



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA**

TÍTULO

**PRESENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LAS ÁREAS
CRÍTICAS DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DE
MACHALA**

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DE TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA

AUTORA:

Alejandra Stefhany Rodríguez Naranjo

DIRECTORA:

Lic. Bertila Maruja Tandazo Agila, Mg. Sc.

**LOJA – ECUADOR
2018**

CERTIFICACIÓN

Lic. Bertila Maruja Tandazo Agila, Mg. Sc.

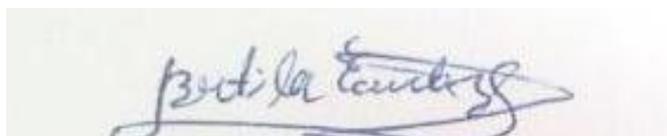
DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Haber dirigido y revisado el presente trabajo de investigación titulado: **“PRESENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LAS ÁREAS CRÍTICAS DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DE MACHALA”** de autoría de la Srta. Alejandra Stefhany Rodríguez Naranjo, estudiante de la Carrera de Enfermería, la misma que cumple con los requisitos reglamentarios. Por consiguiente autorizo su presentación y sustentación.

Loja, 24 de mayo de 2018

Atentamente,



.....
Lic. Bertila Maruja Tandazo Agila, Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Alejandra Stefhany Rodríguez Naranjo, declaro ser autora del presente Trabajo de Titulación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente, acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual

Autora: Alejandra Stefhany Rodríguez Naranjo

Firma:.....

Cedula: 1106052283

Fecha: Loja, 24 de mayo de 2018

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Alejandra Stefhany Rodríguez Naranjo, declaro ser autora de la tesis titulada **“PRESENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LAS ÁREAS CRÍTICAS DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DE MACHALA”**, como requisito para optar el grado de Licenciada en Enfermería, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información de país y del exterior, con las cuales tenga convenio la universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio y copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 18 días del mes de Mayo del dos mil dieciocho, firma la autora.



Firma:.....

Autora: Alejandra Stefhany Rodríguez Naranjo

Cedula: 1106052283

Dirección: San Sebastián

Correo Electrónico: sthefhany@hotmail.es

Celular: 0993518614

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de tesis: Lic. Bertila Maruja Tandazo Agila, Mg. Sc.

Tribunal de grado

Presidente: Lic. María Obdulia Sánchez Castillo, Mg. Sc

Vocal: Lic. Denny Caridad Ayora Apolo, Mg. Sc

Vocal: Lic. Maura Mercedes Guzmán Cruz, Mg. Sc

DEDICATORIA

Dedico este trabajo primeramente a Dios, que me permitió culminar mi carrera universitaria y a comprender que el perfeccionamiento se logra a través de la superación personal, con humildad y sacrificio; a la persistencia y dedicación de mis padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor y ayuda en todos los momentos de mi vida y por apoyarme con los recursos necesarios para estudiar.

A mis hermanos, por estar siempre junto a mí, acompañándome y apoyándome para poder realizarme profesionalmente.

A mi directora de tesis Mg. Bertila Maruja Tandazo Agila, por su dedicación, colaboración y tolerancia que Dios le de toda la sabiduría para que siga educando a las futuras generaciones.

A todas las personas que estuvieron de una u otra forma cerca de mí apoyándome y brindándome su colaboración y comprensión.

Alejandra Stefhany Rodríguez Naranjo

AGRADECIMIENTO

Culminado el presente trabajo de investigación dejo constancia de mi agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, Área de La Salud Humana, Carrera de Enfermería; a sus dignas autoridades.

Alejandra Stefhany Rodríguez Naranjo

ÍNDICE

CARÁTULA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
ÍNDICE.....	vii
1. TÍTULO.....	1
2. RESUMEN.....	2
SUMMARY.....	3
3. INTRODUCCIÓN.....	4
4. REVISIÓN DE LITERATURA.....	6
4.1 Síndrome de Burnout: Antecedentes.....	6
4.2 El Estrés.....	8
4.3 Conceptualización del Burnout.....	9
4.4 Evaluación del Burnout.....	11
4.5 Maslach Burnout Inventory (MBI).....	11
4.6 Dimensiones del fenómeno estudiado.....	13
4.6.1 Agotamiento emocional.....	13
4.6.2 Despersonalización.....	13
4.6.3 Baja realización personal.....	13
4.7 Características del Síndrome de Burnout.....	14
4.8 Consecuencias del Síndrome de Burnout.....	15

4.9	Causas del Síndrome de Burnout _____	15
4.9.1	Modelos etiológicos basados en la Teoría Sociocognitiva del Yo	16
4.9.1.1	Modelo de Pines.	16
4.9.1.2	Modelo de autoeficacia de Cherniss	17
4.9.1.3	Modelo de Thompson, Page y Cooper	17
4.9.2.1	Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli	18
4.9.3	Modelos etiológicos basados en la Teoría Organizacional.....	18
4.9.3.1	Modelos de Cox, Kuk y Leiter.	19
4.9.4	Modelos etiológicos basados en la Teoría Estructural	19
4.9.4.1	Modelo de Gil-Monte y Peiró	19
4.10	Tipos de variables que intervienen en la aparición del Síndrome de Bournout	20
4.10.1	Variables Personales.	20
4.10.2	Personalidad resistente	20
4.10.3	Sexo	20
4.10.4	Edad.....	20
4.10.5	Estado civil	20
4.11	Factores de riesgo que aumenta el riesgo de Síndrome de Burnout_____	21
4.11.1	Factores de Riesgo al Rol y cargo que se desempeña	21
4.11.2	Factores de riesgo relacionado con la organización.....	21
4.12	Sintomatología del Síndrome _____	22
4.12.1	Psicosomáticas	22
4.12.2	Conductuales.....	22
4.13	Teoría del afrontamiento, personalidad y Burnout _____	23
4.14	Discriminación con otros constructos _____	28
4.14.1	Estrés general.	28

