89	,96	3,00	,00	1,50	,69	3,00	,00

Fuente: Cuestionario de Personalidad de Eysenck Revisado-Abreviado (Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated [EPQR-A]); Francis, Brown y Philipchalk, 1992)
Elaborado por: Fraga, A. (2017)

En la tabla 8. se aprecia que el rasgo de personalidad predominante en médicos y enfermeras es el de extraversión, siendo la media de los primeros 4,22 y las segundas 4,32, seguidamente se encuentra el neuroticismo, la media en médicos es 1,95 y en enfermeras es 1,68, finalmente el psicoticismo con una media de 1,89 en médicos y 1,50 en personal de enfermería.

CAPÍTULO IV
DISCUSIÓN

Con respecto al primer objetivo de conocer el ambiente laboral y sociodemográfico de los participantes de la investigación, en el presente estudio se determinó que en el personal médico predomina el sexo masculino con 57,9% frente a 42,1% de personal femenino, mientras que en el personal de enfermería predomina el sexo femenino con un 75% frente al 25% de personal masculino. Haciendo un cálculo general tenemos que los datos concuerdan con los datos que arroja el Instituto Nacional de Estadística y censo 2010, dicho por Ferreira Salazar, García García, Macías Leiva, Pérez Avellaneda, & Tomsich (2010), donde se afirma que existe un porcentaje del 49,6% de hombres y el 50,4% de mujeres en el país. Aquí los datos vienen a equilibrarse si hacemos un conteo general por sexo, más no por carrera o profesión, en el Ecuador existen más cantidad de mujeres que hombres, gozando de igualdad en derechos y obligaciones.

La edad promedio de los médicos en general es de 38,3 años y en el personal de enfermería es de 39,8 años de edad, estos datos concuerdan con el estudio realizado en el Hospital Nacional del Sur en Cuzco, donde se manifiesta que la edad promedio de médicos es de 40,9 años y la edad promedio de enfermeras es de 41,7 años. Valdivia & Méndez (2003), comentan que claramente se sabe que el número de participantes en mencionado estudio es mayor, pero se evidencia que los médicos tienen un promedio de edad más joven que las enfermeras.

El promedio de número de hijos de los médicos es de 1,4, igual a la media de la población imbabureña según los datos del Instituto Nacional de Estadística y Censo INEC (2010) mientras que en el personal de enfermería el número de hijos es de 1,7, ligeramente inferior a la hallada en la zona. La etnia predominante es la mestiza, 94,7% en los médicos y 95% en personal de enfermería, estos datos concuerdan en su totalidad con los del censo realizado por el INEC (2010) pues la mayoría de la población imbabureña y ecuatoriana se identifica con esta etnia. En lo referente al estado civil el 47,4% de profesionales médicos son solteros, una cifra algo superior a la del censo 2010, donde manifiesta que el 41% de los hombres imbabureños son solteros, hablando del personal de enfermería en la presente investigación se tiene que 45% de profesionales son casados, aquí los datos son ligeramente superiores que en el censo del INEC (2010), pues en dicho censo se dice que el 41,5% de mujeres son casadas.

En lo referente a ingresos mensuales la remuneración predominante en médicos y enfermeras es de 1001 a 2000 dólares, (42,1% médicos y 75% enfermeras), estos datos concuerdan con la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares Urbanos

ENIGHU (2012) donde se encuentra que el ingreso salarial mensual en el sector público es de \$1046,3.

En cuanto a experiencia profesional se evidencia en médicos una media de 11,6 años y en personal de enfermería una media de 14,3 años, esto se relaciona con los hallazgos encontrados referente al mismo tema en el estudio realizado a médicos y enfermeras en el Hospital Nacional del Sur Este de ESSALUD del Cuzco, donde el tiempo promedio de servicio en los médicos es de 12 años y el tiempo promedio de servicio en enfermeras es de 13,5 años, en médicos el promedio en tiempo es escasamente superior al tiempo encontrado en esta investigación y en el caso del personal de enfermería es ligeramente inferior (Quiroz Valdivia & Saco Méndez, 2013).

