



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

“Prevalencia del Síndrome de Burnout en profesionales de la salud en una institución de salud pública, ubicada en la zona nororiental de la ciudad de Quito en el año 2017”.

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Lorena del Carmen Paredes Sandoval

DIRECTOR: Dr. Víctor Manuel López Guerra

CENTRO UTPL SAN RAFAEL

2018



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

Septiembre, 2018

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Doctor Víctor Manuel López Guerra

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo titulación: Prevalencia del Síndrome de Burnout en profesionales de la salud en una institución de salud pública, ubicada en la zona nororiental de la ciudad de Quito en el año 2017, realizado por Lorena del Carmen Paredes Sandoval, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por tanto, doy por aprobado el mismo.

Loja, marzo de 2018

DECLARACION DE AUTORIA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Lorena del Carmen Paredes Sandoval, declaro ser la autora del presente Trabajo de Titulación: **“Prevalencia del Síndrome de Burnout en profesionales de la salud en una institución de salud pública, ubicada en la zona nororiental de la ciudad de Quito en el año 2017”**, durante el año 2017, de la Titulación de Psicología, siendo mi tutor el doctor Víctor Manuel López Guerra: eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además, certifico que las ideas conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

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

Autora: Lorena del Carmen Paredes Sandoval.

C.I. 1801789106

DEDICATORIA

A mi esposo, mi luz, mi ejemplo, mi compañero de vida, por su infinita paciencia, su apoyo, su amor incondicional y sobre todo por creer en mí, y no permitir que me rinda, sin él, este sueño no hubiera podido ser realidad.

A mis hijos, mis ángeles, por todo su cariño, su aliento y comprensión, esos seres maravillosos que cada día me dan una lección de cómo ser un mejor ser humano.

A mis papás, mi ejemplo, por haberme forjado como una persona de bien, por siempre estar ahí, dándome su cariño y ayuda incondicional cuando más lo he necesitado.

AGRADECIMIENTO

A Dios, que iluminó mi camino para estudiar esta hermosa profesión y no me abandonó ni un solo minuto en esta difícil tarea, él siempre contestó a mis plegarias, él ha sido mi fortaleza y protección, a él le debo mi vida y mis triunfos.

A mi familia, que estuvo junto a mí siempre, apoyándome y animándome.

A mi tutor de tesis, un profesional a carta cabal, ejemplo de responsabilidad y generosidad.

A mi Universidad por los conocimientos impartidos.

Al Hospital donde realicé el estudio y todos los profesionales que amable y desinteresadamente colaboraron en este trabajo.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	ii
DOCENTE DE LA TITULACIÓN	ii
DECLARACION DE AUTORIA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	viii
RESUMEN	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN	3
1.1. <i>Conceptualización del Burnout</i>	7
1.2. <i>La historia en el concepto del burnout</i>	10
1.3. <i>Definiciones del burnout por décadas</i>	10
1.4. <i>Desarrollo y fases del burnout</i>	13
1.5. <i>Consecuencias del burnout en el ámbito, de la salud, laboral y familiar</i>	14
1.6. <i>Modelos explicativos de burnout</i>	16
1.6.1. Modelos Etiológicos Basados desde la Teoría Sociocognitiva del Yo.	16
1.6.1.1. <i>Modelo de Competencia Social de Harrison (1983)</i>	16
1.6.1.2. <i>Modelo de Autoeficacia de Cherniss (1993)</i>	17
1.6.1.3. <i>Modelo de Pines (1993)</i>	17
1.6.1.4. <i>Modelo de autocontrol de Thompson, Page, Cooper (1993)</i>	17
1.6.2. Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social.	18
1.6.2.1. <i>Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993)</i>	18
1.6.2.2. <i>Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freddy (1994)</i>	18
1.6.3. Modelos desarrollados desde la Teoría Organizacional.	19
1.6.3.1. <i>Modelo de Fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983)</i>	19
1.6.3.2. <i>Modelo de Winnubst (1993)</i>	19
1.6.3.3. <i>Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993)</i>	20
1.6.4. Modelos sobre el proceso el síndrome de quemarse en el trabajo.	20
1.6.4.1. <i>Modelo tridimensional de MBI-HSS Maslach y Jackson (1982)</i>	20
1.6.4.2. <i>Modelo de Edelwich y Brodsky (1980)</i>	20
1.6.4.3. <i>Modelo de Price y Murphy (1984)</i>	21
1.6.5. <i>Modelo de la Teoría Estructural de Gil-Monte, Peiró (1997)</i>	21
1.7. <i>Importancia del estudio del burnout en profesionales de la salud</i>	23
1.8. <i>Prevalencia del burnout</i>	23

1.8.1.	Prevalencia en profesionales de la salud a nivel mundial.	23
1.8.2.	Prevalencia en profesionales de la salud a nivel de Latinoamérica.	25
1.8.3.	Prevalencia en profesionales de salud a nivel nacional.	26
1.9.	<i>Variables asociadas al burnout</i>	27
1.9.1.	Variables sociodemográficas en profesionales de la salud.	27
1.9.2.	Variables laborales en profesionales de la salud.....	27
1.9.3.	Variables asociadas a la personalidad en profesionales de la salud.	28
1.9.4.	Variables moduladoras ante situaciones de estrés en profesionales de la salud.	28
2.2.	<i>Objetivos</i>	31
2.2.1.	Objetivo general.	31
2.2.2.	Objetivos específicos.	31
2.3.	<i>Preguntas de la investigación</i>	31
2.4.	<i>Contexto de la investigación</i>	32
2.5.	<i>Diseño de la investigación</i>	32
2.6.	<i>Población y muestra</i>	33
2.7.	<i>Procedimiento</i>	33
2.8.	<i>Instrumentos</i>	34
2.8.1.	Cuestionario Sociodemográfico y Laboral AD-Hoc.....	34
2.8.2.	Inventario de Burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory) [MBI- HSS].....	34
2.8.3.	Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28); (Goldberg y Hillier, 1979; versión española de Muñoz, Vázquez-Barquero, Rodríguez, Pastrana y Varo, 1979).	36
2.8.4.	Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE).....	37
2.8.5.	Cuestionario MOS de apoyo social. (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Steward, 1991; versión española Revilla, Luna del Castillo, Bailón y Medina, 2005).....	38
2.8.6.	Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A; Francis, Brown y Philipchalk, 1992; Versión española de Sandín, Valiente y Chorot, 1999).....	39
CAPÍTULO 3.....		40
ANÁLISIS DE DATOS		40
3.1.	<i>Resultados obtenidos</i>	41
3.2.	<i>Discusión de los resultados obtenidos</i>	49
CONCLUSIONES		58
RECOMENDACIONES		60
BIBLIOGRAFÍA		62
ANEXOS		74

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud.....	41
Tabla 2. Características laborales de los profesionales de la salud.....	42
Tabla 3. Resultados de los casos de burnout en los profesionales de la salud.....	45
Tabla 4. Resultados de las dimensiones del burnout en los profesionales de la salud.....	45
Tabla 5. Malestar emocional de los profesionales de la salud.....	46
Tabla 6. Estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud.....	47
Tabla 7. Percepción del apoyo social de los profesionales de la salud.....	48
Tabla 8. Rasgos de personalidad de los profesionales de la salud.....	48

RESUMEN

El principal objetivo de este estudio fue el identificar la presencia del Burnout en un Hospital Público del sector nororiental de la ciudad de Quito.

La investigación se realizó en el año 2017, con 37 profesionales de la salud, 28 médicos y 9 personas de enfermería, con el debido consentimiento informado.

Para la realización de esta investigación se aplicaron seis instrumentos: Cuestionario Sociodemográfico y Laboral AD-Hoc, el cual se realizó específicamente para esta investigación; Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28), que mide la situación mental actual de los individuos; Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), mide la manera de afrontar las situaciones de estrés que tienen los sujetos; Cuestionario MOS de apoyo social en su versión en español, sirve para analizar la percepción de apoyo social que reciben los profesionales; y Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A, Versión en español, que sirve para la medición de las dimensiones básicas de la personalidad.

En la presente investigación no se encontraron casos de Burnout dentro del personal que trabaja en esta casa de salud.

PALABRAS CLAVES: burnout, variables asociadas, prevalencia, profesionales de la salud.

ABSTRACT

The main objective of this study was identifying the Burnout Prevalence Syndrome and other psychological variables associated with mental health, coping strategies perception of social help and personality traits in doctors and patients in a public hospital in the northeastern sector of the city of Quito.

The investigation was carried out in 2017, with 28 physicians and 9 nurses with an average age of 40.25 years and with their proper informed consent.

In this research six instruments were applied: the Socio-demographic and Labor Questionnaire AD-Hoc, the Maslach Burnout Inventory (HBI-HSS), the Mental Health Questionnaire (GHQ-28), the Multidimensional Scale of Coping Styles Evaluation (BRIEF-COPE), the MOS Social Support Questionnaire, and the Eysenck Revised Personality Questionnaire EPQR-A.

Although in the present study no cases of burnout were found, it is important to note that important parameters were found in the associated variables: 25% of doctors and 11% of nurses with high emotional exhaustion, 21.4% of physicians and 22.2% of nurses with depersonalization and 21.4% of doctors and 55.6% of nurses with low personal performance. Likewise, in the sample of nurses, high levels of anxiety were found, reaching 75% and 55.6% of somatic symptoms; in physicians, we observe 53% in somatic symptoms and 63% in anxiety, whose motive can be the hourly load, the demand of superiors and patients, the bureaucratic paperwork, but above all, the responsibility that they have on the health and life of the patients. This is concluded by noting that the perception of social and emotional support is, in general, high in the sample.

INTRODUCCIÓN

El burnout es un síndrome que se caracteriza por el agotamiento emocional, la despersonalización y un sentimiento de baja realización personal, este síndrome conceptualizado como cansancio emocional, se caracteriza por ir paulatinamente minando de manera lenta pero considerable el estado de ánimo y por lo tanto el compromiso laboral, va además invadiendo al sujeto con sentimientos de inadecuación, fracaso y frustración.

Es bien conocido que las profesiones más perjudicadas con este síndrome son las de asistencia, aunque puede darse en todos los ámbitos del desenvolvimiento humano.

El entorno médico moderno en nuestro país es complicado, son muchos los factores laborales, institucionales, personales e interpersonales que tienen relación con la satisfacción laboral, el agotamiento emocional y el estrés. Hay muchos factores que inciden en el agotamiento tanto físico, como psicológico y emocional, mientras que hay profesionales que encuentran su profesión muy emocionante y desafiante, hay otros que la encuentran agotadora, injusta y no logran manejar los sentimientos de impotencia y frustración.

El presente trabajo consta de tres capítulos: Marco Teórico, Metodología, Análisis de Datos y Conclusiones y Recomendaciones.

El capítulo uno se refiere al Marco Teórico, mismo que aborda la conceptualización, historia, definiciones que han dado al síndrome a través de las últimas décadas, el desarrollo y las fases, las consecuencias para los afectados tanto en el ámbito familiar, laboral y de salud. En este capítulo también se topan los diferentes modelos explicativos del burnout, siendo estos: el Etiológico que se basa en la Teoría Sociocognitiva del Yo, los Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio social, Los Modelos Desarrollados desde la Teoría Organizacional, los Modelos sobre el Proceso del Síndrome de Quemarse en el Trabajo y el Modelo de la Teoría Estructural de Gil-Monte y Peiró.

Otros temas que se abordan en este primer capítulo son la Importancia del estudio del burnout, así como la prevalencia de éste, tanto a nivel mundial, latinoamericano y local, así como las distintas variables relacionadas al síndrome como son las sociodemográficas, las laborales, las asociadas a la personalidad y las moduladoras ante las situaciones estresantes.

El capítulo dos, hace referencia al método, esta fue una investigación cuantitativa, no experimental, transversal, exploratoria y descriptiva; en este trabajo, además, se plantea un objetivo general, que fue identificar la prevalencia del burnout en un hospital de la zona nororiental de la ciudad de Quito, así como varios objetivos específicos, en este capítulo

asimismo, constan las preguntas de investigación, el contexto, diseño, así como la población con la que se trabajó, la muestra utilizada y el procedimiento que utilizamos para la investigación.

Dentro de este segundo capítulo además, se describen los diferentes instrumentos utilizados para la investigación como son: un Cuestionario Sociodemográfico y Laboral AD-Hoc, elaborado específicamente para esta investigación, el Inventario de Burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory) [MBI- HSS], que mide el síndrome y sus variables, el Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28), para medir la situación mental por la que están atravesando los individuos, la Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), que evalúa las situaciones de estrés que tienen los sujetos; Cuestionario MOS de apoyo social en su versión en español, sirve para valorar la percepción de apoyo social que reciben los sujetos y el Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A, en español, que evalúa las dimensiones básicas de la personalidad.

El tercer capítulo, aborda el análisis de datos, primeramente, se describen las características sociodemográficas de la muestra como son: sexo, edad, número de hijos, etnia y estado civil, luego analizamos las características laborales donde se incluyen tanto los ingresos mensuales, los años de experiencia profesional, el tipo de contrato, sector del ámbito laboral, horas laboradas diariamente, número de pacientes atendidos, así como los turnos rotativos y los recursos que la institución les facilita para su desempeño.

A continuación se analizan las dimensiones del síndrome, mismas que fueron medidas mediante el Inventario Maslach, MBI por sus siglas en inglés, encontrando los siguientes datos: un alto nivel de la dimensión Agotamiento Emocional en un 25% de médicos y 11.1% en personal de enfermería, una puntuación así mismo alta en el 21.4% de médicos y 22.2% en personal de enfermería en la dimensión Despersonalización y finalmente un 21% en doctores y un 55.6% de enfermeras/os con bajas puntuaciones en Realización Personal.

Con todo este análisis de datos, llegamos a la conclusión que en este hospital de la ciudad de Quito no se encontraron casos del síndrome de burnout, pero sí datos dignos de tomar en cuenta en lo que se refiere a las variables asociadas; luego abordamos el tema del bienestar emocional, las estrategias de afrontamiento que utilizan los profesionales de la salud, cómo perciben el apoyo social que reciben y finalmente los rasgos de personalidad característicos de médicos y enfermeras/os de la muestra.

A continuación encontraremos el apartado discusión de resultados obtenidos, en el que se analizan los datos que se encontraron en la investigación y se contrastan con datos de investigaciones sobre el mismo tema tanto a nivel global, regional como nacional.

En el capítulo cuatro encontramos las conclusiones y recomendaciones, la principal conclusión es que, en esta muestra, no encontramos casos del síndrome y finalmente se hacen varias recomendaciones, la principal de las cuales es la necesidad imperiosa de que las instituciones de salud cuenten con especialistas en el área de psicología para dar permanente asistencia a sus miembros, esto repercutirá de manera inmediata y positiva en el tipo de atención, las relaciones con los pacientes, las relaciones interpersonales y por ende en la salud de los profesionales de la salud.

En esta investigación no se encontraron inconvenientes de consideración, salvo en pocas ocasiones que los profesionales de la salud se negaron a participar aduciendo que la firma en el consentimiento informado podría significar para ellos un riesgo, temían tener algún problema laboral si llenaban honestamente y esto podría traer represalias de sus superiores.

CAPÍTULO I
MARCO TEÓRICO

1.1. Conceptualización del Burnout

Fue en 1974 cuando Herbert Freudenberger, un médico psiquiatra alemán, utiliza por primera vez el término anglosajón *burnout*, que significa estar quemado o desgastado (Hernández y Navarrete, 2007). Durante esta época, Freudenberger trabaja como voluntario en una clínica de recuperación toxicológica, la Free Clinic de Nueva York, la palabra burnout en aquel medio era muy utilizada en la jerga artística y deportiva para señalar aquellos individuos que no llegaban a cumplir las expectativas del medio.

Este término se utilizaba asimismo para referirse a las secuelas de las sustancias estupefacientes consumidas por los adictos. Las observaciones que Freudenberger hicieron que llegue a la conclusión de que el trabajo desgastante de los voluntarios, incluyéndose a sí mismo, lo llevaban luego de un período más o menos de entre uno a tres años a tener un estado de desgaste, tanto físico como emocional; este desgaste incluía síntomas como depresión, ansiedad y desánimo (Mingote, 1999; Moreno- Jiménez, Gonzáles y Garrosa, 2000).

A la par de esta sintomatología, Freudenberger se va dando cuenta de otras características en quienes sufren de este desgaste, la principal, la insensibilidad, así como otras características notorias como la agresividad con los pacientes, con una marcada tendencia al distanciamiento, llegando en muchos de los casos a culpabilizar a estos de sus propios padecimientos. Es importante acotar que hay ciertas similitudes en la situación por la que estas personas pasaban, las agotadoras jornadas de trabajo, horarios extendidos, alta exigencia laboral y un modesto salario, con un ambiente social de tensiones permanentes. (Leiter, 1991).

Así también Farber (1983) lo denomina “un asunto serio”, ya que el agotamiento, en el lugar de trabajo, está afectando la vida, no únicamente de quienes trabajan en los servicios de salud, sino también de sus pacientes y familiares.

Pero es la psicóloga social Christina Maslach en 1977, quien, en una Convención de la Asociación Americana de Psicólogos, plantea el tema y oficializa el término. Lo conceptualiza como un síndrome que se da en los trabajadores, principalmente en el personal sanitario y docente, los mismos que trabajan en el servicio y en contacto directo con otras personas, produciendo un desgaste profesional (Martínez, 2010). A esta conclusión llega luego de haber estudiado durante algún tiempo las respuestas emocionales de empleados en el área de la salud, especialmente en quienes se dedicaban a cuidar de los pacientes y al estar en permanente contacto con ellos. Maslach utiliza el término que en aquel entonces lo utilizaban

los abogados de California para describir la situación emocional de sus colegas cuando, cansados, perdían el interés y la responsabilidad en sus labores, todos se sentían mucho más cómodos con este término antes que usar cualquier otro con referencia psiquiátrica que los etiquetaría negativamente. (Maslach y Jackson, 1986).