4.14.2	Fatiga física.....	28
4.14.3	Depresión.....	28
4.15	El Síndrome de Burnout en el personal de enfermería en las áreas críticas ____	29
4.16	Estrategias y técnicas de intervención frente al Burnout _____	31
4.16.1	Estrategias orientadas al individuo.....	32
4.16.2	Estrategias sociales.....	34
4.16.3	Estrategias organizacionales.....	35
5.	MATERIALES Y MÉTODOS.....	36
6.	RESULTADOS.....	38
7.	DISCUSIÓN.....	44
8.	CONCLUSIONES.....	46
9.	RECOMENDACIONES.....	47
10.	BIBLIOGRAFÍA.....	48
11.	ANEXOS.....	52

1. TÍTULO

PRESENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN LAS ÁREAS CRÍTICAS DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA
DE MACHALA

2. RESUMEN

El síndrome de Burnout constituye un estado de agotamiento, físico, emocional y mental, acompañado de una disminución de la capacidad de rendimiento, precedido de una fase de pérdida de motivación por sus labores, se siente emocionalmente agotado, desilusionado y frustrado, formando una de las principales causas de deterioro de las condiciones laborales. La investigación “PRESENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LAS ÁREAS CRÍTICAS DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DE MACHALA” tiene como objetivo principal determinar la presencia del Síndrome de Burnout en el profesional de Enfermería en las áreas críticas del Hospital Teófilo Dávila de Machala. Para realizarlo se propuso una metodología descriptiva, transversal y estudio cuantitativo. Como instrumentos de medida se utilizó una encuesta de elaboración propia, en la que se valoran aspectos sociodemográficos, laborales y salud laboral, así como el Maslach Burnout Inventory (MBI), instrumento validado para la medición del síndrome. El universo estuvo conformado por 79 profesionales de Enfermería obteniendo los siguientes resultados: los profesionales no presentan este síndrome y se encuentran en un nivel medio con 65.8% sin embargo tienen la tendencia a aumentar convirtiendo en un factor de riesgo en su rendimiento y trato con los pacientes. Los resultados ayudarán a implantar acciones, orientadas a prevenir el desarrollo del síndrome en este colectivo, preservando la salud de los profesionales de enfermería.

Palabras clave: Áreas críticas, Enfermería, MBI, síndrome de Burnout.

SUMMARY

Burnout syndrome is a state of exhaustion, physical, emotional and mental, accompanied by a decrease in performance capacity, preceded by a phase of loss of motivation for their work, feeling emotionally exhausted, disappointed and frustrated, forming one of the main causes of deterioration of working conditions. The research "PRESENCE OF THE BURNOUT SYNDROME IN THE NURSING PROFESSIONAL IN THE CRITICAL AREAS OF HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DE MACHALA" has the main objective of determining the presence of the Burnout Syndrome in the nursing professional in the critical areas of the Hospital Teófilo Dávila de Machala To do so, a descriptive, cross-sectional and quantitative study methodology was proposed. A self-made survey was used as measurement instruments, in which socio-demographic, labor and occupational health aspects are valued, as well as the Maslach Burnout Inventory (MBI), a validated instrument for the measurement of the syndrome. The universe was made up of 79 nursing professionals obtaining the following results: The presence of Burnout Syndrome was obtained that do not present this syndrome and are at a medium level with 65.8%, however they tend to increase becoming a risk factor in his performance and dealing with patients. The results will help to implement actions, aimed at preventing the development of the syndrome in this group, preserving the health of nursing professionals.

Keywords: Burnout syndrome, Critical areas, MBI Nursing.

3. INTRODUCCIÓN

El término Burnout se empezó a utilizar, tras la exposición de Maslach ante una convención de la Asociación Americana de Psicólogos, en la que conceptualizó el síndrome como el desgaste profesional de las personas que trabajan en diversos sectores de servicios humanos, siempre en contacto directo con los usuarios, especialmente personal sanitario y profesores. El síndrome sería la respuesta extrema al estrés crónico originado en el contexto laboral y tendría repercusiones de índole individual, pero también afectaría a aspectos organizacionales y sociales (Martinez, 2010).

Su importancia en el estudio es de gran relevancia ya que los trastornos de salud relacionados con el trabajo como el Síndrome de Burnout, son la primera causa de gastos en atenciones enfermeras, médicas y psicológica. Según la OMS “Las enfermedades no transmisibles relacionadas con el trabajo, así como las cardiopatías y la depresión provocadas por el estrés ocupacional, dan lugar a crecientes tasas de enfermedades y bajas laborales prolongadas”.

En 2012 América Central, se encontró que más del 10% de los encuestados reportaron haberse sentido constantemente bajo estrés o tensión, tristes o deprimidos, o con pérdida de sueño debido a sus preocupaciones por las condiciones de trabajo. Y en Chile en el 2011 se encontró que el 27.9% de los trabajadores y el 13,8% de los empleadores reportaron estrés y depresión (OPS-OMS, 2016).

Un estudio realizado en la Zonal 7 en la provincia del Oro en su capital Machala con el título Síndrome de Burnout en médicos del Hospital General Teófilo Dávila de Machala se dio a conocer la prevalencia en un 30.26% . Los médicos residentes presentan con mayor frecuencia con un 66.66% (Jiménez, 2017).

Los trabajadores de salud, por las características de su trabajo que incluye en contacto con múltiples usuarios y además situaciones desgastantes a las que se enfrentan en sus actividades cotidianas, con altas exigencias y múltiples factores psicosociales, así como la transferencia que reciben de sus pacientes, constituyen un grupo de alta vulnerabilidad para desarrollar problemas relacionados con el estrés.

Síndrome de Burnout también llamado simplemente como síndrome del trabajador quemado es un tipo de estrés laboral conocido como crónico, empieza a convertirse en un problema de alta relevancia en el mundo laboral. Cuando hay estrés laboral puede ocurrir repentinamente y puede tener varios efectos negativos como desmotivación, agotamiento y falta de energía.

Siendo de gran importancia se considera el aumento del estudio del Síndrome de Burnout, especialmente en Hospitales públicos y entidades, para establecer alternativas de prevención o conocimiento, que incluyen minimizar las consecuencias negativas de este Síndrome Burnout y mejor la salud.