En lo referente al sector en el que laboran los profesionales predomina el sector público en ambos casos, siendo la media en personal médico de 63,2% y de 90% en personal de enfermería, esto concuerda con el censo realizado por el INEC, ENEMDU (2012) donde refiere que la mayoría de profesionales médicos y enfermeras trabajan en el sector público. El tipo de contrato que prevalece en todos los profesionales sanitarios es el de nombramiento; una media de 42% de médicos trabaja bajo la modalidad de nombramiento, mientras que en el personal de enfermería la media es de 75%, así manifiesta en su investigación Valdivia & Saco Méndez, (2003). La media de horas trabajadas por día es de 15,1 en profesionales médicos y 10,2 horas en profesionales de enfermería, datos concordantes con Valdivia & Saco Méndez, (2003); Chumbes Villavicencio, (2006).

La media de pacientes atendidos por día es de 23 en el personal médico, siendo la mínima de 10 pacientes y la máxima de 50, y la media de atenciones en el personal de enfermería es de 15,7 con una mínima de 0 pacientes y una máxima de 41 pacientes atendidos por día, aquí se distingue el personal de enfermería que labora en horario de oficina o administrativo que no atienden directamente a los pacientes, del personal que rota en turnos y si atiende directamente a pacientes, estos resultados se asemejan a los hallados por Barbecho Carrión & Ochoa Mendieta (2014).

En lo que se refiere a recursos institucionales todos los profesionales de la salud manifiestan que son provistos medianamente, siendo 63,2% de médicos que así lo refieren y 65% de personal de enfermería, así lo manifiesta también Chumbes Villavicencio, (2006), quién encontró que el 62,5% del personal de salud refiere que son dotados de manera poco suficiente para las demandas del servicio. El 68% de personal médico refiere que realiza

turnos, en cuanto al personal de enfermería realizan turnos un 60% del total de investigados, esto se acerca a los resultados obtenidos por Barbecho Carrión & Ochoa Mendieta (2014); Ramírez, (2017) en donde las primeras mencionan que el 100% trabajan por turnos y la segunda refiere que el 72, 2% del personal sanitario trabaja en turnos, y, trabajar en turnos tiene mayor incidencia en adquirir el síndrome de burnout.

Con respecto al segundo objetivo de esta investigación que es identificar el síndrome de burnout y la dimensión que más afecta en cada participante, en el (MBI) Inventario del Síndrome de Burnout se encuentra los siguientes resultados: en la dimensión de agotamiento emocional obtuvieron puntaje alto 21,1% de personal médico y 20% en personal de enfermería, puntuación que se asemeja a la encontrada por (Aranda Beltrán, et, al, 2004;

Aranda Beltrán, et, al, 2005; Mendoza Saldivar, 2015; Ramírez, 2017). En la dimensión de despersonalización el puntaje más alto lo obtuvieron 15,8% médicos y 5% enfermeras, así se evidencia también en el estudio realizado en tres hospitales de la ciudad de Quito por Zumárraga, García, & Yépez, (2015), otros investigadores que concuerdan Mendoza Saldivar, (2015); Ramírez, (2017), En cuanto a la de realización personal puntuaron bajo el 36,8% médicos y 20% enfermeras, datos que se parecen a los encontrados por (Aranda Beltrán, et, al, 2005; Barbecho Carrión & Ochoa Mendieta, 2014; Mendoza Saldivar, 2015; Ramírez, 2017).

Al interpretar los resultados obtenidos en el (MBI) podemos decir que existe la presencia del Síndrome de Burnout en dos profesionales médicos que representa el 10,5% del total de la muestra investigada y que no se evidencia ningún caso en la muestra del personal de enfermería, estos datos se relacionan directamente con la investigación obtenida por Quiroz Valdivia & Saco Méndez (2013).

Si bien este puntaje no es demasiado alto, indica la existencia del síndrome de burnout en los profesionales médicos, que por tal caso no estarían laborando de la manera más eficiente, pues se requiere un buen estado físico y emocional para desarrollar con agrado las actividades diarias.