Así mismo Maslach y Jackson (1981, 1982) le dan una definición más clara: una manifestación comportamental del estrés en el trabajo, entendiéndola como un problema de tres dimensiones: cansancio emocional, despersonalización el momento de tratar con los pacientes y problemas en cuanto a la realización personal. Es, en base a estas características, que se crea el “Maslach Burnout Inventory” (MBI), batería que, justamente, mide estas características en los trabajadores del área de servicios humanos, estos rasgos se miden en tres sub-escalas y hoy por hoy es la más utilizada a nivel mundial cuando de medir el burnout se trata. La batería ha tenido tres revisiones y la novedad es que en su última revisión se consigue medir aquellas profesiones que, no necesariamente, brindan asistencia, incluyendo además el término “cinismo” en lugar de “despersonalización”, entendiéndose por cinismo a aquella actitud de indiferencia, distanciamiento, devaluación del propio trabajo, el valor y significado que se le pueda dar a éste. (Maslach, Jackson y Leiter, 1996).

Adicionalmente y con el pasar de los años, se van dando otras conceptualizaciones que van a ir complementando las anteriores, es así que, en 1987, Burke define al burnout como un proceso de adaptación del estrés laboral, con características como desgaste, confusión profesional, sumados a una frialdad y distanciamiento técnico debido al sentimiento de fracaso.

Ya en el año 2000, Farber lo concibe como un mal actual, donde el medio obliga al trabajador a producir más, en el menor tiempo y de la manera más eficiente. Por lo tanto, considera que el burnout está presente en cada uno de los trabajos actuales con cuatro características en común: 1) presión en satisfacer las demandas ajenas, 2) alta competitividad, 3) ansias por la obtención de más dinero y 4) una creencia de se le ha quitado algo que es suyo.

Hasta la fecha son varias las conceptualizaciones que le han dado al término *burnout*, cada una de ellas ha ido contribuyendo a que se comprenda más claramente el fenómeno del agotamiento, es importante anotar que, esta confusión y falta de consenso, han sido un obstáculo en los avances de los estudios al respecto.

Según Beemsterboer y Baum (1984) la comprensión clara del síndrome se ve dificultada por no contar con una sola definición operativa y un claro consenso de los síntomas que, por ahora, van desde una gripe hasta la depresión.

Por otro lado, ya el síndrome de burnout en la actualidad, no se considera exclusivo de quienes laboran en la atención humana, sino que se aplica a todas las personas que sufren de estrés laboral crónico, desde amas de casa, hasta altos ejecutivos, cuyas estrategias de afrontamiento, no están dando el resultado esperado, deduciéndose en una alta rotación en los puestos de trabajo, absentismo por enfermedades e incluso abandono de la labor.

Tomando en cuenta estas características y para poder tener más claro el tema, a continuación se analizará otras conceptualizaciones que se le da al término:

“Burnout es un proceso que comienza con niveles excesivos y prolongados de trabajo, esta tensión produce estrés, irritabilidad y fatiga. El proceso se completa cuando los trabajadores, de manera defensiva, se separan psicológicamente del trabajo, volviéndose cínicos, apáticos e indiferentes”. (Ray, Nichols y Perritt, 1987, p.3-28).

“Es un estado de agotamiento físico y emocional, desde las condiciones de trabajo hasta el alcanzar alguna expectativa poco realista impuesta por uno mismo o por los valores de la sociedad” (Freudenberger y Richelson, 1980).

Edelwich y Brodsky en 1980 lo definen como un menoscabo gradual del interés, la energía y los objetivos que experimentan los profesionales que trabajan en el servicio a otros, debido a su situación laboral.

Pines y Aronson en 1988, lo definen como una condición de cansancio físico, anímico y mental, que se da debido al involucramiento por períodos largos de tiempo en posiciones sumamente exigentes.

Todas las definiciones anteriores, se puede decir que tienen algunas variantes en cuanto a precisión y alcance del síndrome. Además, han contribuido a que comprendamos más a fondo el fenómeno del burnout, en este sentido muy acertadamente, Maslach (1982) afirma:

Algunas definiciones son limitadas, mientras que otras son más amplias, algunas son precisas, mientras que otras son globales, algunas se refieren a una condición puramente psicológica, mientras que otras incluyen comportamientos reales, algunos describen un estado o síndrome, mientras que otros hablan de un proceso, algunos hacen referencia a las causas, otras a efectos, algunas enfatizan las variables persona y otras las variables entorno. (p.31).

Si se analizan todos los conceptos que se han dado del burnout, se podrán encontrar ciertas similitudes: quienes la padecen sienten presión, un sentimiento de incompetencia, agotamiento físico, psicológico y emocional, hay una sensación de despersonalización,

agotamiento al no llenar las expectativas propias o de la sociedad, lo que causa depresión, angustia, malestar, convirtiéndose en una experiencia negativa que lleva al individuo a una notable disminución de su rendimiento y efectividad, con un factor en común, se da en quien, está dedicado generalmente al servicio a terceros.

Pero a lo largo de las décadas tanto las investigaciones como las conceptualizaciones han ido cambiando, es así como el primer uso del término “estar quemado” podría atribuírselo a Shakespeare en su obra “The Passionate Pilgrim” (Enzman y Kleiber, 1989), ahí ya se relaciona “to burn out” con estar exhausto, a continuación, analizaremos la cronología del término.

1.2. La historia en el concepto del burnout

Desgaste, esta podría ser la palabra en común en las concepciones dadas al síndrome de burnout, como se anotó anteriormente, la falta de consenso en un solo concepto ha sido un obstáculo en el avance de estudios empíricos al respecto, a continuación, se expondrán varios de los conceptos más populares y cómo el término burnout ha ido cambiando y tomando fuerza durante las últimas 5 décadas desde la primera vez que se usó el término.

1.3. Definiciones del burnout por décadas

Algunos han sido los conceptos que se le ha dado al término burnout a través de las décadas. En el cuadro 1 se presentan en forma cronológica los más importantes.

Cuadro 1. Distintas Concepciones que se han dado al Burnout a través de los años.

Año	Autores	Definición
1953	Schwartz, M.S. y Will, G.T.	En su obra “Low Morale and Mutual Withdrawal on a Mental Hospital Ward”, describe el cansancio y frustración que experimenta una enfermera ante la actitud negativa de sus compañeras.
1961	Graham Greene	En su obra “A Burnout Case”, nos relata la historia de un arquitecto que, decepcionado y atormentado, decide retirarse a la selva africana dejando atrás su vida y trabajo en la ciudad.

1969	Bradley, H.B.	En su obra "Community-based Treatment for Young Adult Offenders", crea el término <i>staff burnout</i> como un agotamiento del personal ante la pesada atmósfera en el lugar de trabajo.
1974	Freudenberger	Al trabajar en una clínica de desintoxicación y ver el desgaste de sus colegas, lo define así: Proceso paulatino, por el cual las personas pierden interés en su trabajo, en el sentido de responsabilidad y pueden hasta llegar a profundas depresiones que llevan a la muerte.
1976	Maslach	Lo define como una pérdida gradual de la responsabilidad laboral y un cinismo entre los colegas.
1978	Pines y Kafry	En su obra "Coping With Burnout", lo conceptualizan como un cansancio general tanto físico como mental al cumplir responsabilidades en el trabajo.
1980	Edelwich y Brodsky	Lo definen como una pérdida progresiva de energía y motivación que se da en cuatro fases: entusiasmo, estancamiento, frustración y apatía.
1980	Cherniss	Lo asocia con una mezcla del estrés y la tensión, destacada en tres momentos: desequilibrio entre demandas y recursos, respuesta emocional de estrés y cambios en la conducta.
1981	Maslach y Jackson	Lo definen como un conjunto de actitudes de despersonalización del rol profesional debido al desgaste emocional causado por el estrés laboral.

1984	Brill	Lo separa de una definición psicológica, indicando que es solamente un problema en adaptarse a un reajuste en el área laboral.
1993	Burke y Richardson	Indican que el burnout es una experiencia psicológica de actitudes, sentimientos, motivos y expectativas, en lugar de una incomodidad o un obstáculo.
1996	Schaufeli y Buunk	Dan su definición como un comportamiento negativo del trabajador en la empresa, que no solamente afecta al trabajador sino a ésta.
2000	Gil-Monte y Peiró	Desde un punto de vista psicosocial, definen el burnout como un padecimiento con componentes cognitivo-aptitudinales, emocionales y actitudinales.
2002	Peris	Lo enfatiza como una perturbación debido a la descarga o desestabilización de tareas laborales por encima de la capacidad del trabajador; al llegar a este punto, hay periodo de extremo agotamiento físico y emocional que impiden el cumplimiento de las responsabilidades.
2008	Maslach y Leiter	Relacionan el término con un alto volumen de trabajo, ambigüedad del rol, baja previsibilidad, falta de apoyo e inequidad.

De los anteriores significados que se han dado al síndrome, me llama mucho la atención el que dio Freudenberg en 1974, su experiencia de observación al personal que atiende en el ambiente hospitalario estresante, como es el de una clínica de desintoxicación, define claramente para mí lo que sucede con alguien con burnout, las personas paulatinamente van perdiendo el gusto a su trabajo, van perdiendo el compromiso con su profesión, llegando a deprimirse de tal manera que incluso está en riesgo su vida. Otra contribución muy interesante

es la de Edelwich y Brodsky en 1980, que definen el burnout en cuatro etapas: entusiasmo, estancamiento, frustración y apatía.

Sobre la base de estas ideas, se ha ido concluyendo que el burnout es un proceso que se da como respuesta a experiencias diarias ante los distintos eventos que se presentan y cómo reaccionamos antes estos, seguidamente analizaremos cómo se desarrolla y sus etapas.

1.4. Desarrollo y fases del burnout

El burnout se desarrolla secuencialmente, esto es una sucesión de condiciones, rasgos y sintomatologías que se da en respuesta a los acontecimientos cotidianos que no se pueden manejar y que producen estrés.

Son varios los autores que hablan de las fases del desarrollo del síndrome, pero es bastante difícil que exista un consenso ya que, los síntomas varían mucho de una persona a otra, unos le dan más importancia al síntoma que se presenta en primera instancia, mientras que otros, a la serie de eventos que se van dando luego, hasta completar el proceso del burnout.

Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983), realizan varios estudios en los que participan directivos de empresas, personas dedicadas a las ventas y otros profesionales que no necesariamente trabajan en atención directa a otros, ellos llegan a la conclusión a diferencia de autores como Maslach y Jackson (1981), Cox, Kuk y Leiter (1993) de que, el síndrome, no se da únicamente en personas al servicio humano, sino, en todo tipo de profesionales.

En un estudio realizado por Leiter y Maslach (1988), se reafirman de manera general las anteriores propuestas de estos autores, con ciertas excepciones, este estudio, argumenta que, los profesionales, cuyos roles les obligan a tener un contacto interpersonal con otros (jefes, supervisores), son los que más agotados emocionalmente están, siendo el contacto con colegas, el que tiene mayor relación.

Los resultados reafirman la relación entre el burnout y el compromiso hacia el trabajo; adicionalmente el desgaste emocional y el logro personal, hicieron contribuciones independientes a la predicción de este compromiso.

Un análisis más a fondo de este estudio, sugiere que existe un nexo negativo entre contactos desagradables con su superior inmediato y un nexo positivo entre la relación con los colegas y el compromiso con el trabajo. Juntas, estas conclusiones, indican que las relaciones

interpersonales en el área de trabajo son esenciales para explicar la variación en las reacciones emocionales de un empleado.

La conclusión en los estudios de Leiter y Maslach (1988, 1993) es que, en primera instancia, se da el agotamiento emocional, seguido por la despersonalización y finalmente la escasa realización personal laboral.

En 1993, Lee y Ashforth realizaron un estudio a un grupo de 148 supervisores de empleados dedicados al servicio humanitario, un modelo de burnout administrativo fue desarrollado y sugiere que, el desgaste emocional, juega un papel central en el proceso de burnout, así mismo, este modelo indica que el desgaste estaba asociado con el apoyo social, la satisfacción en el trabajo y en la vida y el tiempo que se pasaba, tanto con clientes, como con subordinados.

Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995), afirman que, la despersonalización, se da como resultado del agotamiento emocional y una baja realización en el ámbito laboral. Por otro lado, Gil-Monte (2005, 2007) habla también de que, la baja realización en el ámbito laboral y el desgaste emocional dan como resultado la despersonalización y sentimientos de culpabilidad.

Con las evidencias anteriores, es importante resaltar que, las discrepancias que se han dado hasta el momento, en cuando al desarrollo del síndrome, han sido por la variabilidad en la sintomatología entre los profesionales que lo padecen, pero un punto que me parece neurálgico son las relaciones interpersonales entre colegas. A continuación, se analizarán las consecuencias que trae el burnout en los diferentes ámbitos de la vida del profesional hospitalario.

1.5. Consecuencias del burnout en el ámbito, de la salud, laboral y familiar

Las tensiones que experimentan los profesionales de la salud son muchas. La principal es el shock que sufren al encontrarse con la realidad, una realidad para la que, durante su formación teórica, no se les preparó, y si a ello se le suma la cantidad de pacientes a atender diariamente, muchos de ellos en situación de riesgo, la presión aumenta exponencialmente. Estas tensiones, tienen fuentes internas y externas; entre las fuentes internas están: una baja autoestima, expectativas demasiado elevadas acerca de su rendimiento, la necesidad obsesiva de ser sobresaliente, pretensiones irrealistas, falta de preparación para la tarea, etc. Entre las fuentes externas, podríamos nombrar: un horario excesivo, mal ambiente de trabajo,

baja remuneración, jefes problemáticos, conflictos laborales, falta de reconocimiento al esfuerzo realizado, demasiada burocracia en el lugar de trabajo, etc.

Asimismo, estas fuentes de conflicto van minando poco a poco, tanto la salud, como las relaciones interpersonales de los trabajadores del área médica, llegando a somatizar muchos de estos problemas, dando paso a padecimientos como, migrañas, alteraciones en el sueño, presión alta, problemas del corazón, problemas dermatológicos, problemas asmáticos, alergias, problemas digestivos, resfríos por baja del sistema inmunológico, calambres musculares, insomnio, cansancio, adicción al alcohol y a las drogas, problemas sexuales, ansiedad, cáncer, depresión, entre otros inconvenientes en los que se va derivando el estrés crónico de quienes padecen burnout (Gil-Monte, 2005).

Otro problema que afecta la salud del profesional hospitalario, es la falta de tiempo y motivación para actividades físicas; siendo estas actividades físicas una de las más efectivas formas de contrarrestar el estrés.

La irritabilidad que el profesional experimenta, sus cambios constantes de humor, el agotamiento, la hostilidad y el desequilibrio emocional, no tardan en pasarle factura, afectando a su vida familiar y profesional.

En el lugar de trabajo el mayor problema debido a la desmotivación es el deterioro de las relaciones interpersonales entre los empleados, problemas de comunicación, disminución en el rendimiento e insatisfacción laboral, por lo tanto, se da un alto absentismo en el entorno laboral, obligando al empleador a contratar personal temporal, contrataciones que significan un alto costo para las empresas.

Con la familia, como la más compleja de las instituciones y base de la sociedad, esta condición afecta enormemente su funcionalidad. Es muy difícil tratar de conciliar vida de familia con el trabajo, peor aún si este último es tan exigente en horario y atención. En vista de ello, la dinámica familiar se ve afectada ya que no hay una comunicación sana basada en el respeto, no hay un horario estable y muchas veces se han intercambiado los roles tradicionales.

Adicionalmente a lo expuesto, la condición psicológica del profesional, no le permite tener una relación familiar normal y si a eso le sumamos condiciones como abuso de sustancias estupefacientes, alcohol y medicinas, la situación se agrava. Otro problema frecuente en la relación familiar de los trabajadores de la salud, son los horarios irregulares y rotativos, horarios que no le permiten planificar o participar en las actividades de familia o actividades de ocio, tornándose en un problema intrafamiliar motivo de conflictos, sumándole así, más presión aún al sujeto.

Cabría preguntarse entonces ¿cuál es el modelo que explica claramente este fenómeno?, bueno, son varios autores que han enriquecido el tema con tomos enteros de literatura al respecto, pero hasta hoy existe mucha polémica en cuanto a la etiología del mismo, a continuación consideremos los Modelos que se han planteado, mismos que agrupan una serie de variables, antecedentes y consecuencias, analizando cuáles son las características que se van dando en el transcurso del desarrollo, hasta que los profesionales llegan a sentirse quemados.

1.6. Modelos explicativos de burnout

1.6.1. Modelos Etiológicos Basados desde la Teoría Sociocognitiva del Yo.

Para los modelos Etiológicos es de suma importancia considerar factores como la autoconfianza, la autoeficacia, el autoconcepto, etc. En estos, las causas sustanciales son: el esfuerzo para el logro de objetivos, junto con sus consecuencias emocionales y la influencia de las cogniciones en la forma de percibir la propia realidad. (Martínez, 2010).

1.6.1.1. Modelo de Competencia Social de Harrison (1983).

Harrison (1983) indica que, inicialmente, la mayoría de los trabajadores en el área hospitalaria, ingresan altamente motivados, con intenciones de ayudar a los demás y con alto nivel de altruismo; según este modelo, la motivación para ayudar, determina la eficacia del trabajador, de modo que, a mayor motivación, mayor eficacia.