El propósito de la investigación es dar a conocer en los ámbitos de la salud mental y laboral de las profesionales de Enfermería sobre el nivel de desgaste profesional.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

4.1 Síndrome de Burnout: Antecedentes

El uso del término Burnout, comenzó a aparecer con cierta regularidad en los años 1970 en Estados Unidos, especialmente entre las personas que trabajaban en los servicios de atención a personas. Maslach y colaboradores definen el Burnout y sus tres dimensiones como: Agotamiento emocional, que se caracteriza por una falta o carencia de energía, entusiasmo y sentimiento de que se agotan los recursos; Despersonalización, Cinismo, que se caracteriza por tratar a los clientes y colegas como objetos; y Baja realización personal en el trabajo, que se caracteriza por una tendencia del trabajador a autoevaluarse de forma negativa.

Tomando en consideración la literatura, y después de entrevistar a profesionales con síntomas de Burnout en diferentes ocupaciones, como maestros, trabajadores sociales y enfermeras, Gil-Monte define el Burnout como una respuesta psicológica al estrés laboral crónico que aparece en los profesionales que trabajan en el sector de servicios en contacto directo con los clientes o usuarios de la organización. Es un síndrome no psiquiátrico caracterizado por un deterioro cognitivo (es decir, pérdida de ilusión hacia el trabajo), el deterioro emocional (es decir, el desgaste psíquico), y las actitudes y comportamientos de la indiferencia y, a veces, actitudes abusivas hacia el cliente (indolencia).

Además, en algunos casos, las actitudes negativas en el trabajo, en especial hacia las personas con las que el trabajador establece relaciones de trabajo, conllevan altos sentimientos de culpa. El primer factor, Ilusión por el trabajo, es una variable cognitiva definida como el deseo del individuo por alcanzar los objetivos en el trabajo como una

fuente de placer personal. Esta variable es similar a la subescala de Realización personal del MBI, pero no incluye un indicador de la autoeficacia.

El segundo factor, Desgaste psíquico, se define como la aparición de agotamiento emocional y físico debido a que el individuo tiene que enfrentarse a diario con gente en el trabajo que presenta problemas. Esta variable es similar a la subescala de Agotamiento emocional del MBI, pero incluye un aspecto de agotamiento físico (“me siento cansado físicamente en el trabajo”). En tercer lugar, por Indolencia se entiende la aparición de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los clientes de la organización, como los estudiantes y familiares.

Este síntoma es similar a la subescala de Despersonalización del MBI. Finalmente, la Culpa surge tras el desarrollo de actitudes negativas en el trabajo, en especial hacia las personas con las que el individuo establece relaciones de trabajo. Estos cuatro síntomas se han postulado en un modelo sobre el proceso de desarrollo del Burnout que se evalúa a través del “Spanish Burnout Inventory” (SBI) Gil-Monte propone un modelo explicativo del proceso del Burnout, que pretende ser un modelo facilitador para el diagnóstico y tratamiento del Burnout, donde se pueden identificar los antecedentes, así como las consecuencias derivadas del síndrome. La idea fundamental del modelo se sustenta en que es posible identificar dos perfiles distintos en el proceso de desarrollo del Burnout.

Los sentimientos de culpa según este modelo son un síntoma más que debe ser evaluado para la realización de un diagnóstico adecuado. En este modelo, el deterioro cognitivo y afectivo aparece, en un primer momento, como respuesta a las fuentes de estrés laboral crónico, siendo el paso siguiente el desarrollo por parte de los individuos de actitudes negativas hacia las personas que atienden en su trabajo. Los sentimientos de culpa surgen de forma posterior a estos síntomas, pero no se presentan en todos los individuos.

Los comportamientos de indolencia, cinismo o despersonalización funcionan como un mecanismo de afrontamiento por parte del individuo para minimizar las consecuencias del síndrome. El autor señala que a medio o largo plazo, se produce un deterioro de la salud, un aumento de la tasa de absentismo y un deseo cada vez mayor de abandonar la organización y la profesión (Figueiredo-Ferraz, 2016).

4.2 El Estrés

El estrés es uno de los fenómenos más comunes en el mundo laboral, que se acrecienta en el marco de las exigencias que las organizaciones plantean a los trabajadores. Es un constructo complejo de explicar y en sus inicios el fisiólogo y médico Hans Selye (1936) identificó en sus pacientes síntomas que llamó Síndrome de Adaptación General (SAG), y que se relacionaban con tres sistemas: Endócrino, Nervioso e Inmunológico, en los cuales se genera una respuesta neurológica ante un estímulo de estrés, estas respuestas pueden ser de tipo cognitivo, emotivo y conductuales.

Otros esquemas del estrés dan énfasis a lo cognitivo, que según (Daza, 1993) es parte de un proceso de valoración referido al ámbito interno, la percepción del individuo ante estímulos externos con carácter defensivo y la capacidad de éste de traducir dichos estímulos de acuerdo a su apreciación en valoración positiva o negativos. Por su parte la Organización Mundial de la Salud (OMS) define al estrés como el conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción y cuyos síntomas están relacionados con los mismos sistemas (OMS, 2013).

13 Estudios más recientes como los de Fernández, González y Trianes (2015) citando a Lazarus y Folkman indican que el estrés es producido en dos fases, en la primera, el individuo visualiza cognitivamente al estresor y a las demandas que éstos provocan; en la segunda fase el individuo evalúa si los recursos que posee son suficientes para afrontar

esas demandas, tomando en cuenta que a pesar de existir el mismo estresor los seres humanos suelen reaccionar de modo diferente, y las respuestas pueden ser de tipo fisiológico, emocional o comportamental.

El estrés está distribuido en tres fases: la aparición de varios síntomas como: aumento de la frecuencia cardiaca, hipercoagulación sanguínea, aumento de la frecuencia respiratoria, etc.; la resistencia, a este hecho se suma a que el individuo es incapaz de superarlo y aparece la siguiente fase: el agotamiento que es la incapacidad de una respuesta fisiológica que conduce a la enfermedad.