El tercer objetivo de esta investigación es evaluar el estado emocional y el estado de salud mental de los profesionales de la salud, para contrastar los datos obtenidos tenemos que las escalas que marcan mayor puntaje son la de ansiedad y síntomas somáticos y en menor porcentaje las escalas de disfunción social y depresión, los profesionales médicos marcan

un 26,3% en la escala de síntomas somáticos, frente a un 40% en el personal de enfermería, aquí podemos distinguir una diferencia de 13,7% más elevado en el personal de enfermería, datos que se asemejan a los resultados obtenidos en una investigación similar en España realizada por Bernaldo de Quiroz & Labrador (2008). En la escala de ansiedad también se puede distinguir una vasta diferencia, 28,2% más en personal de enfermería, mientras que los médicos puntúan en 36,8%, las enfermeras lo hacen en 65%. Landa Martínez, et al, (2017), han realizado un estudio en el que relacionan las variables psicológicas con el síndrome de burnout, mencionan que la ansiedad y la depresión se relacionan directamente con la adquisición del síndrome. En la escala de disfunción social un 5,9% de médicos la padecen, mientras que no existe este rasgo en el personal de enfermería. Se puede destacar también un 11,8% de médicos puntúan para depresión, mientras que no se evidencia este caso en el personal de enfermería.

El ambiente hospitalario siempre genera tensión ya sea por el hecho de que el personal de salud debe realizar numerosas acciones en bien de los pacientes a su cuidado y otras veces por los casos desgarradores de sus pacientes que están obligados a enterarse, también deben estar siempre listos por si se presentare una urgencia y poder atenderla de inmediato a fin de salvar la vida de sus pacientes.

En referencia al cuarto objetivo de esta investigación que es determinar el tipo de afrontamiento que utiliza cada participante con respecto a estresores de su entorno, tenemos que las estrategias de salud que más sobresalen en personal médico son: afrontamiento activo y religión con una media de 2,05 cada uno, aceptación con una media de 1,84, planificación 7,79, replanteamiento 1,74 y autodistracción 1,68, estos resultados emparejan con los obtenidos por (Moreno Jiménez, et al, 2005; Valdivia & Méndez, 2003;); mientras que en la muestra del personal de enfermería sobresale la aceptación con una media de 2,40, afrontamiento activo con 2,35, replanteamiento 2,30, planificación 2,25 y religión 1,90, estos datos concuerdan con los resultados obtenidos en la investigación de Tello Bonilla, 2010; Ramírez Argumé (2016).

Los médicos utilizan como estrategias de salud en orden descendente de puntuación el afrontamiento activo, la religión, la planificación, el replanteamiento y la autodistracción, mientras que las enfermeras utilizan la aceptación, el afrontamiento activo, replanteamiento, planificación y religión, si bien son estrategias de afrontamiento diferentes tanto en médicos como en enfermeras dejan notar que son necesarios para hacer frente y superar las dificultades que se les presentaren sin que esto afecte su salud.

El quinto objetivo es conocer la red de apoyo social y familiar que el participante dispone habitualmente, el apoyo social se considera un recurso indispensable a la hora de enfrentar el estrés laboral cotidiano, una especie de comodín a donde acudir en momentos de necesidad. (Avendaño & Pierat, et al, 2009), en la presente investigación encontramos que que la media más alta es amor y cariño para todos los profesionales de la salud, siendo en médicos una media de 81,05 y en enfermeras 82,6, luego se aprecia la escala de relaciones sociales en médicos con 72,11 y en enfermeras 78,25, seguido de apoyo instrumental en médicos con una media de 69,72, y en enfermeras la escala varía a apoyo emocional con un media de 72,50, por último las escalas menos puntuadas, en médicos apoyo emocional con 69,31 y en enfermeras apoyo instrumental con 66,75, datos concordantes con el estudio de (Aranda Beltrán , et al, 2004; Avendaño & Pierat 2009; Gil-Monte, Carretero, & Roldán, 2005)

En este objetivo se puede apreciar que el entorno afectivo de los profesionales de la salud es un factor determinante para la prevención del síndrome de burnout, si un profesional de la salud se siente seguro en su entorno afectivo crea una especie de escudo que le protege de los factores estresantes que pudieren presentarse en su entorno laboral, las relaciones sociales también obtienen un puntaje importante ya que el sentirse apoyado por sus similares constituye un factor preventivo de la aparición de los síntomas relacionados con la aparición del burnout.