El modelo de competencia social de Harrison, considera que, los trabajadores, establecen metas laborales demasiado altas sobre el logro de sus objetivos. Una vez en el entorno laboral, factores, tanto de ayuda como de barrera, influyen de manera drástica en el ejercicio. Si son factores de ayuda, la práctica profesional se desarrolla de manera eficiente; pero si son factores de barrera, se pierde la motivación cuando las metas no son alcanzadas satisfactoriamente, se disminuye la eficacia percibida y se llega al estado del burnout.

1.6.1.2. Modelo de Autoeficacia de Cherniss (1993).

Cherniss, basándose en la “Teoría de Autoeficacia Percibida” de Bandura (1986), apunta a que, las suposiciones que los trabajadores tienen sobre sus capacidades, afectan directamente a las situaciones en las que se encuentran.

Personas con altas nociones de autoeficacia percibida, demuestran menos estrés en momentos claves y logran alcanzar metas al estar conscientes de que pueden sobrepasar los obstáculos en el camino.

Por otra parte, Cherniss (1993) concluye que, en el caso opuesto, el fallo en el alcance de estos fines, disminuye considerablemente la autoeficacia del trabajador, lo que conlleva a sentimientos de fracaso y consecuentemente al desarrollo del síndrome de burnout.

1.6.1.3. Modelo de Pines (1993).

Se podría decir que este modelo es netamente motivacional, ya que Pines considera que, los sujetos que llegan a padecer burnout, son únicamente los que tienen altas expectativas y motivación.

Particularmente en el área de la salud, los trabajadores que le asignan un sentido existencial a su práctica, la justifican como ayuda benefactora, dándole significado, utilidad e importancia a su vida laboral. Con altos objetivos y altas expectativas, los trabajadores motivados tienen una identidad existencial, y al fracasar, sienten que esa contribución a la vida ya no se puede dar, facilitando el desarrollo del burnout.

No obstante, quienes laboran sin una motivación de vida, son propensos a experimentar estrés, depresión o fatiga, más no dicho síndrome.

1.6.1.4. Modelo de autocontrol de Thompson, Page, Cooper (1993).

Estos autores destacan cuatro ingredientes para la aparición del síndrome: discrepancias entre demanda y recursos, nivel de autoconsciencia, expectativas de éxito y sentimientos de autoconfianza.

En este modelo, se crea el término de “retirada mental o conductual”, que es una reacción mental desarrollada por el trabajador frente a fracasos reiterados en el logro de objetivos laborales resaltados por la autoconsciencia. Una reincidencia en estas retiradas, terminarán llevando a la despersonalización, como un mecanismo de decrecer la cantidad de fracasos en el ámbito laboral.

1.6.2. Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social.

Basados en la idea de la comparación social, estos modelos hablan de la percepción de la inequidad y ganancia, percepciones que, de darse el caso, pueden llevar a padecer el síndrome.

1.6.2.1. Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993).

Su modelo fue basado en un estudio del burnout en personal de enfermería, en dos facetas de su desempeño laboral, el primero la relación social con los pacientes y el segundo y el más importante, en el sentido de filiación en la relación con los compañeros de trabajo. Cabe anotar que los autores consideran tres fuentes estresoras para que se dé el burnout: falta de control, percepción de equidad y el sentimiento de incertidumbre.

Buunk y Schaufeli (1993) a diferencia de modelos anteriores, argumentan que la relación con los pacientes afecta al personal médico significativamente, pues, los problemas, la ansiedad y la inseguridad de estos pacientes, no le proveen al trabajador de una experiencia gratificante. Por otra parte, al experimentar frustración y falta de motivación, los trabajadores no acuden a sus colegas ya que se sienten inhibidos por la probabilidad de dar una imagen de incompetencia.

1.6.2.2. Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freddy (1994).

En este modelo se enfatiza los recursos de los trabajadores, recursos que categorizan así; propósitos como la habilidad para afrontar, condiciones, características personales y capacidad física.

Hobfoll y Freddy (1994) indican que para que un empleado disminuya el riesgo de experimentar fracaso, debe tener acceso a una mayor cantidad de recursos que le permitan desempeñarse en su área lo más exitosamente posible. El burnout es así controlado pues, con mayor acceso a recursos, la vulnerabilidad del estado mental de los trabajadores se mantiene baja.

1.6.3. Modelos desarrollados desde la Teoría Organizacional.

Según estos modelos, el burnout, se desarrolla dependiendo de la dinámica en la organización de la institución donde se labora. La aparición del síndrome se daría dependiendo tanto del apoyo general, de la institucionalización y variables como los roles, el apoyo percibido, el clima laboral, la cultura organizacional, la estructura de la empresa, así como la manera individual de afrontar los problemas se relacionan directamente con la presencia del síndrome.

1.6.3.1. Modelo de Fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983).

Este modelo considera algunas fases, en la primera el exceso de trabajo sumado a la pobreza del rol desempeñado, da como resultado la sensación de falta autocontrol y autonomía, desencadenándose así en el estrés. En la segunda etapa se da la táctica de distanciamiento, distanciamiento de los estresores, de manera que, dependiendo de que si usamos ya sea el cinismo o la empatía, el sujeto desarrollará el síndrome o no, en las fases siguientes vendrá la baja realización personal, llegando finalmente a un estado de total agotamiento emocional.

1.6.3.2. Modelo de Winnubst (1993).

Este modelo considera que el burnout, no únicamente afecta a trabajadores de la salud, sino a todo tipo de institución. La probabilidad de que el síndrome aparezca en los empleados dependerá de la organización de la empresa ya sea que esta fomente la creatividad y la independencia o sea rígida y perfeccionista.

Este modelo considera que el apoyo social es medular en toda organización, en un sistema burocrático, donde existe monotonía y desorganización, se dará un agotamiento emocional, conflictos interpersonales, disfunción de roles, apareciendo el estrés y el agotamiento.

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

Al igual que los autores anteriores, para Cox, Kuk y Leiter la disposición institucional con sus políticas, estructura y cultura organizacional son sin duda ingredientes importantes en el desarrollo del síndrome en el personal hospitalario.

Es importante acotar que, si bien la estructura organizacional influye, el verdadero motivo del progreso del burnout es la falta de estrategias de afrontamiento ante los problemas cotidianos.

En este modelo a diferencia de los anteriores, la despersonalización y la falta de empatía, son además de mecanismos de defensa, respuestas de afrontamiento ante los obstáculos en el trabajo; solamente el agotamiento emocional experimentado es lo que lleva al desarrollo del burnout.

1.6.4. Modelos sobre el proceso el síndrome de quemarse en el trabajo.

1.6.4.1. Modelo tridimensional de MBI-HSS Maslach y Jackson (1982).

El Maslach Burnout Inventory, Human Services Survey, también conocido por sus siglas MBI-HSS, se enfoca en el estudio del desgaste en el trabajo en todo trabajador del área hospitalaria y mide esta afección utilizando tres escalas: logro personal, despersonalización y desgaste emocional.

1.6.4.2. Modelo de Edelwich y Brodsky (1980).

Estos autores hacen referencia al desarrollo del burnout en cuatro etapas:

- Fase de entusiasmo, caracterizada por expectativas irreales en el inicio de la actividad laboral, gran energía y mucha ilusión, en esta etapa, el individuo se siente sobre calificado y se implica de manera exagerada en la labor.

- Fase de estancamiento, comienza a bajar el entusiasmo, va bajando el ritmo de trabajo dándole mayor importancia a otras actividades, tanto sociales como familiares, comenzando a fijarse en otros aspectos del trabajo como ingresos económicos, gratificaciones, vacaciones, etc.
- Fase de frustración, en esta etapa, ya comienzan a aparecer problemas físicos, emocionales y conductuales, producto de los reveses profesionales, el trabajador se comienza a plantear si vale la pena el esfuerzo, si es bien remunerado, si es realmente necesario dar ayuda a los demás y comienza a renegar de la burocracia laboral.
- Fase de apatía, está desmotivado, no acepta ningún tipo de motivación o cambio, reniega de la atención a los pacientes y lo único que lo motiva es la compensación, misma que en algo pueda compensar su falta de entusiasmo en el trabajo, esta apatía aparece como un mecanismo de defensa ante toda esta frustración.

Es importante mencionar que los autores consideran que este proceso se puede dar algunas veces en el mismo trabajo o en distintos trabajos.

1.6.4.3. Modelo de Price y Murphy (1984).

En este modelo, se asocia el experimentar el síndrome de burnout con un proceso de duelo, ya que los síntomas incluyen pérdidas tanto personales como interpersonales, así como en el ámbito laboral. Se asocia al trabajo como una forma de identidad y así la autoestima, está conectada de cierta manera con el desempeño del trabajador en su área. Es así como las experiencias en el trabajo tienen consecuencias a un nivel personal y a su vez estos cambios en la parte individual, son los que llevan al desarrollo del burnout.

1.6.5. Modelo de la Teoría Estructural de Gil-Monte, Peiró (1997).

En este modelo el burnout es considerado como una estrategia de reacción ante el estrés laboral percibido ya que es un producto de la revaloración, cuando, el afrontamiento a un problema no es el apropiado. Esta reacción, depende de la relación entre el estrés percibido y las consecuencias de este.

De lo anteriormente expuesto y luego de analizar cada uno de los modelos, considero que el modelo que se acerca más a la realidad del personal médico de Ecuador es el Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli.

Comencemos recordando la Teoría de la Comparación Social de Festinger (1954), la cual habla del proceso mediante el cual una persona cuando siente afinidad y atracción por cierto grupo social, lo convertirá en su referente para su comportamiento y sus creencias. Así mismo el grupo social ejerce presión en sus miembros para que se alineen a sus opiniones y creencias, obligándolas a cambiar de opinión, si esta fuese diferente, para que se ajusten a las ideas del grupo.

Festinger (1954) considera así mismo que las personas buscan uniformidad, esto deriva en dos tendencias, no compararse con lo que perciben diferentes y por otro lado compararse con lo que sí consideran afines.

De acuerdo a Buunk y Schaufeli (1993), el burnout aparece debido a la percepción de desigualdad del sujeto cuando hace una comparación con sus colegas, comparación que según lo observado en mi investigación se da a todo nivel en nuestro medio.

En los estudios realizados, quienes tenían un alto grado de burnout evitaban las comparaciones ascendentes, en especial quienes puntuaban alto agotamiento emocional, llegando a la conclusión de que el síndrome se da a consecuencia de la comparación social.

En cuanto a procesos como a mecanismos de filiación, los profesionales no buscan un apoyo social en sus colegas ante los estresores de día a día, por temor a ser juzgados y considerados incapaces, este temor a ser juzgados y a que sus problemas sean ventilados entre colegas está latente en el personal médico que comparte el mismo lugar de trabajo, como es lógico, los problemas se van acumulando, aumentando la presión en los profesionales.

De lo anteriormente expuesto, podemos darnos cuenta de la gran importancia de considerar la comparación social en contextos organizacionales, además de variables organizacionales, personales y sociales mismas que afectan tanto directa como indirectamente en el desarrollo del burnout en nuestro medio.

Luego de dar una mirada a los diferentes modelos planteados del burnout, se analizará a el por qué es importante el estudio del síndrome en los profesionales de la salud y la prevalencia de este, sin olvidar que, siendo un síndrome adaptativo crónico que avanza de manera constante y progresiva, va poco a poco disminuyendo la calidad no solo del desempeño profesional, sino la calidad de vida del sujeto.

1.7. Importancia del estudio del burnout en profesionales de la salud

En la prestación hospitalaria a nivel mundial se ha dado absoluta importancia a la calidad de servicio a los pacientes, dejando de lado el bienestar de médicos y enfermeras, cuando, para garantizar la salud del cliente primero se debe garantizar la salud del prestador del servicio. Pero, al verse afectada la integridad tanto física como emocional de los profesionales, automáticamente se ve afectado el servicio y por lo tanto la calidad de vida de los pacientes.

Es sorprendente la universalidad del burnout entre trabajadores de la salud, ya que las características a las que se enfrentan son comunes: excesiva explotación psico-emocional, excesivo número de horas de trabajo, relación diaria con gran número de pacientes, afrontamiento a un sistema burocrático complicado, responsabilidad sobre la salud y vida de otros, falta de recursos para realizar a cabalidad su trabajo, etc.

Todas estas condiciones de trabajo adversas, van poco a poco provocando sentimientos negativos en el personal, como tensión nerviosa, irritabilidad, ansiedad, depresión e impotencia, lo que a la larga producen extenuación física y emocional, sentimientos que van abriendo una brecha entre médico y paciente. Al darse este distanciamiento, el profesional experimenta una baja en su realización personal, sentimientos de culpa y conducta de evitación, llegando en muchos casos incluso a abandonar su puesto de trabajo. (Maslach, 1982, 2003)

Por lo anteriormente expuesto, queda claro que los esfuerzos por mejorar la salud del personal hospitalario, serán esfuerzos que irán directamente en beneficio del paciente. Mientras el personal médico se sienta realizado su calidad de vida será óptima, como afirmaba Viktor Frankl en 1959 en su libro "El hombre en busca de sentido", un firme sentimiento del significado de la vida es la fuerza fundamental que motiva al hombre, sin ese sentido de la vida habrá un vacío existencial y una apatía difícil de llenar.

1.8. Prevalencia del burnout

1.8.1. Prevalencia en profesionales de la salud a nivel mundial.

Son varios los estudios que se han realizado a cerca del síndrome de burnout y su prevalencia, la gran mayoría de ellos son estudios aislados en los diferentes hospitales y casas asistenciales a nivel mundial. Lastimosamente no existen estudios que engloben a varios países o muestras.

En 2013, Sablik, Samborska-Sablik y Drożdż, realizaron una recopilación de 20 artículos destacados de la base de datos Medline, con los siguientes criterios de inclusión, burnout profesional, epidemiología, prevalencia de la salud, cirugía, cuidados intensivos, otorrinolaringología, oftalmología, psiquiatría, radiología, oncología, ginecología, hematología. Otro criterio de inclusión fue que los estudios tengan un mínimo de 100 profesionales por muestra, que su entorno los predisponga al síndrome y que además sean estudios publicados en los últimos 10 años.

Este estudio agrupó los resultados en tres grupos: médicos intervencionistas/anestesiólogos, médicos familiares y médicos de otras especialidades. Esta recopilación obtuvo los siguientes resultados:

En médicos intervencionistas / anestesiólogos, Sablik, et. al., concluyen que más del 50% de éstos en casi todos los casos experimentan desgaste emocional, despersonalización y bajo sentido del logro personal; en Portugal los niveles de despersonalización llegaron hasta el 91% y en desgaste emocional a un 57.8%.

En Canadá de una muestra de 123 médicos familiares, casi el 50% obtuvieron un alto grado de desgaste emocional y despersonalización.

Entre médicos de la familia, Sablik, et. al. (2013), llegaron a la conclusión de que en general, más de la tercera parte de la muestra experimenta alguno de los síntomas del síndrome de desgaste en el trabajo. En una muestra de 500 doctores familiares húngaros, se encontró un 60% experimentando despersonalización y un 100% con bajo logro personal.

En profesionales de otras especialidades de la salud, un estudio estadounidense realizado a otorrinolaringólogos se encontró el síndrome en el 84% de ellos. Dos terceras partes de los psiquiatras neozelandeses, manifestaron de moderado a alto su índice de agotamiento emocional, con un bajo sentido de logro personal. Así mismo en psiquiatras italianos se encontró un alto agotamiento emocional.

Un estudio realizado en Sudáfrica en 2015 sobre el burnout en la salud mental y laboral de las enfermeras en el que participaron 895 profesionales, arrojó un 16% en agotamiento emocional, un 10% en despersonalización y un 10% en cuanto al bajo logro personal. Al analizar las evidencias, se encontró que había circunstancias que ahondaban el problema como, la mala gestión en el manejo del personal, la falta de recursos, jornadas agotadoras y sobre todo los riesgos en la seguridad que vivían las enfermeras al trasladarse al trabajo debido a la gran cantidad de delitos violentos que se dan en el país. En relación al peligro

percibido por el personal de enfermería es lógico deducir que ellas se preocupaban primero por su seguridad e integridad que por la de los pacientes, trayendo como consecuencia una falta de capacidad para disfrutar tanto de su trabajo, como en actividades de ocio saludables y relajantes, y a la postre bajos niveles de satisfacción personal y laboral.

Así mismo, Sablik et. al. en un estudio polaco, de 70 radiólogos, casi un 80% presentó niveles altos y moderados de burnout.

1.8.2. Prevalencia en profesionales de la salud a nivel de Latinoamérica.

En Latinoamérica la dinámica económica-laboral es muy particular, no se compara a la de otras realidades, las teorías y métodos con los que hasta aquí se cuentan son creadas y perfeccionadas en países del primer mundo no en nuestro contexto. Debido a esto, estudios latinoamericanos del síndrome de burnout han presentado resultados diversos y contradictorios; considerando las múltiples variables, tamaños de muestra y características sociodemográficas de los estudiados, es difícil llegar a una conclusión universal que englobe a todo el continente.

Es así como, en su estudio del burnout en Latinoamérica Díaz y Gómez (2016), argumentan que, parámetros de estudio del síndrome, incluyendo el MBI de Maslach, presentan dificultades al aplicarse en Latinoamérica. Al ser parte de países con realidades distintas y en vías de desarrollo, las circunstancias económicas, laborales y la cultura, condicionan la imparcialidad y validez de los estudios.

Díaz y Gómez (2016) indican que es de suma importancia y considerando el aumento del síndrome en la región, tomar en cuenta el entorno económico y social para así formar parámetros de medición aptos para el mundo en el que se encuentra la muestra. Al desarrollar formas de medida que encierren las particularidades latinoamericanas, se podrá tener una verdadera idea de la realidad.