Entre las causas que generan este tipo de estímulos están en primer lugar los agentes estresantes que provienen de circunstancias externas, puede ser del ambiente familiar, del trabajo, del estudio, etc. En segundo lugar está el estrés producido por el mismo individuo, es decir, por sus propias características de personalidad y por su forma particular de enfrentar y solucionar los problemas (Casado, 2010)

4.3 Conceptualización del Burnout

El síndrome de Burnout es una respuesta al estrés crónico en el trabajo (a largo plazo y acumulativo), con consecuencias negativas a nivel individual y organizacional, y que tiene peculiaridades muy específicas en áreas determinadas del trabajo, profesional, voluntario o doméstico, cuando éste se realiza directamente con colectivos de usuarios, bien sean enfermos de gran dependencia, o alumnos conflictivos. Estos casos son los casos más reiterados, lo que no excluye otros, aunque ya hay que advertir que el síndrome se manifiesta menos en los trabajos de tipo manual, administrativo, etc. En estos casos, el estrés laboral no suele ser conceptualizado como Burnout, según discriminación general en el campo de la Psicología. Pero sí se produce en ámbitos como el voluntariado, sin que existan condicionantes de tipo laboral, salarial, jerarquías etc. (Martinez, 2010)

El concepto de “estar quemado” se añadía algo que ya no era sólo el estrés laboral; también cuentan el significado para la persona del trabajo que realiza, su propia capacidad de generar estrategias de afrontamiento, la misión a realizar que a veces genera excesiva implicación en el trabajo y puede terminar en la deserción o la desatención a los usuarios, pero también a sí mismo. (Martinez, 2010). A continuación se enlistan algunas de las definiciones más aceptadas acerca del síndrome de burnout:

- Freudenberger. Describe el burnout como una "sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador". El autor afirma que el burnout es el síndrome que ocasiona la "adicción al trabajo".
- Pines y Kafry. Definen el burnout "como una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal".
- Machlowitz. Lo define como "un estado de total devoción a su ocupación, por lo que su tiempo es dedicado a servir a este propósito", que provoca un desequilibrio productivo y, como consecuencia, las reacciones emocionales propias de la estimulación laboral aversiva.
- Cherniss. Es uno de los primeros autores que enfatiza la importancia del trabajo, como antecedente, en la aparición del burnout y lo define como "cambios personales negativos que ocurren a lo largo del tiempo en trabajadores con trabajos frustrantes o con excesivas demandas". El mismo autor precisa que es un proceso transaccional de estrés y tensión en el trabajo y acomodamiento psicológico, destacando tres momentos: a) desequilibrio entre las demandas en el trabajo y los recursos individuales, b) respuesta emocional a corto plazo, ante el anterior desequilibrio, caracterizada por

ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento y c) cambios en actitudes y conductas (afrontamiento defensivo) (Yury Rosales Ricardo y Fredy R. Rosales Paneque, 2013).

4.4 Evaluación del Burnout

Para la evaluación del síndrome de Burnout se han utilizado distintas técnicas. Al principio, los investigadores utilizaban las observaciones sistemáticas, entrevistas estructuradas y tests proyectivos, pero luego se fue dando mayor énfasis a la evaluación mediante cuestionarios o autoinformes, lo que plantea varios problemas. Ante un proceso de evaluación con autoinformes es importante tener presente que sus medidas son débiles por sí solas; es decir que se aconseja recabar datos objetivos de otras fuentes para confirmar y ampliar los resultados. (Martinez, 2010)

La debilidad de los autoinformes tiene relación con la cercanía operacional entre la variable independiente y la variable dependiente postulada. Puede ser tanta dicha cercanía que, incluso, los constructos que se miden se pueden utilizar a veces como causa y otras como consecuencias. Sin embargo, los autoinformes son los instrumentos más utilizados para la evaluación del Burnout, y de éstos los preferidos por los investigadores son el Maslach Burnout Inventory (MBI; Maslach y Jackson) y el Burnout Measure (Martinez, 2010).

4.5 Maslach Burnout Inventory (MBI)

Los estudios de Maslach y Jackson se dividen en dos etapas. En la primera definieron el Burnout aplicándolo a profesionales que trabajaban en el área de servicios humanos y utilizaron un sistema de medida, el conocido Maslach Burnout Inventory – MBI: Este instrumento, traducido al castellano, ha sido validado por Gil Monte, P. El MBI es un

cuestionario autoadministrado y consta de 22 ítems que recogen respuestas del sujeto con relación a su trabajo sobre sus sentimientos, emociones, pensamientos y conductas.

Maslach y Jackson consideran al Burnout un constructo tridimensional, y por ello la escala está dividida en tres subescalas: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, con resultados bajo-medio-alto. Pero también, con esta escala se pueden analizar los resultados en relación con la profesión del sujeto, es decir que hay puntuaciones de corte para distintos grupos: profesores, asistentes sociales, médicos, profesionales de salud mental y otros profesionales. El MBI ha sido aplicado a estas poblaciones obteniendo alta fiabilidad y alta validez sobre los tres factores mencionados. Las tres subescalas, en la revisión del año 1986, alcanzaron valores de fiabilidad de Cronbach aceptables, con una consistencia interna de 0.80 y la validez convergente y la discriminante han sido adecuadas. Respecto a la fiabilidad por factores se obtuvieron valores de 0.90 para el agotamiento personal, 0.79 para la despersonalización y 0.71 para la baja realización personal.

En general, éste es el cuestionario más utilizado internacionalmente y las dimensiones que plantean sus autores también son los más empelados para definir el constructor de Burnout. En España, la escala, ha sido traducida por Nicolás Seisdedos Cubero.

La equivalencia en percentiles se clasifica de la siguiente manera: P 75 Burnout alto, P50 Burnout medio y P25 Burnout bajo. Estas puntuaciones ha sido estudiadas en diferentes muestras y se ha concluido que los niveles de Burnout son diferentes según la muestra, es decir que no queda claro el límite entre lo normal y lo patológico; una cuestión que se ha seguido discutiendo a lo largo de los estudios de síndrome. Esto sugiere que no se puede generalizar a todas las profesiones y culturas la clasificación del Burnout, e implica la elaboración o adecuación de ciertos criterios (Martinez, 2010).

4.6 Dimensiones del fenómeno estudiado

La conceptualización de Burnout, que es la más conocida, según Maslach y Jackson abarca tres dimensiones:

4.6.1 Agotamiento emocional. Se caracteriza por la fatiga emocional, ausencia o falta de energía, entusiasmo y un sentimiento de escasez de recursos. El trabajador se siente agotado, su nivel afectivo está deteriorado y ha sido superado por el estrés producido por el contacto diario y mantenido con personas a las que atiende por el exceso de trabajo. Es importante diferenciar el agotamiento emocional como dimensión del Síndrome de Burnout, ya que el agotamiento emocional por depresión o por estrés se atribuye a causas interpersonales o intrapsíquicas y puede producir tanto efectos positivos como negativos, mientras que en el Síndrome de Burnout se produce por la interacción entre la organización y la persona y como resultado siempre da lugar a efectos negativos.