El sexto objetivo consiste en evaluar los factores de personalidad de cada participante que colaboró con la encuesta, se aprecia que el rasgo de personalidad predominante en médicos y enfermeras es el de extraversión, siendo la media de los primeros 4,22 y las segundas 4,32, seguidamente se encuentra el neuroticismo, la media en médicos es 1,95 y en enfermeras es 1,68, finalmente el psicoticismo con una media de 1,89 en médicos y 1,50 en personal de enfermería, datos que se correlacionan con la investigación realizada en la ciudad de La Paz por (Roth & Pinto, 2010; Llanque Nieto, 2014).

Ya que la personalidad es mayormente aprendida a través de experiencias que han ido siendo reforzadas con el paso del tiempo y con la socialización, se puede comprender que tanto médicos como enfermeras que laboran en el mismo entorno hayan adquirido similares o iguales factores de personalidad.

4 CONCLUSIONES

La prevalencia del síndrome de burnout en el personal médico se encontró en bajos niveles, mientras que en las enfermeras no se mostró prevalencia alguna.

El perfil sociodemográfico de la muestra de médicos que participaron en la presente investigación fue el de un hombre, con una edad media de 38,3 años, con al menos un hijo, mestizo y soltero; mientras que en la muestra de enfermeras fue el de una mujer, con una edad promedio de 39,7 años, con al menos dos hijos, mestiza y casada.

El perfil laboral de la muestra de médicos es que perciben un salario mensual entre \$1001 a \$2000, poseen una experiencia laboral de 11,6 años, el sector en el que laboran es público, con tipo de nombramiento y trabajan en turnos; mientras que en enfermeras su remuneración es de \$1001 a \$2000, con experiencia de trabajo de 14.3 años, laboran en el sector público, bajo la modalidad de nombramiento y trabajan en turno.

En cuanto a la variable de salud mental, la subescala predominante en ambos grupos fue la de ansiedad con un 38,88% en médicos y un 65% en enfermeras.

En lo referente al apoyo social tanto en médicos y enfermeras la dimensión que sobresalió con la media más alta es amor y cariño para todos los profesionales de la salud, siendo en médicos una media de 81,05 y en enfermeras 82,6, luego se aprecia la escala de relaciones sociales en todos los profesionales de la salud, seguido de apoyo instrumental en médicos y en enfermeras la escala varía a apoyo, por último las escalas menos puntuadas, en médicos apoyo emocional con 69,31 y en enfermeras apoyo instrumental con 66,75.

Además, el rasgo de personalidad que sobresalió en médicos y enfermeras fue el de extroversión.

En las dimensiones del burnout en personal médico se obtuvo en agotamiento emocional alto 21,2%, alta despersonalización 15,8% y baja realización personal 36,8%. En la muestra de personal de enfermería 20% puntuó alto en agotamiento emocional, 5% alto en despersonalización y 20% bajo en realización personal.

5 RECOMENDACIONES

Es importante una correcta incorporación y adaptación de los profesionales de la salud a su entorno laboral, se propone para esto que exista un período de adaptación, donde los profesionales sanitarios más antiguos, tanto médicos como enfermeras, brinden una guía sobre todos los procesos que deben realizar los nuevos integrantes como parte de su trabajo en la organización. Que talento humano a través del departamento de salud y seguridad ocupacional gestione capacitaciones previas sobre buen trato al paciente, la empatía, crear conciencia en que el éxito de todo tratamiento pende de la relación que generan los profesionales con sus pacientes.

Fomentar en los profesionales sanitarios la salud mental, física y psicológica, implementando planes de terapia psicológica enmarcados en temas que apoyen al bienestar emocional y la reducción y control de ansiedad, actividad física o grupos de apoyo, con el objetivo de prevenir la presencia del síndrome de burnout, todo esto se llevaría a efecto ubicando un día y hora de la semana donde los profesionales tengan menos carga laboral y puedan asistir a la sala de usos múltiples de la casa de salud donde laboran. Una propuesta a lo mencionado arriba sería que los departamentos de seguridad y salud ocupacional y talento humano, organicen periódicamente mañanas deportivas fuera de el horario normal de trabajo, en espacios verdes donde puedan asistir los profesionales de la salud de los deferentes servicios en diferentes días, donde puedan socializar y distraerse de la rutina del trabajo, podría organizarse campeonatos internos de futbol o juegos tradicionales donde se participe uno o más equipos por área de servicio.