En el 2014, un estudio llevado a cabo por Maticorena-Quevedo et. al., de la Superintendencia Nacional de Salud del Perú, en la que analiza el síndrome en médicos y enfermeras de este país, arrojó que la prevalencia del síndrome era mayor en médicos que en enfermeras, en realización personal hubo similitud entre los dos profesionales, este fue bajo en comparación con los niveles altos de agotamiento emocional y despersonalización. Explicando este fenómeno debido a las falencias del sistema en cuanto a ingreso económico, formación,

reconocimiento y reconocimiento a las capacidades de los profesionales de la salud. Cabe anotar que este estudio no incluyó a los profesionales independientes que no trabajan para el Ministerio de Salud de Perú. Estudio

Así mismo, Sablik et. al. (2013), en Brasil, se encontró una gran prevalencia del burnout (69%) en médicos oncólogos.

Finalmente es importante mencionar que para la detección, análisis y prevención se debería trabajar con equipos interdisciplinarios que incluyan antropólogos, psicólogos, filósofos, economistas, biólogos, entre otros.

El tema no es muy diferente en nuestro país, a continuación, miremos los datos nacionales.

1.8.3. Prevalencia en profesionales de salud a nivel nacional.

Son muchos los estudios que se han hecho en Ecuador sobre el síndrome de burnout en profesionales de la salud, todos estos estudios han sido aislados y en diferentes hospitales del país.

El estudio más importante y el único que recopila datos a nivel nacional, es el que realiza la Doctora Marina del Rocío Ramírez en 2015, lo interesante de este es que engloba las 24 provincias con 2404 profesionales sanitarios, constituyéndose en un estudio único de esta índole. En este estudio se encontró prevalencias del 17.6% para cansancio emocional, un 13.6% en alta despersonalización y un 18.2% en baja realización personal laboral; con un total de 36.4% de incidencia del burnout.

En el año 2011 se realizó un estudio del burnout en 126 doctores pertenecientes al Ministerio de Salud Pública en la provincia del Azuay, con una prevalencia del 8.73% en cansancio emocional, 12.69% en despersonalización y un 20.63% en baja realización personal, con un resultado global del 2.38% de prevalencia del burnout. (Durán y García 2011).

Así mismo en el año 2011, Landázuri realiza un estudio en el Hospital de la Policía Nacional en la ciudad de Quito donde se encuentra un bajo nivel del síndrome, con un 67% de profesionales que muestran un bajo cansancio emocional, un 77% bajos niveles de despersonalización y un 63% muestra altos niveles de realización personal.

Son algunas las variables que se han asociado al síndrome, se explicaran en el siguiente apartado.

1.9. Variables asociadas al burnout

1.9.1. Variables sociodemográficas en profesionales de la salud.

En el estudio del burnout, las conclusiones a cerca de las variables sociodemográficas (estado civil, lugar de nacimiento, sexo, edad, años de trabajo, experiencia, etc.) son las más contradictorias y con menor definición.

Estudios como los de Gold (1985) indican que, los hombres tienden a demostrar más altos niveles de despersonalización, debido a que la cultura occidental, impulsa un rol masculino enfocado en el éxito y en la represión de emociones. Sin embargo, conclusiones dadas por Farber (1984) y Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1996) indican que no existen rasgos significativos en la magnitud del síndrome de burnout cuando de género se trata.

Asimismo, Fuqua y Couture (1986), argumentan que trabajadores con hijos, obtienen puntuaciones más bajas en niveles del síndrome; infiriendo que éstos, con mayor edad son más maduros psicológicamente y han desarrollado maneras de afrontar el estrés eficazmente. En este sentido, cabe anotar que otros estudios, presentan más altos niveles de estrés en trabajadores en cuyo trabajo tienen muchos niños a cargo (Moreno-Jiménez, Garrosa y González (2000).

En cuanto al estado civil, mismo que se podría en la actualidad considerar como con pareja-sin pareja, más que casado o soltero, las conclusiones son contradictorias, existiendo a pesar de ello pequeñas diferencias en cuanto al desgaste profesional, ya que quienes tienen pareja, apoyo de supervisores y amigos manejan de mejor manera el estrés (Moreno-Jiménez, Garrosa y González (2000).

1.9.2. Variables laborales en profesionales de la salud.

Ciertos autores como Golembiewski y Munzenrider (1988) cuestionan lo que significa el logro personal y la despersonalización como componentes del burnout en profesiones que no requieren relaciones interpersonales. No obstante, Farber (1983) indica que el burnout tiene una definición restringida en cuanto a profesiones hospitalarias, ya que en estas el individuo no solamente es un asalariado sino la herramienta que se utiliza para tratar con pacientes, necesitados, demandantes y con una serie de problemas a costas.

Leiter y Schaufeli (1996), propusieron el Maslach Burnout Inventory- General Survey (MBI-GS), que intenta medir los niveles de burnout en profesiones diferentes al del ámbito de la salud. Aun cuando esta batería utiliza parámetros y sub-escalas particulares, aún se necesita más investigación para poder diagnosticar un burnout de manera precisa.

McCue (1986), adicionalmente, argumenta que el personal médico, se encuentran en una posición única al experimentar el síndrome, ya que ellos encuentran el estrés en relaciones interpersonales extraordinarias; pacientes y familiares que lidian con problemas de sufrimiento, sexualidad, miedo y muerte.

1.9.3. Variables asociadas a la personalidad en profesionales de la salud.

De acuerdo con Cherniss (1980) y Garden (1989), la personalidad de un individuo, tiene un papel muy importante el momento de influir tanto en la predisposición como en el desarrollo del burnout. Además, Lazarus (1966) en su trabajo en el campo del estrés psicológico indica que, la característica de la personalidad es el aspecto más importante cuando un trabajador experimenta estrés y burnout.

Por otra parte, Carroll y White (1982) advierten que, aunque el argumento de Lazarus es certero, no hay una personalidad o una configuración de carácter que “por sí misma”, lleve al desarrollo de burnout en un individuo.

Mientras tanto, Maslach en su análisis sobre el papel del cliente en el burnout de los empleados de 1978, indica que el aspecto de la personalidad que puede afectar a un empleado fuertemente, puede no causar ningún problema a otro. Esto puede ser interpretado como que sí, el síndrome de burnout, no es un mal que afecte a un entorno laboral por completo sino a individuos o trabajadores con rasgos de personalidad que los vuelvan más susceptibles al síndrome.

1.9.4. Variables moduladoras ante situaciones de estrés en profesionales de la salud.

Según Freudenberger (1974), una variable importante del burnout es la aspiración excesiva a llegar a una meta ambiciosa, usualmente impuesta por uno mismo, por el ambiente laboral o por la sociedad; así, esta motivación personal puede incrementar la susceptibilidad del individuo al burnout. Adicionalmente, Maslach (1982) argumenta que otros motivos inadecuados, como, una fuerte necesidad de aprobación, la búsqueda de afecto, necesidad

de apreciación y retroalimentación positiva, son variables que hacen a los trabajadores más vulnerables.

Igualmente, varios estudios concuerdan en que la empatía, sensibilidad, humanidad y el entusiasmo en los trabajadores de la salud, son características que los vuelven más susceptibles al burnout (Gil-Monte, Peiró, 1997). Por otro lado, Lemkau, et. al. (1988) reportan que, el comportamiento agresivo, antisocial y ansioso presentaba más desgaste emocional y falta de realización personal en los médicos estudiados.

CAPÍTULO II
METODOLOGÍA

2.2. Objetivos

2.2.1. Objetivo general.

El objetivo primordial en esta investigación fue identificar la presencia del Síndrome de Burnout en un hospital público del Nororiente de la ciudad de Quito, provincia del Pichincha, en el año 2017.

2.2.2. Objetivos específicos.

- Determinar en primera instancia las características sociodemográficas, así como la situación laboral de la muestra en este hospital de la ciudad de Quito.
- Identificar en qué medida se podrían presentar las tres dimensiones del Burnout como son despersonalización, agotamiento emocional y baja realización personal, en la muestra tomada.
- Precisar el estado de salud mental y malestar emocional que puedan presentar los profesionales de la salud estudiados.
- Determinar la habilidad y la manera de utilizar las estrategias de afrontamiento ante los estresores en su actividad laboral de los profesionales del área hospitalaria.
- Establecer la ayuda social con la que cuentan en momentos de necesidad física y emocional.
- Identificar las tres dimensiones básicas de personalidad, extraversión, neuroticismo y psicoticismo en la muestra.

2.3. Preguntas de la investigación

¿Qué características sociodemográficas tiene la muestra motivo de estudio?

¿Existe Burnout y en qué niveles se encuentran las tres dimensiones del Síndrome en la muestra?

¿Cuáles son los principales rasgos de personalidad de los participantes en el estudio?

¿Qué estrategias de afrontamiento utilizan más los profesionales de la muestra?

¿En qué medida reciben apoyo de su red social los médicos y enfermeras de este hospital?

¿Cuál es el estado de la salud mental de los profesionales de la muestra?

2.4. Contexto de la investigación

Esta es una investigación que se sitúa en un hospital público con 98 años de funcionamiento, situado en el sector nororiental de la ciudad de Quito, un hospital que viene funcionando en este local desde el año 1977, un edificio moderno, funcional con equipamiento para la atención médica al público en general.

El hospital cuenta con consulta externa, servicio de emergencias y hospitalización, siendo uno de los más importantes del país con especializaciones en: Acupuntura, Alergología, Cirugía Vasculor, Gastroenterología, Genética, Ginecología, Imagen, Infectología, Nefrología, Neonatología, Neurología, Neurocirugía, Nutrición y Dietética, Odontología, Oftalmología, Oncología, Otorrinolaringología, Psicología, Psiquiatría, Reumatología, Traumatología, Urología, cuenta con su propio banco de sangre y da adicionalmente el servicio de Imagen como electroencefalograma, tomografía, ecografía, etc.

La misión de este hospital es asegurar su apoyo de sanidad a la población y personal militar, evaluando, tratando y rehabilitando al personal militar para que esté físicamente apto para el aporte a la seguridad y los intereses nacionales, así mismo atiende al personal militar en servicio pasivo, dependientes, derechohabientes y población civil; proporcionando una atención integral en el ámbito de la salud con la calidez y calidad, dentro del marco del Sistema Nacional de Salud.

La visión de este hospital es ser reconocido como una institución líder a nivel nacional en la prestación de servicios de salud de tercer nivel. Emplear a personal especializado, competente y comprometido tanto con la institución como con la comunidad. Fomentar la investigación científica, la docencia universitaria dentro de las instalaciones, mismas que están dotadas del equipamiento más moderno con tecnología de punta con un modelo de gestión automatizado, garantizando la sanidad tanto en operaciones militares como en la Red Pública Integral de Salud (RPIS).

2.5. Diseño de la investigación

El presente, es un estudio cuantitativo, ya que es secuencial y probatorio, los instrumentos utilizados fueron numéricos, más no experimentales ya que no se manipuló ninguna variable.

Tiene un alcance descriptivo, debido a que muestra con precisión los ángulos o dimensiones del Burnout en médicos y enfermeras dentro de un hospital público de la ciudad de Quito.

2.6. Población y muestra

La población objeto de esta investigación, fue el personal hospitalario en una institución de salud pública del Nororiente de la ciudad de Quito.

La muestra objeto del estudio está comprendida por 28 profesionales médicos y 9 enfermeras, mismos que cumplían los criterios de inclusión.

Los criterios de inclusión fueron: profesional médico o enfermería con mínimo cuatro años de experiencia laboral, que se encuentra actualmente trabajando en dicho hospital y que confirme el deseo de participar en el estudio con la firma de un consentimiento informado.

Los criterios de exclusión fueron: no tener título profesional, tener menos de cuatro años de experiencia laboral, no firmar el consentimiento informado entregado por el investigador.

Esta muestra fue de accesibilidad, no probabilística y accidental.

Cabe indicar que en esta investigación no se puso a ningún momento en riesgo la integridad o confidencialidad de los datos entregados por los participantes, así como se respetaron estrictamente los principios éticos que la Asociación Médica Mundial promulga a raíz del Acuerdo de Helsinki en 1964.

2.7. Procedimiento

Con el fin de desarrollar este trabajo se realizaron las siguientes actividades:

Ejecución de la investigación de campo que dio inicio con el envío de una solicitud formal al señor Director del hospital donde se realizaría la investigación.

Solicitud de aprobación por parte de la Universidad Técnica Particular de Loja del lugar de la investigación.

Entrevista con la señora Psiquiatra del hospital, quien sería la persona destinada a guiar al investigador en este trabajo, en la que se expondría el motivo de la solicitud, las diferentes baterías a aplicarse y las fechas tentativas en las que procedería a realizar la investigación.

Entrevistas con el personal hospitalario para, luego de la firma de los consentimientos informados, proceder a la aplicación de los cuestionarios.

Aplicación de los cuestionarios, mismos que, en la mayoría de los casos, fueron realizados el momento de la entrega, con ciertas excepciones en las que por cuestión de tiempo o asepsia, los profesionales lo entregaron al siguiente día. El promedio de tiempo que duró la realización de los cuestionarios fue de 70 minutos.

Las baterías se realizaron el siguiente orden:

Cuestionario sociodemográfico y Laboral AD-Hoc.

Inventario de burnout de Maslach (HBI-HSS).

Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28).

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

Cuestionario MOS de apoyo social y

Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A.

Revisión y depuración de los cuestionarios para su envío respectivo.

2.8. Instrumentos

2.8.1. Cuestionario Sociodemográfico y Laboral AD-Hoc.

Se realizó una encuesta de variables sociodemográficas diseñada ad-hoc para este estudio, y un cuestionario para la evaluación de la satisfacción laboral en personal hospitalario.

Este cuestionario consta de 9 ítems de datos personales, 14 ítems con datos laborales, seguidos por dos breves preguntas sobre la satisfacción laboral y cuan valorado se siente el profesional. (Anexo 1).

2.8.2. Inventario de Burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory) [MBI-HSS].

El Inventario Maslach para Burnout, MBI, por sus siglas en inglés, es el instrumento más utilizado para la medición del síndrome a nivel global, tiene una consistencia muy alta y una gran fiabilidad.

Este inventario, consta de 22 ítems, en estos se plantean varios enunciados a cerca de pensamientos, sentimientos y actitudes con varios aspectos de la interacción en su área laboral. Las preguntas se basan en la frecuencia con las que el sujeto realiza tal o cual actividad, la medición se la hace mediante una escala tipo Likert de siete opciones, que van desde nunca hasta diariamente.

El MBI se divide en tres subescalas, mismas que miden cada una de las tres dimensiones que componen el constructo burnout:

- 1) El Agotamiento Emocional, se lo puede explicar cómo la percepción de haber agotado los recursos emocionales, una sensación de cansancio y falta de energía para desempeñarse ante las demandas del trabajo, han perdido el ánimo y les es imposible descansar en la noche. (Maslach y Leiter, 1997). Esta dimensión se caracteriza también por exteriorizar irritabilidad, ansiedad y un agotamiento que, ni siquiera con el descanso se puede recuperar. (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001).
- 2) La Despersonalización o Cinismo, esta dimensión se la puede describir como el desarrollo de conductas negativas, tanto hacia los colegas, como hacia los pacientes, mostrando actitudes distantes y frías, las mismas que derivarán en una serie de conflictos interpersonales, culpando a los beneficiarios del servicio de los problemas, llegando a descalificar y criticar a los demás para producir un distanciamiento y evitar el desgaste. (Cordes y Dougherty, 1993; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001).
- 3) La Falta de Realización Personal, es la dimensión que refiere a la auto calificación negativa de uno mismo, del éxito laboral y personal, esa percepción de no estar desempeñándose como en el inicio, además se tiene permanentemente la sensación de no estar avanzando, de fracasar, aumentando el sentimiento de inadecuación, cada nuevo reto resulta agobiante. (Maslach y otros, 1997).

El cuestionario tiene 9 ítems (1,2,3,6,8,13,14,16,20) que miden el Agotamiento Emocional, valorando la experiencia de estar emocionalmente exhausto debido al trabajo demandante. Puntuación máxima 54.

5 ítems (5,10,11,15,22) miden la Despersonalización, valorando en qué grado el sujeto considera es frío y distante. Puntuación máxima 30.

Y los últimos 8 ítems (4,7,9,12,17,18,19,21) miden la Baja Realización Personal, evaluando la autoeficacia y realización personal en el área laboral. Puntuación máxima 48.

Puntuaciones altas en los dos primeros y puntuación baja en el tercero, definen el síndrome, considerando una puntuación baja de 1 a 33.

El MBI-HSS ha sido ampliamente aceptado tanto a nivel Latinoamericano, Europeo y Estadounidense por su gran fiabilidad debido a la evidencia empírica corroborada en la estructura factorial del test (Hwang, Scherer & Ainina, 2003; Maslach, et al., 2001), asimismo este instrumento ha demostrado poseer clara evidencia de validez concurrente en (Anikó, János & Szilvia, 2010; Schaufeli, Enzmann y Girault, 1993) y divergente (Coker y Omoluabi, 2009; Conte, Rigenbach, Moran y Landy, 2001; Mingote, 1999).

Los datos obtenidos de una muestra multiocupacional de 122 sujetos cubanos por parte de Oramas et al. (2007) señalan una adecuada consistencia interna del instrumento en el alfa de Cronbach de entre 0.70 y 0.80, índices similares a los encontrados por Maslach y Jackson en 1986 que oscilaban entre el 0.70 a 0.90. (Anexo 2)

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

Este cuestionario desarrollado por David Goldberg, es breve, consta de 28 ítems y es de fácil ejecución. Está compuesto además por cuatro subescalas y es considerado como uno de los más eficientes para estudios epidemiológicos psiquiátricos, siendo traducido a más de 36 idiomas y usado en más de 50 estudios de validación.