4.6.2 Despersonalización. Puede ser definida como el desarrollo de respuestas negativas asociadas a sentimientos de cinismo, insensibilidad hacia las personas que reciben el servicio, percibiéndose por el usuario como personas deshumanizadas por su actitud emocional fría, distante y despectiva.

4.6.3 Baja realización personal. Se define como la tendencia de esos profesionales a evaluarse negativamente y de forma especial. Esa evaluación negativa, afecta a la habilidad en la realización del trabajo, la relación con las personas a las que atienden y se presentan insatisfechos con sus resultados laborales, afectando directamente a su auto concepto, su autoestima y las relaciones con los demás (Martinez, 2010).

4.7 Características del Síndrome de Burnout

El Síndrome de Burnout es un fenómeno que ha generado mucho interés por las graves consecuencias que tiene sobre la salud, tanto en la parte psicológica como física, si bien el Síndrome de Burnout se encuentra en cualquier trabajo o profesión, es propio de ciertas labores que se centran en la prestación de servicios humanos, por lo que existe un contacto directo con las personas a las que se destina la labor médica. Existen referencias del Síndrome Burnout en otras profesiones que no necesariamente implican el trato directo con personas, aunque no es la perspectiva más extendida. Si bien, como es lógico, dependiendo de algunas variables de personalidad, sociodemográficas individuales o de entorno personal, pueden darse evoluciones diferentes en el desarrollo del Síndrome de Burnout.

Dentro de las personalidades más susceptibles al Síndrome de Burnout están las personalidades emotivas, aquellas que se inclinan al servicio social dentro de sus actividades laborales, por lo general este tipo de personas tienen características que los predisponen a padecer de Burnout, suelen ser personas autoexigentes, perfeccionistas y con baja tolerancia al fracaso y aunque algunos presentan empatía, sensibilidad, delicadeza, idealismo y orientación hacia los demás, otros presentan características negativas como ansiedad, ideación obsesiva, entusiasmo y susceptibilidad a identificarse con otros. También existen personalidades que son capaces de rechazar o frenar el Burnout, caracterizadas por mantener sentimientos de compromiso, de confianza en sí mismos, con un alto nivel de autocontrol.

En una organización con exceso de jerarquía, burocracia, participación disminuida de los trabajadores, organizaciones con poca coordinación interdisciplinaria, estilo de direccionamiento inadecuado, falta de formación a los trabajadores en nuevas tecnologías, falta de diseño de puestos y perfiles, pobre direccionamiento y gestión en Talento humano,

conflictos internos y abuso de poder entre los directivos, el riesgo de aparición del Síndrome de Burnout en sus trabajadores es latente. (Galvez, Mingote, Nuñez, Otero, 2012).

4.8 Consecuencias del Síndrome de Burnout

El Síndrome Burnout frente al estrés generado por la relación entre profesional médico y paciente y por la relación profesional con la organización, produce consecuencias tanto para la organización como para el trabajador. Las consecuencias negativas para la organización deterioran la comunicación y las relaciones interpersonales disminuyendo el rendimiento profesional, la productividad y la calidad, además de generar alta rotación y ausentismo laboral.

En el trabajador o profesional médico se produce un deterioro cognitivo consistente en la aparición de la frustración y el desencanto por la profesión, crisis de la capacidad percibida por el desempeño de la actividad profesional, disminución del afecto que se caracteriza por el deterioro emocional y en algunos casos se acompaña por sentimientos de culpa. También se produce un deterioro actitudinal asociado con actitudes de cinismo, indolencia e indiferencia con los pacientes y con la organización.

Las principales consecuencias en el trabajador producen síntomas que tienen resultados negativos tanto para los afectos y las emociones, así como a las cogniciones, las actitudes, las conductas y al sistema fisiológico, disminuyendo la calidad de vida tanto de personal como familiar, además de la laboral (Mansilla, 2014)

4.9 Causas del Síndrome de Burnout

La etiología del Burnout ha suscitado mucha polémica, ya que, como hemos visto, se le han atribuido causas muy diversas, diferente grado de importancia de los variables

antecedentes- consecuentes, y distintos factores implicados. Esto ha dado lugar al desarrollo de múltiples modelos explicativos. Aquí destacaremos sólo aquellos modelos más relevantes para la investigación. Una de las clasificaciones más utilizada y actualizada es la de Gil-Monte y Peiró. Estos categorizan los modelos etiológicos en cuatro tipos de líneas de investigación: Teoría Sociocognitiva del Yo, Teoría del Intercambio Social, Teoría Organizacional y Teoría Estructural:

4.9.1 Modelos etiológicos basados en la Teoría Sociocognitiva del Yo. En estos modelos las causas más importantes son 1) Las cogniciones influyen en la forma de percibir la realidad, pero a la vez estas cogniciones se modifican por sus efectos y consecuencias observadas. 2) El empeño para la consecución de objetivos y las consecuencias emocionales de las acciones están determinadas por la autoconfianza del sujeto. Es evidente que estos modelos etiológicos dan gran importancia a las variables del self, como ser, la autoconfianza, autoeficacia, autoconcepto, etc. entre ellos se encuentra de Modelo de Pines, el Modelo de Cherniss y el Modelo de Thompson, Page y Cooper.

4.9.1.1 Modelo de Pines. Pines, señala que el fenómeno del Síndrome de Burnout radica cuando el sujeto pone la búsqueda del sentido existencial en el trabajo y fracasa en su labor. Estos sujetos les dan sentido a su existencia por medio de tareas laborales humanitarias. Este modelo es motivacional, y plantea que sólo se queman aquellos sujetos con alta motivación y altas expectativas. Un trabajador con baja motivación inicial puede experimentar estrés, alienación, depresión o fatiga, pero no llegará a desarrollar el SB. Por lo tanto, el SB lo explica como un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por afrontar situaciones de estrés crónico junto con muy altas expectativas. El SB sería el resultado de un proceso de desilusión donde la capacidad de adaptación del sujeto ha quedado disminuida severamente.