Mediante el departamento de seguridad y salud ocupacional crear programas dirigidos al personal de salud con el objetivo de reducir los niveles de ansiedad, creando capacitaciones de sobre reducción de consumo de sustancias poco saludables, incrementar dietas sanas, rutinas de ejercicio físico y métodos de relajación. Una propuesta a lo mencionado sería la coordinación con el departamento de nutrición y dietética de la misma institución, donde se pueda realizar consultas periódicas para controlar el peso y la alimentación de los profesionales de la salud, donde se les brinde un plan de nutrición diaria y así fomentar el bienestar físico y por consiguiente mejorar la autoaceptación y bienestar emocional.

Brindar información mediante trípticos y carteleras sobre estrategias de afrontamiento de control o centradas en el problema con el fin de prevenir la aparición y desarrollo del síndrome de burnout.

Crear grupos de profesionales sanitarios en cada servicio, por ejemplo, un grupo de apoyo del servicio de emergencias, otro grupo del servicio de cirugía, otro de centro obstétrico, etc. con el fin de fomentar el apoyo social por parte de los compañeros, socializar problemas existentes y ofrecer apoyo emocional, también realizar evaluación constante sobre su desempeño de rol.

En referencia al personal encontrado con rasgos de burnout, se recomienda a las autoridades de la casa de salud coordinar a través del departamento de seguridad y salud ocupacional tiempos y espacios para desarrollar charlas, capacitaciones, presentaciones con el fin de brindar tratamiento al personal afectado brindando apoyo psicológico y social.

También se recomienda rotación de puestos de trabajo o adicionando unos minutos libres con la finalidad crear espacios de dispersión para prevenir el avance y tratar el síndrome de burnout.

BIBLIOGRAFÍA

- Acevedo Figueroa, L. (2014). *Síndrome de Burnout en el profesional de Enfermería*. Santiago de Querétaro: México.
- Aceves, G., López, Á., Moreno, S., Jiménez, F., & Campos, J. (2006). Síndrome de burnout. *Archivos de neurociencias*, 305-309.
- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M., & Domínguez, V. (2004). Síndrome de burnout en personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista española de salud pública*.
- Alvarez, A., Arce, M., Barrios, A., & Sánchez, a. (2005). Síndrome de Burnout en médicos de hospitales públicos de la ciudad de Corrientes. *Rev Postgrado Cat Med*.
- Aranda Beltrán, C., Pando Moreno, M., & Pérez Reyes, M. B. (2004). Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o burnout: una revisión. *Psicología y Salud, Universidad Veracruzana*, 79 - 88.
- Aranda Beltrán, C., Pando Moreno, M., Salazar Estrada, J. G., Torres López, T. M., Aldrete Rodríguez, M. G., & Pérez Reyes, M. B. (2004). Factores psicosociales laborales y síndrome de Burnout en médicos de primer nivel de atención. *Redalyc Sistema de Información Científica*.
- Aranda Beltrán, C., Pando Moreno, M., Torres López, T., Salazar Estrada, J., & Franco Chávez, S. (2005). Factores psicosociales y síndrome de burnout en médicos de familia. México. *Scielo*.
- Avendaño, C., Bustos, P., Espinoza, P., García, F., & Pierat, T. (2009). Burnout y apoyo social en personal del servicio de psiquiatría de un hospital público. *Scielo*, 55 - 68.
- Barbecho Carrión, M., & Ochoa Mendieta, M. (Diciembre de 2014). *Prevalencia del síndrome de burnout*. Quito. Recuperado de [dspace.uce.edu.ec](http://www.dspace.uce.edu.ec):
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4646/1/T-UCE-0006-69.pdf>
- Bernaldo de Quiroz, M., & Labrador, F. J. (2008). Relaciones entre estrés laboral, burnout y síntomas psicopatológicos en los servicios de urgencia extrahospitalaria del área 9 de Madrid. *Anuario de la Psicología Clínica y de la Salud*, 53 - 61.
- Buzzetti Bravo, M. (2005). *Tesis. uchile*. Recuperado de Tesis.uchile:
http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2005/buzzetti_m/sources/buzzetti_m.pdf
- Chumbes Villavicencio, C. R. (2006). Factores Personales, Profesionales e Institucionales en la Incidencia del Síndrome de Burnout Del Personal de Enfermería en el Servicio de Emergencia - Red Base Guillermo Almenara Irigoyen - 2006. *Universidad Ricardo Palma*.