Este test de autoadministración, divide en cuatro subescalas de 7 ítems cada una: subescala A (síntomas somáticos), subescala B (ansiedad e insomnio), subescala C (disfunción social) y subescala D (depresión grave). Cada una de estas preguntas tiene cuatro posibles contestaciones progresivamente más graves, siendo importante que sus respuestas describan su situación actual, más no situaciones vividas en el pasado.

Cabe anotar que este instrumento fue diseñado para usarlo en consultas médicas, no psiquiátricas, ya que su fin es revelar cambios en el desempeño normal de paciente, mas no rasgos de su personalidad. El cuestionario detecta tanto la incapacidad para desenvolverse normalmente desde el punto de vista psíquico, como algún malestar que pueda surgir en este sentido.

La puntuación de este test va de 0 a 28, en cada subescala, siendo 28 la indicación de mayor malestar, hay un punto de corte donde una cantidad superior a 6 indica la probabilidad de caso, con una sensibilidad del 84.6% y una especificidad del 82% (Lobo,

Pérez-Echeverría y Artal, 1986) Este test tiene un valor de coeficiente de alfa de Cronbach de 0.89, según estudios obtenidos por Ramírez (2016), Lobo y Muñoz (1996) y López-Castedo y Domínguez (2010). (Anexo 3)

2.8.4. Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE).

El COPE es una escala multidimensional que mide la manera en que se maneja el estrés, o las estrategias de afrontamiento ante la adversidad, el inventario fue adaptado en España por Crespo y Cruzado en 1997, año en que la versión original de 60 ítems fue abreviada por Carvercan, versión que actualmente es utilizada en investigaciones relacionadas con la salud.

Consta de 14 subescalas con dos ítems cada una, cada ítem está planteado en medida de la acción y respuesta de cada persona utilizando una escala ordinal de cuatro alternativas que van de 0 a 3 entre “nunca hago esto” a “siempre hago esto”, definiendo de este modo el afrontamiento estado o el afrontamiento rasgo.

Afrontamiento activo: Iniciar acciones directas, incrementar los propios esfuerzos eliminar o reducir al estresor.

Planificación: Pensar acerca de cómo afrontar al estresor. Planificar estrategias de acción, los pasos a dar y la dirección de los esfuerzos a realizar.

Apoyo instrumental: Procurar ayuda, consejo, información a personas que son competentes acerca de lo que debe hacer.

Uso de apoyo emocional: Conseguir apoyo emocional de simpatía y de comprensión.

Auto-distracción: Concentrarse en otros proyectos, intentando distraerse con otras actividades, para tratar de no concentrarse en el estresor.

Desahogo: Aumento de la conciencia del propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos.

Desconexión conductual: Reducir los esfuerzos para tratar con el estresor, incluso renunciando al esfuerzo para lograr las metas con las cuales se interfiere al estresor.

Reinterpretación positiva: Buscar el lado positivo y favorable del problema e intentar mejorar o crecer a partir de la situación.

Negación: Negar la realidad del suceso estresante.

Aceptación: Aceptar el hecho de lo que está ocurriendo, de que es real.

Religión: La tendencia a volver hacia la religión en momentos de estrés, aumentar la participación en actividades religiosas.

Uso de sustancias (alcohol, medicamentos): Significa tomar alcohol u otras sustancias con el fin sentirse bien o para ayudarse a soportar al estresor

Humor: Hacer bromas sobre el estresor o reírse de las situaciones estresantes, haciendo burlas de la misma.

Auto-inculpación: Criticarse y culpabilizarse por lo sucedido.

En cuanto a la validez, muestra concordancia con otras escalas de afrontamiento, encontrando relaciones positivas entre las estrategias de reinterpretación positiva, planificación, crecimiento personal y afrontamiento activo con variables como auto estima, positivismo, autocontrol, control de las circunstancias.

La manera de medir los puntos en cada escala es sumando los dos ítems que corresponden. Mientras mas alta es la puntuación de la subescala, mayor será la utilización de la estrategia competente. En cuanto a las propiedades psicométricas cuenta con un alfa de Cronbach de 0.50 y 0.80 para cada una de sus estrategias (Carver, 1997). (Anexo 4)

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

El cuestionario de apoyo social M.O.S. fue realizado para analizar las diferentes maneras de percibir el apoyo social recibido por los profesionales en la práctica médica de atención primaria, este breve cuestionario multidimensional, sirve para analizar los aspectos tanto cuantitativos como cualitativos de las dimensiones del apoyo social y la red social, respectivamente.

Formado por 20 ítems, en escala Likert de 1(nunca) a 5(siempre) para las opciones de respuesta, el primer ítem se refiere a la capacidad de la red social y es más subjetivo, los restantes 19 están relacionados a las cuatro dimensiones del apoyo social funcional, como son:

Instrumental: el contingente de ayuda material que se puede recibir.

Emocional: expresión afectiva y empática. Informativa: consejo e información que se pueda recibir.

Apoyo afectivo: Expresiones de afecto y cariño.

Interacción social positiva: Disponibilidad para divertirse y pasarla bien.

Las puntuaciones de esta escala van desde 0 a 100 mientras más alta es la puntuación, más alto es el indicio de un apoyo social percibido.

Sherbourne y Stewart (1991) a nivel de la escala general en el MOS, hallaron un coeficiente alfa de Cronbach de 0.97; y, a nivel de las dimensiones, entre 0.91 y 0.96; niveles considerados bastante adecuados. En varios estudios recopilados se determinó por medio del alfa de Cronbach: a nivel de escala general, de 0.86 a 0.97; a nivel de dimensiones, de 0.74 a 0.96. (Anexo 5)

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

Con una alta fiabilidad en la medición de las dimensiones básicas de la personalidad, el Cuestionario Revisado de personalidad de Eysenck, consta de 24 ítems de si/no y evalúa las dimensiones: extraversión (E), neuroticismo (N) y psicoticismo (P), así como la escala de sinceridad o veracidad (L).

En un estudio empírico realizado en 2002 por Sandín, Valiente, Olmedo, Chorot y Santed, a cerca de la validez del EPQR-A versión en español, en relación al EPQR, se encontró que tiene niveles bastante aceptables de validez, tanto convergente como divergente, debido a que: 1. El neuroticismo se correlaciona de manera elevada con el afecto negativo. 2. la extraversión se correlaciones de manera elevada con el afecto positivo y 3. Las restantes correlaciones son bajas. La correlación entre sensibilidad a la ansiedad y neuroticismo es baja pero significativa considerando la naturaleza del constructo sensibilidad a la ansiedad.

El alfa de Cronbach en relación a las dimensiones son: extraversión 0.74, neuroticismo 0.78, psicoticismo 0.63 y sinceridad de 0.54. (Sandín *et al.*, 2002), en el mismo estudio se concluye que el neuroticismo y la extraversión tienen más consistencia que psicoticismo y sinceridad. (Anexo 6)

CAPÍTULO 3.
ANÁLISIS DE DATOS

3.1. Resultados obtenidos

Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud

	Profesión			
	Médico/a		Enfermero/a	
	N	%	N	%
Sexo				
Hombre	9,0	32,1	1,0	11,1
Mujer	19,0	67,9	8,0	88,9
Edad				
<i>M</i>	38,8		41,7	
<i>DT</i>	11,8		14,3	
Max	60,0		58,0	
Min	22,0		25,0	
Número de hijos/as				
<i>M</i>	1,1		1,4	
<i>DT</i>	1,0		1,0	
Max	3,0		3,0	
Min	0,0		0,0	
Etnia				
Mestizo/a	25,0	92,6	8,0	88,9
Blanco/a	1,0	3,7	0,0	0,0
Afroecuatoriano/a	1,0	3,7	0,0	0,0
Indígena	0,0	0,0	1,0	11,1
Estado civil				
Soltero/a	10,0	35,7	1,0	11,1
Casado/a	16,0	57,1	6,0	66,7
Viudo/a	0,0	0,0	0,0	0,0
Divorciado/a	2,0	7,1	1,0	11,1
Unión libre	0,0	0,0	1,0	11,1

Fuente: Cuestionario sociodemográfico AD HOC

Elaborado por: Lorena Paredes

La muestra real de profesionales de la salud de este estudio es de 37 personas, 28 médicos (76%) y 9 de personal de enfermería (24%).

Como se puede observar en la Tabla 1, referente a las características sociodemográficas de la muestra, el 67.9% de profesionales médicos es de sexo femenino y el 32.1% de sexo masculino, así mismo en el personal de enfermería hay mayor aceptación del sexo femenino con un 88.9% y un 11.1% de sexo masculino.

La edad promedio de la población de médicos es 38.8 años, mientras que la edad promedio en enfermeras/os es de 41.7 años.

El promedio de número de hijos tanto en médicos como en el área de enfermería es 1.

La etnia predominante en ambos grupos es la mestiza con un 92.6% en médicos y un 88.9% en enfermeras/os. En cuanto al estado civil, el predominante es el casado con un 57.1% en doctores y 66.7% en el personal de enfermería, cabe anotar que un 35.7% de doctores son solteros, así como un 11.1% de enfermeras/os.

Tabla 2. Características laborales de los profesionales de la salud

	Profesión			
	Médico/a		Enfermero/a	
	N	%	N	%
Ingresos mensuales				
0 a 1000	2,0	7,7	4,0	50,0
1001 a 2000	10,0	38,5	4,0	50,0
2001 a 3000	11,0	42,3	0,0	0,0
3001 a 4000	3,0	11,5	0,0	0,0
4001 a 5000	0,0	0,0	0,0	0,0
5001 a 6000	0,0	0,0	0,0	0,0
Experiencia profesional				
<i>M</i>	12,9		17,7	
<i>DT</i>	9,4		12,8	
Max	35,0		36,0	
Min	2,0		3,0	
Sector en el que trabaja				

Público	19,0	67,9	9,0	100,0
Privado	0,0	0,0	0,0	0,0
Ambos	9,0	32,1	0,0	0,0
Tipo de contrato				
Eventual	0,0	0,0	0,0	0,0
Ocasional	9,0	32,1	1,0	11,1
Plazo fijo	3,0	10,7	1,0	11,1
Nombramiento	12,0	42,9	6,0	66,7
Servicios profesionales	1,0	3,6	0,0	0,0
Ninguno	3,0	10,7	1,0	11,1
Horas de trabajo /día				
<i>M</i>	9,1		8,0	
<i>DT</i>	2,3		1,0	
Max	14,0		10,0	
Min	5,0		6,0	
Nº de pacientes/día				
<i>M</i>	11,5		34,6	
<i>DT</i>	9,8		19,0	
Max	40,0		70,0	
Min	1,0		16,0	
Recursos Institucionales				
Totalmente	11,0	39,3	3,0	33,3
Mediadamente	14,0	50,0	5,0	55,6
Poco	3,0	10,7	1,0	11,1
Nada	0,0	0,0	0,0	0,0
Turnos				
Si	8,0	28,6	7,0	100,0
No	20,0	71,4	0,0	0,0

Fuente: Cuestionario de variables laborales AD HOC

Elaborado por: Lorena Paredes

En la Tabla 2, donde podemos observar las características laborales de la muestra, encontramos que la remuneración salarial que prevalece en médicos está en el rango de US\$2.000 a US\$3.000 con un 42.3%, seguida por un 38.5% en el rango de US\$1.000 a US\$2.000. En cuanto a los ingresos en el área de enfermería, encontramos un 50% de la muestra con un ingreso promedio en el rango de US\$1.000 a US\$2.000 y un 50% en el rango de US\$0 a US\$1.000.

En cuanto a los años de experiencia laboral el promedio en doctores es de 12.9 años y en personal de enfermería es de 17.7 años.

El 67.9% de doctores trabaja únicamente en el área pública, mientras que un 32.1% de éstos labora tanto en el área pública como privada. En el caso de enfermeras/os el 100% de la muestra lo hace únicamente en el área pública.

En relación al tipo de contrato de los médicos, un 42.9% tiene nombramiento y un 32.1% trabaja ocasionalmente, mientras que, en enfermería, un 66.7% tiene nombramiento.

La carga horaria diaria para médicos es en promedio de 9.1 horas, en tanto que para enfermería es de 8 horas diarias.

Con respecto al número de pacientes atendidos al día los doctores trabajan con un promedio de 11.5, con un paciente mínimo y un máximo de 40, mientras que en enfermería trabajan con un promedio de 34.6 pacientes, con un mínimo de 16 y máximo de 70.

En lo que corresponde a la percepción que tienen los profesionales a cerca de los recursos brindados por la institución para su desempeño, un 50% de doctores considera que sus necesidades se cubren medianamente, mientras que un 39.3% considera que sí se le facilitan los recursos necesarios, algo parecido sucede con el personal de enfermería cuyo 55.6% considera que medianamente se le dan los recursos y un 33.3% percibe que sí se le facilita los recursos necesarios para su desempeño.

Finalmente podemos observar que un 71.4% de doctores no realiza turnos en su jornada, mientras que un 28.6% sí lo hace, esto contrasta con un 100% de enfermeros que trabajan bajo la modalidad de turnos rotativos.

Tabla 3. 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	28	100,0%	9	100,0%
	Presencia	0	0,0%	0	0,0%

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

Elaborado por: Lorena Paredes

Según lo observado en la Tabla 3, tanto en personal de enfermería como en personal médico de la muestra no encontramos casos de Burnout.

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

		Profesión			
		Médico/a		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Agotamiento emocional	Bajo	9	32,1%	7	77,8%
	Medio	12	42,9%	1	11,1%
	Alto	7	25,0%	1	11,1%
Despersonalización	Bajo	12	42,9%	4	44,4%
	Medio	10	35,7%	3	33,3%
	Alto	6	21,4%	2	22,2%
Realización personal	Alto	16	57,1%	3	33,3%
	Medio	6	21,4%	1	11,1%
	Bajo	6	21,4%	5	55,6%

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

Elaborado por: Lorena Paredes

La Tabla 4. Se refiere a las dimensiones del síndrome, en la dimensión Agotamiento Emocional, observamos un nivel alto en el 25% de doctores y en el 11.1% en personal de enfermería.

En cuanto a la dimensión Despersonalización podemos observar una puntuación alta en el 21.4% de médicos y un 22.2% en enfermeras/os.

Finalmente, en la dimensión Realización personal, un 21.4% de doctores puntúan bajo, contrastando con un 55.6% de enfermeras/os que también puntúan bajo en esta dimensión.

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	13	46,4%	4	44,4%
	Caso	15	53,6%	5	55,6%
Ansiedad	No caso	10	37,0%	2	25,0%
	Caso	17	63,0%	6	75,0%
Disfunción social	No caso	27	96,4%	9	100,0%
	Caso	1	3,6%	0	0,0%
Depresión	No caso	26	92,9%	8	88,9%
	Caso	2	7,1%	1	11,1%

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

Elaborado por: Lorena Paredes

En la Tabla 5, en lo que se refiere a la salud emocional de los profesionales de la salud, podemos observar que, de acuerdo a la batería utilizada, los síntomas somáticos y de ansiedad son los que se presentaron en mayor cantidad con un 53.6% en doctores y 55.6% en personal de enfermería; así mismo hubo un 63% de médicos y un 75% de enfermeras/os con síntomas de ansiedad.

En la presente tabla no encontramos porcentajes importantes en síntomas ni de disfunción social, ni de depresión.

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	3,21	2,02	6,00	,00	3,00	1,80	5,00	,00
Afrontamiento activo	3,82	1,68	6,00	,00	2,33	1,22	5,00	1,00
Negación	,71	1,08	4,00	,00	1,56	1,67	4,00	,00
Uso de sustancias	,29	,71	3,00	,00	,00	,00	,00	,00
Apoyo emocional	1,71	1,76	6,00	,00	1,33	1,41	3,00	,00
Apoyo instrumental	1,79	1,71	6,00	,00	1,78	1,30	4,00	,00
Retirada de comportamiento	1,21	1,50	4,00	,00	,67	1,00	2,00	,00
Desahogo	1,59	1,47	4,00	,00	1,78	1,48	4,00	,00
Replanteamiento positivo	3,29	2,03	6,00	,00	1,75	1,28	4,00	,00
Planificación	3,50	1,97	6,00	,00	1,33	1,00	3,00	,00
Humor	1,46	1,60	5,00	,00	1,11	2,09	6,00	,00
Aceptación	3,11	1,73	6,00	,00	1,25	,89	3,00	,00
Religión	2,36	2,02	6,00	,00	2,88	2,47	6,00	,00
Culpa de si mismo	1,96	1,62	6,00	,00	1,44	1,74	4,00	,00

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

Elaborado por: Lorena Paredes

La Tabla 6 se observan datos sobre las estrategias de afrontamiento de los profesionales de la muestra. En esta tabla, son los médicos los que tienen la media más alta con un afrontamiento activo de 3.82, seguido de una planificación de 3.50, un 3.29 en replanteamiento, seguido de un 3.21 en auto distracción.

En lo que se refiere a personal de enfermería su mayor puntuación es de 3 en cuanto a distracción, seguido por un 2.88 en religión y un 2.33 en afrontamiento activo.

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	79,82	19,16	100,00	25,00	76,11	26,52	100,00	30,00
Apoyo instrumental	77,68	20,07	100,00	25,00	69,44	27,21	100,00	30,00
Relaciones sociales	80,36	20,27	100,00	20,00	77,78	26,23	100,00	30,00
Amor y cariño	84,29	17,42	100,00	20,00	78,52	29,59	100,00	20,00

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

Elaborado por: Lorena Paredes

En la Tabla 7, podemos observar la percepción que tienen los profesionales de la salud en cuanto al apoyo social de reciben. Los resultados sugieren que existe un alto nivel de apoyo social, ya que el porcentaje más alto es en los doctores es de 84.29% en amor y cariño, seguido de un 80.36% en relaciones sociales, luego un 79.82% en apoyo emocional y finalmente un 77.68% en apoyo instrumental.