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

4.9.1.3 Modelo de Thompson, Page y Cooper. Thompson destaca cuatro factores implicados en la aparición del Burnout, y señalan que la autoconfianza juega un papel fundamental en ese proceso. Los cuatro factores son: 1) Las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del sujeto. 2) El nivel de autoconciencia. 3) Las expectativas de éxito personal. 4) Los sentimientos de autoconfianza. Estos autores plantean que tras reiterados fracasos en la consecución de las metas laborales junto con altos niveles de autoconciencia, de las discrepancias percibidas o anticipadas entre las demandas y recursos, se tiende a utilizar la estrategia de afrontamiento de "retirada mental o conductual" de la situación amenazadora. Un patrón de retirada serían las conductas de despersonalización. Estas estrategias tienen como objetivo reducir las discrepancias percibidas en el logro de los objetivos laborales.

4.9.2 Modelos etiológicos basados en las Teorías del Intercambio Social. Estos modelos plantean que cuando el sujeto establece relaciones interpersonales se pone en marcha el proceso de comparación social. A partir de dicha comparación pueden generarse percepciones de falta de equidad o falta de ganancia, lo que conllevaría a aumentar el riesgo de padecer Burnout (Martinez, 2010).

4.9.2.1 Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli. Este modelo se desarrolló para explicar la aparición del Burnout en enfermeras. A partir de este contexto plantea dos tipos de etiología del Burnout: uno de ellos se refiere a los procesos de intercambio social con los pacientes, y pone el énfasis en los mecanismos y procesos de afiliación y comparación con los compañeros de trabajo.

Según Buunk y Schaufeli, existen tres fuentes de estrés que están relacionadas con los procesos de intercambio social: 1) La incertidumbre: Es la ausencia o falta de claridad sobre los propios sentimientos y pensamientos sobre cómo actuar. 2) La percepción de equidad: Hace referencia al equilibrio percibido sobre lo que se da y lo que se recibe en el curso de sus relaciones. 3) La falta de control: Se explica como la posibilidad/capacidad del trabajador para controlar los resultados de sus acciones laborales. Respecto a los mecanismos y procesos de afiliación social y comparación con los compañeros de trabajo, los autores explican que los profesionales de enfermería no buscan apoyo social de los compañeros ante situaciones estresantes, por temor a ser catalogados como incompetentes.

4.9.3 Modelos etiológicos basados en la Teoría Organizacional. Estos modelos se caracterizan por basarse en la función de los estresores del contexto organizacional y de las estrategias de afrontamiento que utilizan los trabajadores ante el Burnout. Según estos modelos, las variables como las funciones del rol, el apoyo percibido, la estructura, el clima y la cultura organizacional junto a la forma de afrontar las situaciones amenazantes, están implicadas en la aparición del síndrome.

Así pues, las causas varían dependiendo del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social. Por ejemplo, el Burnout se puede originar por agotamiento emocional en una organización burocrática mecánica y de comunicación

vertical; mientras que en organizaciones con burocracias profesionalizadas (hospitales) puede aparecer el Burnout por disfunciones de rol y conflictos interpersonales.

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

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

4.9.4.1 Modelo de Gil-Monte y Peiró. Este modelo explica el Burnout teniendo en cuenta variables de tipo organizacional, personal y estrategias de afrontamiento. Plantea que este síndrome es una respuesta al estrés laboral percibido (conflicto y ambigüedad del rol), y surge como producto de un proceso de reevaluación cuando la forma de afrontamiento a la situación amenazante es inadecuada. Esta respuesta implica una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias, por ejemplo, la falta de salud, baja satisfacción laboral, pasividad, evitación, etc.) (Martinez, 2010).

4.10 Tipos de variables que intervienen en la aparición del Síndrome de Bournout

4.10.1 Variables Personales. Son variables propias del individuo y hacen referencia a aspectos de su personalidad, sus sentimientos y pensamientos, sus emociones, sus actitudes, etc. Estas variables, más que desencadenantes, se consideran facilitadoras o inhibidoras del síndrome, esto es, que en función de que se presenten en menor o mayor grado, aumentará o disminuirá la posibilidad de que el Burnout aparezca.

4.10.2 Personalidad resistente. Las personas con este tipo de personalidad previenen o reducen la incidencia del Burnout. Se caracteriza por un gran sentimiento de compromiso hacia sí mismo y el trabajo, por una percepción de control del ambiente así como una tendencia a acercarse a los cambios de la vida con una actitud de desafío antes que de amenaza, que suponen las tres dimensiones que configuran este tipo de personalidad (compromiso, control y reto).

4.10.3 Sexo. Esta variable va vinculada a una serie de características relacionadas con el trabajo y la sociedad, que predisponen especialmente hacia una tendencia u otra. Sin embargo, esta variable no es del todo concluyente.

4.10.4 Edad. Los profesionales con experiencia pueden desarrollar modelos de afrontamiento que reduzcan la posibilidad de quemarse.

4.10.5 Estado civil. Más que el propio hecho del estado civil, lo que tiene importancia es la relación de esta variable con el apoyo emocional. (Casado, 2010).

4.11 Factores de riesgo que aumenta el riesgo de Síndrome de Burnout

4.11.1 Factores de Riesgo al Rol y cargo que se desempeña. Se estable que los cargos con mayor interacción con el cliente que son más directas, frecuentes y largas tiene mayor factor de riesgo a mostrar el síndrome de Burnout. Es por ello que los profesionales dedicados a prestar servicios en salud, sociales y de enseñanza, dado que in dichas profesiones se entrelazan factores como el trato directo, intensos y de involucramiento con los problemas de los clientes , tienden a desarrollar más rápido el síndrome de Burnout. En este contexto se ha observado que la retroalimentación es casi inexistente. La relación con el cliente muchas veces se torna agresiva, pasiva dependiente o a la defensiva. Finalmente cuando las personas que prestan servicios y cumplen con un rol que tiene sobrecarga de responsabilidades, experimentan la sensación de que nos son lo suficiente buenos para finalizarlo o que no son lo suficientemente rápidos para terminar las tareas estarían en riesgo de presentar Agotamiento Emocional y conductas de Despersonalización o cinismo.