- Ciancaglini Zimmermann , K. (03 de Octubre de 2006). *www.monografias.com*. Recuperado de *www.monografias.com*: <http://www.monografias.com/trabajos38/sindrome-burnout/sindrome-burnout2.shtml>
- Colino, N., & Pérez de León, P. (2015). El síndrome de burnout en un grupo de profesionales de enseñanza secundaria en Montevideo. *Redalyc.org Sistema de Información Científica*, 27-41.
- Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). Burn-out: etapas de desilusión en las profesiones de ayuda. *Human Sciences Press*, Vol. 1.
- Ferreira Salazar, C., García García, K., Macías Leiva, L., Pérez Avellaneda, A., & Tomsich, C. (2010). *Mujeres y hombres del Ecuador en cifras III*. Recuperado de Ecuador en cifras: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Socioeconomico/Mujeres_y_Hombres_del_Ecuador_en_Cifras_III.pdf
- Fundación científica y tecnológica. (2011). *www.cienciaytrabajo.cl*. Recuperado de Riesgos Psicosociales en el trabajo.
- Gil Monte, P. R. (1999). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*.
- Gil-Monte, P. R. (2003). Síndrome de quemarse en el trabajo (síndrome de burnout) en profesiones de enfermería. *Revista Electrónica InterAcao Psy*, 19-33.
- Gil-Monte, P. R., & Moreno Jimenez, B. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. *Pirámide - Madrid*, 36-37.
- Gil-Monte, P. R., Carretero, N., & Roldán, M. D. (2005). Algunos procesos psicosociales sobre el síndrome de quemarse en el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería. *Ansiedad y Estrés ISSN: 1134-7937 Unidad de investigación psicosocial de la Conducta organizacional (Universidad de Valencia)*, 281- 290.
- Gil-Monte, P., & Peiró, J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos del estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de psicología*, 261-268.
- González Gallego, C. (2015). Síndrome de Burnout en enfermería. *Bachelor's Thesis*.
- Guillén Gestoso, C. L., Gala León, F. J., & Cordeiro Castro, J. A. (2002). El síndrome de Burnout en el profesorado de la escuela primaria de la Bahía de Cádiz. *Tavira*, 119-131.
- INEC. (2010). *Población y demografía*. (C. C. International, Editor, & G. n. Ecuador, Productor) Recuperado de Ecuador en cifras: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/censo-de-poblacion-y-vivienda/>
- INEC. (2012). ENEMDU. *Ecuador en cifras*.