Así mismo, en el personal de enfermería la media más alta está en amor y cariño con un 78.52%, seguido de relaciones sociales con un 77.78%, apoyo emocional con un 76.11% y finalizando con un 69.44% en apoyo instrumental.

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	1,93	2,00	6,00	,00	2,13	2,30	6,00	,00
Extroversión	4,11	2,01	6,00	,00	4,67	1,32	6,00	2,00
Psicoticismo	1,64	1,28	4,00	,00	1,56	1,24	4,00	,00

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

Elaborado por: Lorena Paredes

La Tabla 8, da cifras sobre los rasgos de personalidad, en ésta se observa que la media más alta tanto en médicos como en enfermeras/os está en el rasgo extroversión, con un 4.11 en doctores y un 4.67 en personal de enfermería. Seguido por el rasgo neuroticismo con un 1.93 en doctores y 2.13 en enfermeras/os y finalmente el rasgo psicoticismo con un 1.64 en médicos y en personal de enfermería una media de 1.56.

3.2. Discusión de los resultados obtenidos

La presente investigación analizó una muestra de 37 profesionales de la salud de un hospital público de la zona nororiental de la ciudad de Quito, con el objetivo de identificar la presencia del síndrome de burnout en esta casa asistencial, esta investigación se realizó durante el año 2017.

En la muestra hubo una participación de 76% de médicos y 24% personas de enfermería. Según los estudios de Díaz Muñoz (2005) y Gil-Monte *et al.* (1996), la tasa de participación en este tipo de estudios ha sido baja, no así en este caso, donde el nivel de participación que se tuvo en este hospital fue alto, siendo muy pocos los profesionales que no estuvieron dispuestos a participar en el estudio, esto se debe a la importancia que los profesionales le dan actualmente a la salud emocional y a la alta expectativa que estos tienen de que su situación laboral mejore.

Otro dato importante de acotar, es la mayor aceptación por parte del personal médico para realizar el estudio, esto se debe a que, contaban con períodos de descanso que les permitían realizar los tests, no así el personal de enfermería que, teniendo que atender un alto número de pacientes, no podía tener un tiempo libre para la realización de las pruebas.

En relación a los objetivos motivo de estudio, el primero de los cuales era determinar las características sociodemográficas y la situación laboral de la muestra, analicemos lo siguiente: en el grupo de doctores un 67.9% son mujeres vs un 32.1% de hombres, cifras que no llaman la atención, debido al progresivo aumento de mujeres en el área de la medicina, profesión que hasta principios del siglo XIX estaba vedada para las mujeres, aduciendo su debilidad, tamaño cerebral, la posibilidad de contagio de gérmenes, la maternidad, entre otras. Actualmente, en Ecuador, según el Senescyt, en 2016 un 28.72% de mujeres eligieron una carrera universitaria en el área de la salud y cada vez son más las mujeres que eligen esta profesión considerándose a especialidades como medicina familiar, pediatría o dermatología, consideradas profesiones más femeninas (Bedoya, Martín y Romero 2014).

En cuanto al personal de enfermería, un 88.9% son mujeres y un 11.1% hombres, esto se debe a que, por décadas, la enfermería ha sido considerada una profesión netamente

femenina, pero esta concepción parece estar cambiando en los últimos años, en los que uno de cada diez profesionales de enfermería son hombres.

En cuanto a la edad de la muestra se encontró, que la edad promedio en médicos es de 38.8 años, mientras que la edad promedio en personal de enfermería es de 41.7 años.

En el rubro número de hijos el promedio en médicos es de 1.1 hijos y en enfermeras/os es de 1.4 hijos, media menor a la media de la población ecuatoriana, según los datos del INEC en su censo de 2010 que es de 2 hijos por familia.

En cuanto a la etnia predominante es la mestiza, 92.6% en médicos y 88,9% en enfermeras/os, datos que son superiores a los de la media nacional del INEC en su censo del 2010, cuya media para la población mestiza fue del 71.9%. Esta diferencia se debe a la falta de oportunidades de estudio en las zonas rurales del país donde podemos encontrar las etnias minoritarias como la indígena, afro ecuatoriana y montubia.

El estado civil que predomina en médicos y personal de enfermería es el casado con un 57.1% y 66.7% respectivamente, datos muy superiores a la media nacional según el censo poblacional del 2010 que es de 32.5% con estado civil casado.

Con respecto a los ingresos percibidos, se pudo observar que el 42.3% de doctores percibe un salario que oscila entre los 2.000 a 3.000 dólares, mientras que un 38.5% tiene ingresos mensuales entre 1.000 y 2.000 dólares. De estos profesionales, un 67.9% labora únicamente en el área pública, por lo que se puede deducir que sus ingresos no son altos como el de los profesionales de la medicina que laboran únicamente en el área privada, en ese sentido solo un 32.1% de médicos lo hace tanto en el área pública como privada.

En tanto que en los profesionales de enfermería se habla de ingresos de entre 0 a 1.000 dólares para el 50% de la muestra y de 1.000 a 2.000 dólares para el restante 50%, todos ellos laboran únicamente en el área pública, teniendo estos rubros estrecha relación con las dadas por el INEC en su Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los hogares urbanos y rurales 2011- 2012, cuyas cifras en cuanto al ingreso promedio en el área urbana es de 1.046 dólares y, en vista de que la canasta básica familiar en el año 2017 es de US\$701.93, se puede decir que los profesionales de la salud de la muestra, en su gran mayoría, tienen cubierta esta necesidad básica.

En cuanto a los años de experiencia profesional se encuentra que los médicos tienen un promedio de 12.9 años, mientras que mayor experiencia laboral tienen los profesionales de enfermería de esta muestra con una media de 17.7 años.

Si se analiza el tipo de contrato, bajo el cual laboran los profesionales médicos, se establece que, solo un 42% de estos labora con nombramiento, un 32.1% trabaja ocasionalmente, considerando estas cifras se puede deducir que el nivel de inestabilidad e inseguridad en estos profesionales de salud es alto. En enfermería en cambio, se observa que, un 66.7% trabaja bajo la modalidad de nombramiento.

En relación a las horas diarias promedio laboradas, la media en los médicos es de 9.1 horas, de las cuales únicamente un 28.6% se realizan en turnos rotativos, estos profesionales trabajan un mínimo de 5 horas y un máximo de 14 diarias, carga laboral que puede considerarse adecuada, considerando que en muchas instituciones hospitalarias la carga laboral es bastante superior. (Calabrese, 2003).

En cuanto a los profesionales de enfermería la carga horaria promedio es de 8 horas diarias, con un mínimo de 6 horas y un máximo de 10 horas diarias, en turnos rotativos, situación que los hace vulnerables al desgaste tanto físico como emocional, especialmente en los servicios de emergencias y cuidados críticos como se puede corroborar en el estudio de Cañadas, et al en su estudio en 2016 sobre el burnout en personal de enfermería en Andalucía, España.

En relación al número de pacientes, el promedio para los doctores es de 11.5 al día con un máximo de 40 y un mínimo de 1, una cantidad relativamente baja, si se considera que, según Alberto Narváez, secretario ejecutivo de la Federación Médica Ecuatoriana los médicos del Sistema Nacional de Salud atienden hasta 32 pacientes diarios.

El personal de enfermería, atiende un promedio de 34.6 pacientes al día con un mínimo de 16 y un máximo de 70 pacientes, esta sobrecarga laboral suele tener una alta incidencia como fuente de estrés crónico, así lo confirman algunos estudios empíricos cuantitativos, en estos estudios se ha encontrado una estrecha relación entre la sobrecarga de trabajo y el síndrome de burnout en personal de enfermería (Bacharach, Bamberger y Conley, 1991); Janssen, Schaufeli, y Houkes, 1999; Leiter, 1991; Novak y Chappell, 1996; Richardsen, Burke y Leiter, 1992; Zellars, Perrewé y Hochwarter, 2000; Zohar, 1997).

Richardsen et al. (1992) llegaron a la conclusión de que la sobrecarga de horas laborales es un importante predictor de sentimientos de agotamiento emocional, datos contradictorios a los resultados de este estudio, como se podrá observar posteriormente.

Se puede observar que, tanto médicos como enfermeras/os, coinciden en que las necesidades de recursos para su desempeño son medianamente satisfechas, doctores un 50% y personal de enfermería un 55.6%, un 39.3% en doctores y un 33.3% en enfermeras/os consideran que sus necesidades de recursos son totalmente satisfechas. De las afirmaciones anteriores, se puede ratificar que, a pesar de que no cuentan con todos los recursos necesarios, el personal trata de hacer un uso eficiente de estos a la espera de que en un futuro se destinen más recursos para salud, el Ecuador en 2016 tuvo un gasto de 2.427 millones de dólares y para este año se calcula ascenderá a los 2.800 millones de dólares, esto es un 15% de aumento, según las cifras del Ministerio de Salud.

Sobre los horarios de trabajo, el 100% de la muestra del personal de enfermería labora en turnos rotativos de mañana, tarde y noche, incluyendo sábados, domingos y feriados, distribuidos dentro de las 24 horas, mientras que, únicamente un 28.6% de los médicos lo hace bajo esta modalidad, el restante 71.4% no trabaja con turnos rotativos.

Como segundo objetivo de nuestro estudio, se tenía que identificar las tres dimensiones del síndrome, agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, se pueden observar a continuación las cifras al respecto: como resultado de la aplicación del Maslach Burnout Inventory (MBI), en la muestra del hospital motivo de estudio, se encuentra en la dimensión Agotamiento Emocional un 25% en médicos y un 11.1% en personal de enfermería. En la dimensión Despersonalización se consigue observar un 21.4% en la muestra de médicos y un 22.2% en la muestra enfermeras/os.

Analizando la dimensión Realización Personal, se tiene, con indicadores bajos, a un 21.4% en doctores y un 55.6% en personal de enfermería, se entiende como baja Realización personal a la tendencia a evaluarse negativamente y no estar conforme con los resultados de su trabajo, dando como resultado un desdén y un sentimiento negativo hacia los pacientes, según concuerda con varios estudios sobre el síndrome en el personal de enfermería. (Rojero et. al, 2010; Sánchez, et. al. 2014).

Haciendo una comparación con otros estudios, en uno realizado por Panunto y Guirardello (2013), en 17 hospitales públicos del estado de Sao Paulo, Brasil, se encontró que, los enfermeros presentaron un nivel moderado del síndrome en todas las dimensiones, presentando la sub escala despersonalización niveles mayores a los de otros estudios, en definitiva, en este estudio, el agotamiento emocional fue el disparador del burnout.

Así mismo en un estudio en 2014 realizado a 435 profesionales en distintas áreas de la salud en España por Cañadas-de la Fuente, San Luis, Lozano, Vargas, García y De la Fuente, se encontraron altos índices del síndrome en todas las escalas con un promedio del 25.8%, siendo los profesionales de enfermería los que mostraron más altos índices, siendo los más afectados los de mayor edad, por lo tanto la edad parece ser un factor de riesgo, así como largos turnos, excesivo contacto con los pacientes y trabajo excesivo.

Al continuar con el tercer objetivo: precisar el estado mental y emocional de la muestra, y contrastando con los datos anteriormente citados, se logra encontrar un dato curioso, el 77.8% del personal de enfermería tiene bajo Agotamiento Emocional, en estudios preliminares, como lo anotado anteriormente, la alta carga laboral en el personal de enfermería ha dado como resultado indicadores altos en Agotamiento Emocional, pero este no es el caso, lo que sí se alcanzó a observar (Tabla5) son altos niveles de ansiedad (75%) y síntomas somáticos (55.6%) como alteraciones del sueño, problemas de angustia, cambios de humor, sensación de estrés y agobio.

Del mismo modo, en médicos, se encuentra un importante 53% de Síntomas Somáticos y un aún más alto 63% de Ansiedad, situaciones que se han encontrado anteriormente en algunos estudios de campo, esto se debe al hecho de enfrentarse con situaciones como la burocracia, la convivencia con los colegas, el trato con pacientes demandantes cuyas necesidades físicas

y emocionales se traspasan al médico, situaciones dolorosas como afrontar la muerte y el sufrimiento de los pacientes a diario (Vega 1994).

Algo que es importante comentar es que no se encontraron cifras significativas ni en Disfunción social, ni en Depresión en ninguno de los dos grupos de estudio.

En relación con este tema, encontramos que, en un estudio realizado por Khamisa, Peltzer y Oldenburg (2013) en Sudáfrica a 895 enfermeras de hospitales privados, se encontró relación entre el síndrome y la salud general de las enfermeras y su satisfacción general, curiosamente la prevalencia del síndrome fue mayor en este país que en otros como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Alemania, Japón, Rusia y Armenia. Poghosyan, Aiken y Sloane. (2009). La mayoría de problemas estaba asociados a la satisfacción laboral y al agotamiento; excesos en la administración, control de stock y principalmente los problemas con los colegas demostraron ser los estresores más importantes, llegando en muchos casos a reportarse estrés severo debido a las malas relaciones interpersonales en el trabajo, sumando a esto, la falta de recursos y el vivir en un país con altos grados de inseguridad y delincuencia.

Continuando con los objetivos específicos de la presente investigación, en la cuarta meta, referente a la habilidad para usar las estrategias de afrontamiento, se halló que, los médicos, son muy buenos utilizando un afrontamiento activo, la auto distracción, el replanteamiento de sus objetivos y la planificación, todas estas estrategias están negativamente relacionadas con el síndrome ya que buscan una mayor satisfacción y productividad en su área de trabajo.

De similar manera, el personal de enfermería muestra una media más elevada en Auto distracción, afrontamiento activo, mostrando una media relativamente alta en el rubro religión, estas/os profesionales suelen encontrar refugio en lo espiritual depositando sus esperanzas en momentos difíciles en el aspecto religioso.

Es importante señalar que, a nivel mundial, existen sólidas evidencias sobre la relación entre los estilos de afrontamiento y el burnout (Ben Zur y Michael, 2007; Popp, 2008; Sasaki et al., 2009), en un estudio realizado por Austria, Cruz, Herrera y Salas (2012), para evidenciar la relación entre el uso de estrategias de afrontamiento y su relación con el burnout, en el personal de la salud en México, se concluyó que sí existe un efecto protector contra el síndrome con el uso de las estrategias de afrontamiento activo, como son la búsqueda de información, planeación, reinterpretación cognitiva, control emocional, etc., esto independientemente del tipo de atención y el contexto en que se desenvuelva el profesional, de igual manera el uso de estrategias de afrontamiento activas, evitará el uso de estrategias pasivas de afrontamiento (evitar pensar en los problemas, evitar sentir, tomar las cosas a la ligera, bromear sobre las circunstancias, negar la gravedad de la situación, etc.) el uso de estas estrategias sí aumentan el riesgo de desarrollar el síndrome.

Ahora retomando los objetivos motivo del estudio, el quinto, definir la ayuda social con la que cuenta la muestra, en momentos de necesidad, tanto física como emocional, llama la atención

el alto nivel de apoyo social que tienen tanto médicos como enfermeras, se destacan cifras en Amor y Cariño, en médicos la media es de 84.29 y en personal de enfermería alcanza 78.52. Lo que significa que estos profesionales se sienten apreciados y amados por sus allegados, no hay que olvidar, que el apoyo emocional, es pieza clave en la disminución de los niveles de despersonalización, agotamiento emocional y baja realización personal.

Estas cifras están seguidas por las relaciones sociales, que, en médicos es de 80.36 y enfermeras/os 77.78, cifras halagadoras, ya que el apoyo social se considera un valioso recurso para encarar el estrés al que día a día se enfrentan los profesionales de la salud. La ausencia de este puntal emocional, derivará en un desgaste de la salud, el bienestar llegando incluso a desencadenar en una depresión. (Schwarzer y Leppin, 1991; Payne y Jones, 1987). En cuanto al Apoyo emocional, se observa un 79.82 en médicos y 76.11 en enfermeras/os. El apoyo emocional, está fuertemente asociado con la productividad y satisfacción laboral, más no con el burnout en doctores, especialmente si este apoyo viene de colegas y sobre todo de superiores. Dentro de ese marco se consigue encontrar que, la ausencia del apoyo de la familia, sí está estrechamente ligada al síndrome (Baruch-Feldman, Brondolo, Ben-Dayán y Schwartz, 2002).

Finalmente, el apoyo instrumental con una media de 77,68 en médicos y 76.11 en enfermeras/os, que es la parte más objetiva de las relaciones, los recursos tanto económicos como materiales con los que cuentan los profesionales, recursos que se asocian de manera positiva con la satisfacción, la realización personal y con el bienestar general de los profesionales, por lo tanto, su un mejor desempeño laboral.

En un estudio realizado por Marín et al. (2004) se llegó a la conclusión de que la media de despersonalización, era superior en aquellos casados o solteros en relación a los divorciados. Hay profesionales que afirman que el estar casado es un protector del síndrome, más otros consideran que no es el estado civil en sí, sino más bien el apoyo recibido de la pareja. El agotamiento emocional estaba positivamente relacionado con el apoyo social de los colegas y la realización personal estaba directamente asociada con el apoyo de amigos y familia, aquellos que vivían con familiares respecto a los que vivían solos, tenían baja la puntuación en baja realización personal, lo que concluye que el apoyo familiar repercute en el desenvolvimiento profesional.