4.11.2 Factores de riesgo relacionado con la organización. Cuando las organizaciones presentan un clima poco satisfactorio para las personas que la integran y la forma en que está definido el trabajo y las posibilidades de llevarlo a cabo son dificultosas, las personas están en riesgo de desarrollar el síndrome de Burnout Maslach y Leiter ,afirma que el sentido común cree que las personas que viven el síndrome de Burnout ,son débiles ya que si para vivir hay que ajustarse al medio , el síndrome de Burnout manifiesta una falla en el ajuste de al personal al ambiente de trabajo . También se creó que las personas no son razonables, que se quejan por todo y el síndrome de Burnout sería otra manera más de quejarse. Esto es lo que muchos docentes manifiestan al establecer que se les apunta de todo lo que pasa en el aula dejando atrás los factores externos. Generalmente, el ambiente de trabajo tiende a culpar al trabajador del síndrome de Burnout que sufre y se le emplaza a

buscar soluciones personales, como ir a terapia o buscar otro trabajo. Esta visión parece ser compartida por el trabajador, ya que las personas tienden a asumir su vivencia del síndrome de Burnout en términos personales. Muchos psiquiatras y psicólogos toman este síntoma como psiquiátrico y buscan aproximaciones individuales al tratamiento (Carrasco, 2012).

4.12 Sintomatología del Síndrome

Según varios estudios las manifestaciones más comunes de *Burnout* en estudiantes son:

- Agotamiento físico y mental
- Abandono de los estudios
- Disminución del rendimiento académico

Según los estudios anteriores, estas manifestaciones se pueden dividir en tres grupos fundamentales:

4.12.1 Psicosomáticas. Alteraciones cardiovasculares (taquicardia, HTA), fatiga crónica, cefaleas, alteraciones gastrointestinales, dolores abdominales y musculares, alteraciones respiratorias y del sueño, alteraciones dermatológicas y menstruales.

4.12.2 Conductuales. Abuso de fármacos, alcohol y tabaco, ausentismo a clases, malas conductas alimentarias, incapacidad de relajarse. Para concentrarse debido a la ansiedad experimentada, depresión, baja autoestima, falta de motivación. Esta sintomatología es un cuadro inequívoco de un gran estado de estrés psicosomático, que puede traer graves consecuencias para la integridad no sólo psicológica sino también física de los estudiantes.

Se impone entonces la búsqueda de los elementos causales de esta situación: Las altas exigencias planteadas. Las dificultades materiales que se afrontan aun con la ayuda institucional. La condición física y los estados de salud. Los estilos de vida. Las

características de personalidad. Nivel o clasificación del Sistema Nervioso. Las motivaciones o razones por las que realiza sus estudios superiores. (Yury Rosales Ricardo y Fredy R. Rosales Paneque, 2013)

4.13 Teoría del afrontamiento, personalidad y Burnout

A pesar de las controversias acerca de la definición del estrés, los investigadores están de acuerdo en que el "afrontamiento" es un importante moderador en los procesos de estrés, incluido el Burnout. El concepto de afrontamiento se deriva, por un lado, de la experimentación tradicional con animales y, por otro lado, de la teoría psicoanalítica del ego. El modelo animal define el afrontamiento como la disminución de la perturbación psicofisiológica a través de actos que controlan las condiciones nocivas del ambiente que generan malestar. Este planteamiento ha sido criticado por simplista, ya que trata el afrontamiento como un constructo unidimensional y sus bases empíricas se basan sólo en conductas de evitación y de huida.

Por otro lado, el modelo psicoanalítico de la psicología del ego define al afrontamiento como el "conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y, por tanto, reducen el estrés. Obviamente, este modelo está cerca de la psicología cognitiva, que es la que ha aportado más soluciones al problema al poner énfasis en los diversos procesos utilizados por el sujeto para manipular la relación de éste con su entorno. Una de las formulaciones sobre la jerarquización del afrontamiento es la de Menninger, quien identifica cinco recursos reguladores clasificados de acuerdo con el nivel de desorganización interna. En su planteamiento se refiere a los recursos de afrontamiento como indicadores de la desorganización, es decir que a mayor desorganización interna serán más primitivos los recursos de afrontamiento.

A partir del análisis de estos dos modelos tradicionales, Lazarus y Folkman definen el afrontamiento como esfuerzos cognitivos y comportamentales que están en constante proceso de cambio y que se desarrollan para manejar las demandas externas y/o internas específicas evaluadas como desbordantes de los recursos propios del sujeto. Así pues, el afrontamiento sería un proceso y no un rasgo. Una característica importante de la conceptualización de Lazarus y Folkman es que el afrontamiento tiene múltiples funciones, entre las que resaltan dos: las englobadas bajo el afrontamiento dirigido a alterar el problema objetivo y las que resultan del afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional.

Las primeras tratan de solucionar el problema definiendo el problema, buscando soluciones y estrategias dirigidas a modificar el entorno (resolución del problema), como son los obstáculos, los recursos, los procedimientos, etc. Las estrategias que se refieren al sujeto incluyen los cambios motivacionales o cognitivos, la variación del nivel de aspiración del sujeto o el nivel de participación del yo, desarrollo de nuevas pautas de conductas, etc. El afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional pretende modificar el modo de vivir la situación, incluso cuando no se pueda hacer nada para cambiar lo externo. En este tipo de afrontamiento se incluyen procesos cognitivos que se encargan de disminuir el grado de trastorno emocional, entre los que destacan la evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparaciones positivas y extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos.

También existen las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción que no cambian el significado de la situación, por ejemplo, la atención selectiva. En síntesis, las estrategias de afrontamiento dirigidas a las emociones tienen mayor probabilidad de aparecer cuando, según la evaluación del sujeto, no se puede modificar las condiciones amenazantes del

ambiente; y cuando el sujeto evalúa que sí se pueden cambiar, entonces, hay más probabilidad que aparezcan las dirigidas al problema.