- Landa Martínez, É., Rangel Domínguez, N. E., Villavicencio Carranza, M. A., Weingerz Mehl, S., Reyes Saavedra, M. I., González Álvarez, V. R., . . . Jiménez Escobar, I. (2017). Clima organizacional y factores relacionados con el burnout en urgencias médicas: un estudio correlacional. *Psicología y Salud Vol 17*, 245 - 254.
- Leiter, M., & Maslach, C. (2001). Areas of Worklife Survey Manual. *California Mind Garden*.
- Linde, J. M., Cervantes Avalos, F., & Giménez, I. (2005). Burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Enfermería clínica*, 275 - 282.
- Llanque Nieto, P. A. (2014). Rasgos de personalidad y síndrome de Burnout en personal de salud de la unidad de quemados y cirugía plástica del Hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz. *Scielo revista de Investigación Psicológica ISSN 2223-3032*.
- Londoño, N. H., Enao López, G. C., Puerta, I. C., Posada, S., Arango, D., & Aguirre Acevedo, D. C. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC - M) en una muestra colombiana. *Universitas Psychologica*, 327 - 350.
- Maicon, C., & Gascés de los Fayos Ruiz, E. J. (2010). El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el ámbito laboral al ámbito deportivo. *Anales de psicología*, 169-180. Recuperado de <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/14492/1/92171-373741-1-PB.pdf>
- Marente A, J. A. (2006). Profesión docente y estrés laboral: una aproximación a los conceptos de Estrés Laboral y Burnout. *Revista Iberoamericana de Educación (ISSNN:1681-5653)*.
- Martínez López, C., & López Solanche, G. (2005). Características del síndrome de burnout en un grupo de enfermeras mexicanas. *Arch Med Fam*, 6 - 9 .
- Martínez Pérez, A. (2010). El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia Revista de Comunicación*, 42-80.
- Mendoza Saldivar, M. (2015). Prevalencia de síndrome de burnout en residentes de especialidades clínicas y quirúrgicas del Hospital Nacional 2 de Mayo, noviembre 2015. *Cybertesis - URP - Universidad Ricardo Palma*.
- Moreno Jiménez, B., Seminotti, R., Garrosa Hernández, E., Rodríguez Carbajal, R., & Morante Banadero, M. E. (2005). El Burnout médico: la ansiedad y los procesos de afrontamiento como factores intervinientes. *Ansiedad y Estrés 11(1) 87-100 ISSN 1134-79 Universidad Autónoma de Madrid*.
- Quiceno, J. M., & Vinaccia Alpi, S. (2007). Burnout: Síndrome de Quemarse en el Trabajo (SQT). *Acta Colombiana de Psicología 10 (2)*, 117 - 125.
- Quinceno, J., & Vinaccia Alpi, S. (2007). Burnout: síndrome de quemarse en el trabajo (SQT). *Acta colombiana de psicología*, 117 - 125.

- Quiroz Valdivia, R., & Saco Méndez, S. (2013). Factores asociados al síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de Essalud del Cusco. *SITUA*, 11-22.
- Ramírez Argumé, R. L. (2016). Síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento al estrés, en enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Dos de Mayo 2016. *Cybertesis, Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 59 - 62.
- Ramírez, M. R. (2017). Prevalencia del síndrome de Burnout y la asociación con variables sociodemográficas y laborales en una provincia del Ecuador. *INFAD DE PSICOLOGÍA International Journal of Developmental and educational Psychology*, 241 - 255.
- Romero, J. G., López, M. V., & Bravo, G. H. (2013). Detección del trastorno depresivo en profesores universitarios. *Psicología y salud*, 133 - 139.
- Roth, E., & Pinto, B. (2010). Síndrome de Burnout, Personalidad y Satisfacción Laboral en Enfermeras de la Ciudad de La Paz. *UCB Universidad Católica Boliviana*, 62-99.
- Salanova Soria, M., & Llorens Gumbau, S. (2008). Estado actual y retos futuros en el estudio del burnout.
- Tello Bonilla, J. I. (2010). Nivel de síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeros de los servicios críticos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2009. *Cybertesis, Universidad Nacional Mayor de San Marcos*.
- TIC"s., U. d. (2017). *HSVP*. Recuperado de HSVP:
<http://www.hsvp.gob.ec/index.php/hospital/mision-y-vision>
- Valdivia, R., & Méndez, S. (2003). Factores asociados al síndrome burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de Essalud del Cusco. *Situa*, 11-22.
- Varela, S., Pol, E., & Tomeu, V. (04 de Mayo de 2017). *Ub.edu*. Recuperado de Ub.edu:
http://www.ub.edu/psicologia_ambiental/uni4/4821.htm
- Zavala González, M. A., Posada Arévalo, S. E., Jiménez Mayo, O., López Méndez, R. L., Pedrero Ramírez, L. G., & Pérez Arias, M. B. (2009). Síndrome de burnout en personal médico y de enfermería de una unidad médica familiar en Tabasco, México. *Revista médica medigraphic*, 18 - 19.
- Zumárraga, R. d., García, J. M., & Yépez, L. B. (2015). Prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos de tres hospitales públicos de la ciudad de Quito. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Universidad Central del Ecuador*, 96 - 100.