El sexto y último de los objetivos específicos trazados es la medición de las dimensiones de personalidad básicas de la muestra de profesionales de la salud, dimensiones medidas mediante el Cuestionario EPQR-A, en este caso los resultados con similares tanto para doctores como para enfermeras/os, un 4.11 y un 4.67 respectivamente, en Extroversión, por lo que se deduce, que es un rasgo común en los profesionales de la salud de esta casa de asistencial y que, coinciden con los estudios de Ibáñez 2015 y Roth y Pinto 2010, realizados a personal sanitario en Asturias y La Paz, respectivamente.

Se encontró Neuroticismo con un 1.93 en doctores y un 2.13 en enfermeras/os, cifra que no demuestra mayor vulnerabilidad ante las circunstancias que rodean a los sujetos de estudio, son cifras no preocupantes en cuanto desórdenes psicosomáticos en la muestra.

Para terminar un 1.64 en doctores y un 1.56 en personal de enfermería en el rasgo Psicoticismo, cifras que tampoco demuestran que los profesionales tengan problemas de conflictividad, baja empatía o crueldad.

Existe sin lugar a dudas una relación entre comportamiento y personalidad, por lo tanto, la reacción o respuesta al estrés laboral, está estrechamente ligada a las codificaciones mentales que realizan las personas. En un estudio realizado a 97 profesionales de enfermería por Ríos, Godoy y Sánchez 2011, el constructo, personalidad resistente, es un factor protector tanto como para los síntomas psíquicos, como para los síntomas mismos del síndrome, por lo tanto, tiene también una relación significativa con la presencia de los síntomas de malestar psíquico en el personal estudiado.

En un meta análisis de 115 estudios, realizado por Swider y Zimmerman de la Universidad de Texas en 2010, se encontró que los profesionales que puntuaban más alto en neuroticismo y más bajos en extroversión, escrupulosidad y amabilidad, eran los más propensos a sufrir el síndrome, afectando así su desenvolvimiento laboral, aumentando el ausentismo y la rotación en los lugares de trabajo.

Como resultado de esta investigación y al hacer una comparación de todas estas evidencias se concluye que, en el hospital de la ciudad de Quito motivo del presente estudio, no se encontraron casos del síndrome de Burnout, aunque sí se encontraron cifras importantes en las variables asociadas como un agotamiento emocional en el 25% de doctores y el 11% en personal de enfermería, este rubro está estrechamente ligado a la fatiga y el agotamiento manifestada tanto física como psíquicamente, esa sensación de no poder más de estar agotado sin esperar nada de uno mismo.

En cuanto a la despersonalización observamos un 21.4% en doctores y un 22.2% en enfermeras/os, este desorden disociativo, mantiene al personal de salud, desconectado, aislado con una posición dura hacia lo pacientes. Observamos asimismo, una baja realización personal en un 21.4% de los doctores y un preocupante 55.6% en personal de enfermería, quienes tienen una baja percepción de su eficacia y de sí mismos.

Por otro lado, en personal de enfermería encontramos niveles de ansiedad que llegan a un preocupante 75%, mientras que en doctores, esta alcanza un 63% cifra que también la podríamos considerar considerablemente alta, esta ansiedad está claramente relacionada con las exigencias laborales y el hecho de tener que a diario enfrentar el sufrimiento humano y la posibilidad de muerte.

En cuanto a los síntomas somáticos que van afectando el estado de salud, tanto en médicos como en enfermeras/os observamos un 53% y un 55.6%, respectivamente, cifras altas en este rubro en ambos grupos.

CONCLUSIONES

Este estudio fue realizado en un hospital de la zona nororiental de la ciudad de Quito con 28 profesionales del área médica y 9 profesionales del área de enfermería y arroja las siguientes conclusiones:

- La primera y más importante conclusión a la que se llegó con esta interesante investigación es que, en la muestra de profesionales analizada, no existen casos del Síndrome de Burnout.
- Con referencia a los datos sociodemográficos, la mayoría de la muestra estuvo compuesta por mujeres, la muestra tuvo un promedio de 40.25 años de edad y la media de hijos del grupo fue de 1.25. La mayoría tiene un salario que va desde los 1.000 dólares a los 2.000 dólares, con una capacidad adquisitiva bastante aceptable a nivel país. El 100% del personal de enfermería trabaja exclusivamente en el área pública, la mayoría con nombramiento, mientras que en médicos trabaja exclusivamente en el sector público un 67.9%, solo un 42.9% con nombramiento, factor que crea cierto nivel de angustia e incertidumbre debido a la inestabilidad de ingresos.
- En cuanto al trabajo por turnos rotativos, la mayoría de médicos trabaja una jornada fija, cuando todo el personal de enfermería lo hace bajo esta modalidad, situación que genera un alto grado de inestabilidad tanto personal como familiar.
- En el caso de las tres dimensiones del Síndrome, un 42.9% de médicos presenta un nivel medio de agotamiento emocional, mientras que un 77.8% de enfermeras/os es bajo. Tanto la mayoría de médicos como de enfermeras/os, presentan niveles medios en despersonalización. En cuanto a realización personal, un 57.1% de médicos puntúan alto, sin embargo un 55.6% de personal de enfermería puntúa bajo cifra que podría estar estrechamente relacionada esta baja realización personal, con la inestabilidad horaria y un salario bajo, en relación al número de pacientes que atienden y al alto nivel de responsabilidad.
- En lo que respecta al malestar emocional, un 53.6% de médicos y un 55.6% de enfermeras/os presenta síntomas somáticos, en cuanto que un 63% de médicos y 75% del personal de enfermería denota síntomas de ansiedad. No se encontró, ni disfunción social, ni depresión en la muestra.
- Hablando de las estrategias de afrontamiento, se puede notar, que los médicos utilizan técnicas centradas en el problema como el afrontamiento activo, la planificación, replanteamiento y auto distracción. El personal de enfermería a su vez, utiliza la auto distracción, la religión y el afrontamiento activo para hacer frente a los problemas.
- En lo que se refiere a la percepción del apoyo social, se encontró coincidencias en los dos grupos, primero está el amor y cariño, seguido de relaciones sociales, apoyo

emocional y finalmente apoyo instrumental con cifras bastante alentadoras, cifras que podrían servir como variable de defensa y protección, y, por lo tanto, estar estrechamente relacionadas a la ausencia del síndrome en la muestra.

- Para concluir en cuanto a rasgos de personalidad, el rasgo sobresaliente en los dos grupos es el de extraversión, rasgo que también se considera una variable protectora.

RECOMENDACIONES

En consideración de que, la estabilidad emocional de los profesionales de la salud, repercute directamente, no únicamente en su propia salud y su bienestar, sino, en el de los pacientes y colegas, a continuación, se hacen las siguientes recomendaciones:

- Como primera y más importante, la necesidad de que en las casas de salud se implemente un departamento de servicio social y ayuda psicológica para el personal médico y de enfermería, si, en las manos de estos profesionales está la salud de los pacientes, es por demás lógico que se vele por la salud emocional y seguridad de los colaboradores. Urgen en este sentido evaluaciones periódicas al personal para medir tanto el nivel de satisfacción laboral, como el de satisfacción personal.
- En el tema del burnout el clima laboral y la prevención son sumamente importantes, en ese sentido vendría la segunda recomendación: es menester que la institución de salud realice, actividades, charlas, reuniones periódicas, con directivos y todo el personal del área de salud, con el fin de poner sobre la mesa todas esas situaciones que podrían desencadenar en malestar emocional y posteriormente en el síndrome. Esto, con el fin de que los directivos sepan las falencias del sistema y los trabajadores sepan cómo manejar las distintas circunstancias que se presentan en el día a día, sin permitir que éstas los desgasten emocionalmente. Es fundamental, que el personal, sepa trabajar en equipo, con técnicas de cooperación y tenga claro la definición de puestos de trabajo, para así evitar un conflicto de roles.
- La tercera recomendación sería para quienes diseñaron el estudio, la importancia de incluir una entrevista con los profesionales, para relacionar ésta con los resultados de las pruebas. Es primordial, en una investigación de este tipo, el acercamiento con el personal sanitario, para de esta manera conocer un poco más a fondo su realidad, realidad que no necesariamente se refleja a través de los cuestionarios, pero que, el momento de una aproximación va saliendo a la luz, es así como pueden ir surgiendo circunstancias por las que están atravesando y van desgastando al profesional y podrían derivar en el síndrome, como pueden ser: relación con el jefe inmediato superior, conflictos con colegas, tramitología burocrática, problemas familiares, problemas de salud, etc.
- La cuarta recomendación, es a la Universidad Técnica Particular de Loja y sería continuar con este estudio, de tal manera que se convierta en una investigación longitudinal, pudiendo dar un seguimiento a los casos y poder así llegar a conclusiones más contundentes que servirán en un futuro para mejorar la situación laboral, incluso pudiendo servir de modelo en ámbitos fuera del de la salud.

- Como quinta recomendación una dirigida al personal hospitalario: tener en claro las implicaciones del síndrome, pero sobre todo los factores de prevención, de tal manera que hagan un entrenamiento de sus habilidades sociales, mejoren las relaciones interpersonales y familiares, la autoestima, la seguridad personal y se involucren en su tiempo libre en actividades de ocio y filantrópicas; todas estas actividades consideradas preventivos del síndrome
- Como sexta y última recomendación a las autoridades tanto del sector público como privado, reconocer que este mal tiene mayor incidencia en nuestro medio, no únicamente en el área de la salud sino en todas las áreas del sector productivo y de servicios, para tomar medidas preventivas a nivel nacional con el fin de evitar que este mal se convierta en una epidemia que no solamente afecta a la productividad del país sino a la salud física y mental de todo un pueblo.

BIBLIOGRAFÍA

Albendín-García, L., de la Fuente, E. San Luis, C., Gómez-Urquiza, J., y Cañadas, G. (2016, septiembre, 14). Síndrome de burnout en profesionales de enfermería que realizan jornada física complementaria en servicios de cuidados críticos y urgencias. *Revista Española de Salud Pública*, 90, 6-7.

Anderson, M., y Iwanicki, E. (1984, mayo, 01). Teacher motivation and its relationship to burnout. *Educational Administration Quarterly*, 20(2), 109-132.

Anikó, H., János, M., y Szilvia, Á. (2010, febrero, 14). A hallgatói kiégés szindróma mérése. A Maslach kiégés-teszt hallgatói változatának (MBI-SS) validálása hazai mintán. *Mentálhigiéné És Pszichoszomatika*, 11, 151- 168.

Austria Corrales, F., Cruz Valde, B., Herrera Kienhelger, L., y Salas Hernández, J. (2012). Relaciones estructurales entre estrategias de afrontamiento y síndrome de Burnout en personal de salud: un estudio de validez externa y de constructo. *Universitas Psychologica*, 11 (1), 197-206. Recuperado de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/viewFile/1036/1529>

Bacharach, S. B., Bamberger, P., y Conley, S. (1991). Work-home conflict among nurses and engineers: Mediating the impact of role stress on burnout and satisfaction at work. *Journal of organizational Behavior*, 12(1), 39-53. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1002/job.4030120104>

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ, US: Prentice-Hall, Inc.

Baruch-Feldman, C., Brondolo, E., Ben-Dayana, D. y Schwartz, J. (2002). Sources of social support and burnout, job satisfaction, and productivity. *Journal of occupational health psychology*, 7(1), 84.

Beemsterboer, J., y Baum, B. H. (1984). " Burnout" Definitions and Health Care Management. *Social work in health care*, 10(1), 97-109.

Bedoya Vaca, R., Martín Mateo, M., y Romero Sandoval, N. (2014, septiembre). Índice de Paridad por Género y sus implicaciones en la inserción laboral pública en Ecuador. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40, 345-352.

Ben-Zur, H., y Michael, K. (2007). Burnout, social support, and coping at work among social workers, psychologists, and nurses: The role of challenge/control appraisals. *Social work in health care*, 45(4), 63-82.

- Bradley, H. (1969). Community-based treatment for young adult offenders. *Crime & Delinquency*, 15(3), 359-370.
- Brill, P. (1984). The need for an operational definition of burnout. *Family & Community Health: The Journal of Health Promotion & Maintenance*. 6(4), 12-24.
- Burke, R. (1987). Burnout in police work: An examination of the Cherniss model. *Group & Organization Studies*, 12(2), 174-188.
- Burke, R., y Richardson, A. (1993). *Psychological burnout in organizations*. En Golembiewski (Ed.), *Handbook of organizational behavior* (pp. 263-299). New York, NY: *Marcel Dekker*.
- Buunk, B., y Schaufeli, W. (1993). Burnout: A perspective from social comparison theory. En Wb. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.). *Professional Burnout Recent developments in theory and research*. London: Taylor & Francis.
- Calabrese, G. (mayo de 2003). Impacto de los calendarios laborales en el personal de áreas críticas. In *Conferencia en Actas. III Jornada Internacional de Especialidades Quirúrgicas del Cono Norte. Lima, Perú*.
- Cañadas-de la Fuente, G., San Luis, C., Lozano, L. M., Vargas, C., García, I., y Emilia, I. (2014). Evidencia de validez factorial del Maslach Burnout Inventory y estudio de los niveles de burnout en profesionales sanitarios. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(1), 44-52.
- Carroll, J, y White, W (1982). *Theory building: Integrating individual and environmental factors within an ecological framework*. En Paine (Ed.). *Job stress and burnout*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol too long: Consider the brief cope. *International journal of behavioral medicine*, 4(1), 92.
- Carver,C.S, Sheier, M., y Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol 56(2), 267-283.
- Cherniss, C. (1980). *Staff burnout: Job stress in the human services* (p. 21). Beverly Hills, CA: Sage Publications. Recuperado de <https://www.ncjrs.gov/App/Publications/abstract.aspx?ID=75618>
- Cherniss, C. (1993). *Role of professional self-efficacy in the etiology and amelioration of burnout*. En W.B. Schaufeli. C. Maslach & T.Marek (eds) *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. Washington, DC: Taylor and Francis.
- Coker, A., y Omoluabi, P. (2009). Validation of maslach burnout inventory. *IFE Psychologia; An International Journal*, 17(1), 231-242.

- Conte, J., Ringenbach, K. L., Moran, S., Landy, F., y SHL, H. (2001). Validity Study. *Applied HRM Research*, 6(2), 129-134.
- Cordes, C., y Dougherty, T. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *Academy of management review*, 18(4), 621-656.
- Cox, T., Kuk, G., y Leiter, M. (1993). *Burnout, health, work stress, and organizational healthiness*. En W. B. Schaufeli, Maslach y Marek. (1993). *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Washington, DC: Taylor & Francis
- Crespo, M., y Cruzado, J. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de conducta*, 23(92), 797-830.
- Díaz, F., y Gómez, I. (2016). La investigación sobre el síndrome de burnout en Latinoamérica entre 2000 y el 2010. *Psicología desde el Caribe*, 33(1), 113-131.
- Díaz–Muñoz, M. (2005). Síndrome del quemado en profesionales de Enfermería que trabajan en un hospital monográfico para pacientes cardíacos. *Nure Investigación*, (18), 1-8.
- Díaz Muñoz-Crespo, M.J. (2012). *Síndrome del quemado en profesionales de Enfermería que trabajan en un hospital monográfico para pacientes cardíacos*. Nurse investigación. Recuperado de: <http://www.fuden.es/FICHEROSADMINISTRADOR/ORIGINAL/Original18.pdf>
- Durán Alemán, M. C., y García Tapia, J. V. (2013). *Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos del ministerio de salud pública del Azuay según jornada laboral 2011*. Tesis de Grado. Universidad de Cuenca. Cuenca. Ecuador.
- Edelwich, J., y Brodsky, A. (1980). *Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions*. New York, NY: Human Sciences Press.
- Enzmann, D., y Kleiber, D. (1989). *Helfer-leider: Stress und Burnout in psychosozialen Berufen*. Heidelberg: Asanger.
- Farber, B.A. (1983). *Introduction: A critical perspective on burnout*. En Farber, B.A. (Ed.), *Stress and Burnout in the Human Services Professions*. New York, NY, Pergamon.
- Farber, B. A. (1984). Stress and burnout in suburban teachers. *The Journal of Educational Research*, 77(6), 325-331.
- Farber, B. A. (2000). Treatment strategies for different types of teacher burnout. *Journal of Clinical psychology*, 56(5), 675-689.

- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human relations*, 7(2), 117-140.
- Freedy, J. R., y Hobfoll, S. E. (1994). Stress inoculation for reduction of burnout: A conservation of resources approach. *Anxiety, Stress and Coping*, 6(4), 311-325.
- Friedman, I. A. (1991). High and low-burnout schools: School culture aspects of teacher burnout. *The Journal of Educational Research*, 84(6), 325-333.
- Fuqua, R., y Couture, K. (1986). Burnout and locus of control in child day care staff. *Child Care Quarterly*, 15(2), 98-109.
- Frankl, V. (2004). *El Hombre en Busca de Sentido*. Barcelona: Herder.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of social issues*, 30(1), 159-165.
- Freudenberger, HJ., y Richelson, G. (1980). *Burn-out: How to beat the high cost of success*. New York: Bantam Books.
- Freudenberger, HJ., y Richelson, G. (1980) *Burn-out: The High Cost of High Achievement*. Garden City, NY: Doubleday.
- Garden, A. M. (1989). Burnout: The effect of psychological type on research findings. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 62(3), 223-234.
- Gil-Monte, P. R. (2005). *El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout): Una Enfermedad Laboral En La Sociedad Del Bienestar*. España: Ediciones Pirámide.
- Gil-Monte, P.R. y Peiró. (2000). *Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) según el MBI-HSS en España*. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 16, 135-149.
- Gil- Monte, P.R. Peiró, J.M., y Valcárcel, P. (1995). *A causal model of burnout process development: An alternative to Golembiewski and Leiter models*. En Trabajo presentado en el VII Congreso Europeo sobre Trabajo y Psicología Organizacional. Hungría: Gyor.
- Gil-Monte, P. R., Peiro, J. M., & Valcarcel, P. (1996). Influencia de las variables de carácter sociodemográfico sobre el síndrome de burnout: un estudio en una muestra de profesionales de enfermería. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 6(2), 43-63.
- Gil-Monte, P. (1997). Peiró J. *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.

- Gil-Monte, P. R. (2007). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) como fenómeno transcultural. *Información psicológica*, (91-92), 4-11.
- Gold, Y. (1985). The relationship of six personal and life history variables to standing on three dimensions of the Maslach Burnout Inventory in a sample of elementary and junior high school teachers. *Educational and Psychological Measurement*, 45(2), 377-387.
- Goldberg, D., y Hillier, V. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine*, 9(1), 139-145.
- Golembiewski, R.T. (1979). *Toward the responsive organization*. Salt Lake City: Brighton.
- Golembiewski, R. T., Munzenrider, R., & Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis. *The Journal of applied behavioral science*, 19(4), 461-481.
- Golembiewski, R. T., & Munzenrider, R. (1984a). Active and passive reactions to psychological burn-out? Toward Greater Specificity in a Phase Model. *Journal of Health and Human resources administration*, 7(2), 264-289.
- Golembiewski, R. T., & Munzenrider, R. (1984b). Phases of psychological burn-out and organizational covariants: A replication using norms from a large population. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 6(3), 290-323.
- Golembiewski, R.T., y Munzenrider, R. y Stevenson, G. (1986). *Stress in organizations: Toward a phase model of burnout*. Nueva York: Praeger
- Golembiewski, R.T., y Munzenrider, R. (1988). *Phases of burnout: Developments in concepts and applications*. Westport: Praeger.
- Golembiewski, R. T., Boudreau, R., Goto, K., & Murai, T. (1993). Transnational perspectives on job burnout: Replication of phase model results among Japanese respondents. *The International Journal of Organizational Analysis*, 1(1), 7-27.
- Gómez, X. y Alentorn, B. (2008). *Guía de prevención de Burnout para profesionales de cuidados paliativos*. España: Arán.
- Grau, A. Flichtentrei, D. Suñer, R. Prats, M., y Braga, F. (2009). *Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español*. *Revista Española de Salud Pública*. 83(2), 215-230.
- Greene, G. (1961). *A Burnt-Out Case*. New York: The Viking Press.

Harrison, W.D. (1983). *A social competence model of burnout*. En: Farber, B. A. (Ed.), *Stress and burnout in the human services professions*. New York: Pergamon Press

Hernández, T.J., Terán, O.E., Navarrete, D., y León, A. (2007). *El Síndrome de Burnout: una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y de Medición*. Revista electrónica de ICEA Año 3, No.05 (Julio-Diciembre 2007). Recuperado de: http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/icea/IMG/pdf/4_-_No.5.pdf

Houtman, I., Jettinghoff, K., y Cedillo, L. (2008). Sensibilizando sobre el Estrés Laboral en los Países en Desarrollo. Un riesgo moderno en un ambiente tradicional de trabajo: Consejos para empleadores y representantes de los trabajadores. *Serie protección de la salud de los trabajadores*; N° 6. OMS.

Hwang, C., Scherer, R., y Ainina, M. (2003). Utilizing the Maslach Burnout Inventory in crosscultural research. *International Journal of Management*, 20(1), 3-10.

Ibáñez, L.G. (2015). *Ansiedad y personalidad en personal sanitario de Unidades de Hospitalización del Principado de Asturias*. Tesis de post-grado. Universidad de Oviedo, Oviedo, Asturias, España.

INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos) ECU-INEC-DIES-ENIGHUR-2011-2012v1.4. Quito: INEC.

INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos) (2010). Censo de población y vivienda 2010. Quito: INEC.

Janssen, J., Schaufeli, W., y Houkes, I. (1999). Workrelated and individual determinants of the three burnout dimensions. *Work & Stress*. 13(1), 74-86.

Jiménez, B. M., Hernández, E. G., & Gutiérrez, J. L. G. (2000). La evaluación del estrés y el burnout del profesorado: el CBP-R. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2), 151-171.

Jiménez, B., Hernández, E., y Gutiérrez, J. (2000). El Desgaste profesional de enfermería. Desarrollo y validación factorial del CDPE. *Archivos prevención de riesgos laborales*, 3(1), 18-28.

Khamisa, N., Peltzer, K., y Oldenburg, B. (2013). Burnout in relation to specific contributing factors and health outcomes among nurses: a systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 10(6), 2214-2240.

- Landázuri Tejada, J. (2011). *Síndrome de desgaste profesional (burnout) en el personal de Médicos y Enfermeras del Hospital Quito N° 1 Policía Nacional* (Bachelor's thesis, Quito: UCE).
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: Springer.
- Lee, R., y Ashforth, B. (1993a). A further examination of managerial burnout: Toward an integrate model. *Journal of Organizational Behavior*. 14(1), 13-20.
- Lee, R., y Ashforth, B. (1993b). A longitudinal study of burnout among supervisors and managers-comparisons between the Leiter and Maslach (1988) and Golembiewski et al. (1986) models. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 54(3), 369-398.
- Leithwood, K., Menzies, T., Jantzi, D., y Leithwood, J. (1996). School restructuring, transformational leadership and the amelioration of teacher burnout. *Anxiety, stress, and coping*, 9(3), 199-215
- Leiter, M., y Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*. 9(4), 297-308.
- Leiter, M. (1991). The dream denied: Professional burnout and the constraints of service organizations. *Canadian Psychology*. 32(4), 547-558.
- Leiter, M. (1993). *Burnout as a developmental process: Consideration of models*. En W. B. Schaufeli, C. Maslach., y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. London: Taylor & Francis.
- Leiter, M., y Schaufeli, W. (1996). Consistency of the burnout construct across occupations. *Anxiety, Stress, and Coping*. 9(3), 229-243.
- Lemkau, J. Purdy, R. Rafferty, J., y Rudisill, J. (1988). Correlates of burnout among family practice residents. *Journal of medical education*. 63(9), 682-691.
- Lobo, A., Pérez-Echeverría, M., y Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological medicine*, 16(1), 135-140.
- Lobo, A., y Muñoz, P. (1996). *Cuestionario de Salud General. Guía para el usuario de las diferentes versiones*. Barcelona: Masson.
- López-Castedo, A., y Domínguez, J. (2010). Exploratory factor analysis and psychometric properties of the general health questionnaire in Spanish adolescents 1. *Psychological Reports*, 107(1), 120-126.

- Marín, M. Hernández, M. Moreno, M. Pérez, E. Gámez, A. Martínez, I., y Piña, S. (2004). Apoyo social, características sociodemográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital. *Enfermería clínica*, 14(5), 281-285.
- Martínez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*. 112, 42-80. Recuperado de <http://vivatacademia.net/index.php/vivat/article/viewFile/192/188>
- McCue, J. (1986). Doctors and Stress: Is there really a problem. *Hospital Practice*. 21(7)15-16.
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*. 9(5), 16-22.
- Maslach, C., & Pines, A. (1977). The burn-out syndrome in the day care setting. *Child care quarterly*, 6(2), 100-113.
- Maslach, C. (1978). The client role in staff burnout. *Journal of Social Issues*. 34(4), 111-124.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior*, 2(2), 99-113.
- Maslach, C., y Jackson, S. (1982). After-effects of job-related stress: Families as victims. *Journal of organizational behavior*. 3(1), 169-181.
- Maslach, C. (1982) *Burnout: The cost of caring*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice.
- Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P., Schaufeli, W. B., & Schwab, R. L. (1986). *Maslach burnout inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. Jackson, S., y Leiter, M. (1996) *Maslach Burnout Inventory*. 3rd ed. Palo Alto, CA: *Consulting Psychologist Press*.
- Maslach, C., Leiter, M. (1997). *The Truth About Burnout: How Organizations Cause Personal Stress and What to Do About It*. Jossey-Bass Pub, San Francisco, CA.
- Maslach, C., Schaufeli, W., y Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52(1), 397-422.
- Maslach, C. (2003). Job burnout: New directions in research and intervention. *Current directions in psychological science*. 12(5), 189-192.
- Maslach, C., y Leiter, M. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of applied psychology*, 93(3), 498-512.

- Maticorena-Quevedo, J., Beas, R., Anduaga-Beramendi, A., y Mayta-Tristán, P. (2014). *Prevalencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Perú*. Ensusalud 2014. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2016; 33(2):1-7. doi:10.17843/rpmesp.2016.332.2170.
- Mingote, A., y Pérez-Corral, F. (1999). *El estrés del médico*. Madrid, España: Díaz de Santos.
- Muñoz, P., Vázquez, J., Rodríguez, I., Pastrana, E., y Varo, J. (1979). Spanish adaptation of the General Health Questionnaire (GHQ) of DP Goldberg (a method for identifying psychiatric cases in the community). *Archivos de Neurobiología*, 42(2), 139.
- Novak, M., y Chappell, N. L. (1996). The impact of cognitively impaired patients and shift on nursing assistant stress. *The International Journal of Aging and Human Development*, 43(3), 235-248.
- Oramas Viera, A., Almirall Hernandez, P., y Fernández, I. (2007). Estrés laboral y el síndrome de burnout en docentes venezolanos. *Salud de los Trabajadores*, 15(2), 71-87.
- Panunto, M. R., y Guirardello, E. D. B. (2013). Professional nursing practice: environment and emotional exhaustion among intensive care nurses. *Revista latino-americana de enfermagem*, 21(3), 765-772.
- Payne, S., y Jones, K. (1987). *Measurement and methodological issues in social support*. Kasl SV & Cooper CL (Eds.). Research methods in stress and Health Psychology. Chichester: Wiley & Sons.
- Pérez, A. M. (2010). El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, (112), 42-80.
- Peris, M. (2002). *El número 7±2 como explicación cognitiva (LMCP) del síndrome de burnout y de PTSD*. Ponencia presentada en la Jornada de Debate Multidisciplinar sobre Mobbing. Universitat Jaime I de Castellón.
- Pines, A., y Aronson, E. (1988). *Keeping the Spark Alive: Preventing Burnout in Love and Marriage*. New York: St. Martin's press.
- Pines, A., y Kafry, D. (1978). *Coping with burnout*. Paper presented at the Annual Convention of the American Psychology Association. Toronto: Canada.
- Pines, A. (1993). *Burnout: An existential perspective*. En Wb. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds). Professional Burnout Recent developments in theory and research. U.K. London: Taylor & Francis.

Poghosyan, L., Aiken, L. H., y Sloane, D. M. (2009). Factor structure of the Maslach Burnout Inventory: An analysis of data from large scale cross-sectional surveys of nurses from eight countries. *International Journal of Nursing Studies*, 46(7), 894–902. doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.03.004

Popp, M. S. (2008). Estudio preliminar sobre el síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de unidades de terapia intensiva (UTI). *Interdisciplinaria*, 25(1), 5-27.

Price, D. M., y Murphy, P. A. (1984). Staff burnout in the perspective of grief theory. *Death Education*, 8(1), 47-58.

Proforma presupuestaria Ecuador 2017. Recuperado de: <http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/07/018-2017.pdf>

Ramírez, R. (2016). *“Burnout en profesionales de la salud del Ecuador”*. Tesis de Doctorado. USC. Santiago de Compostela. España.

Ray, E. Nichols, M., y Perritt, L. (1987). *A Model of Job Stress and Burnout*. The Hospice Journal, Volume3.1987. Issue2-3. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/0742-969X.1987.11882591>

Sablik, Z., Samborska-Sablik, A., & Drożdż, J. (2013). *Universality of physicians' burnout syndrome as a result of experiencing difficulty in relationship with patients*. Archives of medical science: AMS, 9(3), 398.

Richardson, A. M., Burke, R. J., y Leiter, M. P. (1992). Occupational demands, psychological burnout and anxiety among hospital personnel in Norway. *Anxiety, Stress, and coping*, 5(1), 55-68.

Ríos, R. Godoy, M., y Sánchez, C. (2011). Síndrome de quemarse por el trabajo, personalidad resistente y malestar psicológico en personal de enfermería. *Anales de la Psicología*. 27(1), 71-79.

Rojero, M. Ruiz, D. Aranda, C. Almeida, C., y Pando, M. (2010). *Presencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeras del hospital general ISSSTE Zacatecas y factores que lo asocian*. 3º Foro de las Américas en Investigación sobre Factores Psicosociales, Estrés y Salud Mental en el trabajo, México.

Roth, E., y Pinto, B. (2010). Síndrome de burnout, personalidad y satisfacción laboral en enfermeras de la Ciudad de La Paz. Ajayu. *Órgano de Difusión Científica del Departamento*

de *Psicología de la Universidad Católica Boliviana* " San Pablo", 8(2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/4615/461545466004/>

Sánchez, A. y Sierra, O. (2014). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería en UVI. *Enfermería Global*, 13(33), 252-266.

Sandín, B., Valiente, R., Chorot, P., Montes, M., y Germán, M. A. S. (2002). Versión española del cuestionario EPQR-Abreviado (EPQR-A)(I): Análisis exploratorio de la estructura factorial. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*, 7(3), 195-205.

Sasaki, M., KITAOKA-HIGASHIGUCHI, K. A. Z. U. Y. O., Morikawa, Y., y Nakagawa, H. (2009). Relationship between stress coping and burnout in Japanese hospital nurses. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 359-365.

Schaufeli, W. Enzmann, D., y Girault, N. (1993). Measurement of burnout: A review. *Professional burnout: Recent developments in theory and research*, 199-215.

Schaufeli, W. B., & Buunk, B. P. (1996). Professional burnout In: Schabracq, MJ, Winnubst, JAM and Cooper, CL eds. *Handbook of work and health psychology*, 311-346.

Schaufeli, W. Enzmann, D., y Girault, N. (1993). Measurement of burnout: A review. In Schaufeli, Maslach y Marek (Eds.), *Series in applied psychology: Social issues and questions. Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 199-215). Philadelphia: Taylor & Francis.

Schwarzer, R., y Leppin, A. (1991). Social support and health: A theoretical and empirical overview. *Journal of social and personal relationships*, 8(1), 99-127.

Schwartz, M. S., y Will, G. T. (1953). Low morale and mutual withdrawal on a mental hospital ward. *Psychiatry*, 16(4), 337-353.

Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social science & medicine*, 32(6), 705-714.

Swider, B. W., y Zimmerman, R. D. (2010). Born to burnout: A meta-analytic path model of personality, job burnout, and work outcomes. *Journal of Vocational Behavior*, 76(3), 487-506.

Thompson, M. S., Page, S., y Cooper, C. L. (1993). A test of carver and scheier's self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress and Health*, 9(4), 221-235.

- Turnipseed, T. (1980). *An analysis of the influence of work environment variables and moderators on the burnout syndrome*. *Journal of Applied Social Psychology* 1994; 24: 782-800.
40. Cherniss C. *Professional burnout in human service organizations*. New York: Praeger.
- Vega, D. (1994). *Estudio del síndrome del desgaste profesional entre los médicos de un hospital general*. Tesis Doctoral. Universidad de Salamanca. España.
- Winnubst, S. (1993). *Organizational structure, social support, and burnout*. En Wb. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds). *Professional Burnout Recent developments in theory and research*. London: Taylor & Francis.
- Zellars, K., Perrewe, P., y Hochwarter, W. A. (2000). Burnout in health care: The role of the five factors of personality. *Journal of applied social psychology*, 30(8), 1570-1598.
- Zohar, D. (1997). Predicting burnout with a hassle-based measure of role demands. *Journal of organizational Behavior*, 2(18), 101-115.

ANEXOS

ANEXO Nro. 1



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

Datos Personales

Género Masculino Femenino

Edad ____ años

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

La zona en la que trabaja es: Urbana Rural

Etnia Mestizo Blanco Afro ecuatoriano Indígena

Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado o separado Unión Libre

Número de Hijos: ____

Recibe su remuneración salarial: si no

La remuneración se encuentra entre:

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

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

Datos Laborales

Profesión: Médico/a Especialidad de medicina en: _____

Enfermera

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado Público Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales Ninguno

Horas que trabaja Diariamente _____

Trabaja usted en turno SI No

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

Ninguno 25 % 25-50% 50-75% 75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____

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

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

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

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

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

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

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

ANEXO 2

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

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

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

Anexo 2.3

ANEXO 3

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
Cuestionario (GHQ-28)

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

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

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

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

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

ANEXO 4

Anexo 2. 4

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
Cuestionario BRIEF-COPE

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

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

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

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

ANEXO 5

Anexo 2.5.
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CUESTIONARIO DE AS

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

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

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

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

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

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

ANEXO 6

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

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

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

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

ANEXO 7

Proyecto de Investigación: “Burnout en profesionales de la salud en el Ecuador”. Departamento de Psicología

Investigador responsable: Rocío
Ramírez Zhindón Estudiante de la
UTPL:

Información General

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

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

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

¿Quiénes participarán en el estudio?

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

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

Procedimientos del estudio

A los voluntarios incluidos en el estudio se les realizarán distintas pruebas psicológicas y levantamiento de información sociodemográfica, a través de los siguientes instrumentos: Cuestionario Sociodemográfico y laboral, Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28), Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), Cuestionario MOS de Apoyo Social, Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A.

Beneficios de su participación:

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

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

¿Incurriré en algún gasto?

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

Riesgos y molestias:

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

Confidencialidad de los datos:

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

Participación voluntaria:

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

Contactos para preguntas acerca del estudio:

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

.....
.....

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

ANEXO 8

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

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

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

NOMBRE:

FIRMA