A partir de este marco, se expone a continuación el planteamiento de Wylie, donde postula que las variables de personalidad son como recursos internos de afrontamiento que influyen en las estrategias de éste. Los tipos de personalidad más relevantes en los estudios del estrés laboral son: neuroticismo, locus de control, patrón de conducta tipo A y resistencia al estrés. De éstos el patrón de conducta tipo A es particularmente vulnerable al estrés en contraste con los factores de personalidad como el de resistencia al estrés (hardiness), locus control, autoestima y sentido de coherencia (Zeidner & Endler, Lazarus y Folkman).

- **El neuroticismo** es considerado como inestabilidad emocional y como un factor considerablemente distorsionador. También puede actuar como un mediador de las relaciones entre estrés laboral y resultados afectivo. Los sujetos con este tipo de personalidad son vulnerables al estrés, perciben las situaciones como amenazantes y ansiógenas, es decir que las conductas de afrontamiento no son eficaces. Esto se avala por la relación que se ha encontrado entre neuroticismos y ansiedad.
- **El locus control** se refiere a la atribución que hace el individuo de los resultados. Un extremo de ésta dimensión es "externo" y el otro "interno". Según Rotter, los sujetos que atribuyen sus resultados a circunstancias externas son más vulnerables al estrés laboral, presentando insatisfacción, desamparo, síntomas de Burnout, etc. Los internos tienden a percibir menos amenazas, a orientarse hacia metas en la actividad laboral y a ser más activos por la percepción de control de la situación, es decir que suelen utilizar el afrontamiento dirigido al problema.

Otro enfoque es el que plantea Weiner, quien subdividió el concepto de locus control en "Lugar de causalidad" y 29 Martínez Pérez, Anabella (2010). El Patrón de conducta tipo A engloba la acción-emoción y se manifiesta en un ambiente de demandas desafiantes, en que los sujetos manifiestan conductas de impaciencia, apresuradas, agresivas, hostiles, competitivas y de urgencia. Se caracteriza, también por la irritabilidad, implicación y compromiso excesivo en el trabajo, gran necesidad y deseo de logro y estatus social, y lucha por el éxito.

Otros autores han incidido en el estudio de las conductas y su relación con el estrés y el Burnout. Destacaremos a continuación algunos de ellos y sus aportaciones. Burke identifica, mediante entrevistas abiertas con personal directivo, cinco grupos de conductas de afrontamiento antes situaciones de estrés:

- Hablar con otros
- Trabajar más duro y durante más tiempo
- Cambiar a una actividad de tiempo libre
- Adoptar una aproximación de solución de problemas; y
- Alejarse de la situación estresante

Por otro lado, Dewe y cols. Distinguen cuatro tipos de conductas realizadas por administrativos y trabajadores de oficina:

- Acciones dirigidas a la fuente de estrés
- Expresión de sentimientos y búsqueda de apoyo
- Realización de actividades no laborales; y
- Intentos pasivos de esperar que pase la situación.

Parasuraman y Cleek clasificaron las respuestas de afrontamiento de los trabajadores como adaptativas y no adaptativas. Las adaptativas se refieren a planificar, organizar, priorizar tareas y conseguir apoyo de otros. Y las no adaptativas tienen relación con las variables: trabajar más duro pero realizando más errores, hacer promesas poco realistas y evitar la supervisión. Cooper & cols, se plantean seis tipos de afrontamiento en el Indicador del Estrés Organizacional:

- Apoyo social
- Estrategias referidas a la tarea
- Lógica
- Relaciones familiares y trabajo
- Tiempo
- Implicación

Dewe y Guest distinguen siete tipos de estrategias de afrontamiento ante situaciones de estrés laboral. La primera se centra en el problema y el resto en las emociones: 1) abordar o trabajar sobre el problema; 2) intentar que el problema no se apodere de ti; 3) descarga emocional; 4) tomar medidas preventivas; 5) recuperarse y prepararse para abordar en mejores condiciones el problema; 6) utilizar los recursos familiares y; 7) intentos pasivos de tolerar los efectos del estrés.

Todas las tipologías expuestas hasta aquí plantean el afrontamiento desde la perspectiva individual, poniendo énfasis en la modificación de los procesos cognitivos de la experiencia de estrés y en el control de los efectos negativos de la situación a nivel 30 Martínez Pérez, Anabella (2010).

Los estudios centrados en variables organizacionales son muy pocos, pues la mayoría de ellos han tenido aplicación en la empresa, por lo que en general la responsabilidad recae

más sobre el trabajador que sobre la organización, aunque en la actualidad, muchas entidades comienzan a responsabilizarse del estrés y emplean programas de prevención e intervención, conocidos como "control del estrés" o "gestión del estrés" (stress management), constructos más amplios que incluyen estrategias relativas a la organización. Sin embargo, el síndrome de Burnout no es considerado todavía más que como una manifestación más de estrés laboral.

4.14 Discriminación con otros constructos

El concepto de *burnout* ha dado lugar a muchas discusiones por la confusión que genera a la hora de diferenciarlo con otros conceptos, pero Shirom afirma que el *burnout* no se solapa con otros constructos de orden psicológico.

4.14.1 Estrés general. En el diagnóstico diferencial entre el estrés general y el síndrome de *burnout* se plantea que el primero es un proceso psicológico que conlleva efectos positivos y negativos, mientras que el *burnout* sólo hace referencia a efectos negativos para el sujeto y su entorno. Así también, es evidente que el estrés general se puede experimentar en todos los ámbitos posibles del ser humano a diferencia del SB que es un síndrome exclusivo del contexto laboral.

4.14.2 Fatiga física. Para diferenciar la fatiga física del síndrome de *burnout* se considera el proceso de recuperación, ya que el *burnout* se caracteriza por una recuperación lenta y acompañada de sentimientos profundos de fracaso, mientras que en la fatiga física la recuperación es más rápida y puede estar acompañada de sentimientos de realización personal y a veces de éxito.

4.14.3 Depresión. Oswin, Mahe, Firth plantean que es probable que haya un solapamiento entre los términos depresión y burnout. Por el contrario, McKight y Glass

Leiter y Durup y Hallsten demuestran, a partir de investigaciones empíricas, que los patrones de desarrollo y etiología son distintos, aunque estos fenómenos puedan compartir algunas sintomatologías. Se ha confirmado que la depresión tiene una correlación significativa con el cansancio emocional, pero no con las otras dos dimensiones del SB (baja realización personal y despersonalización).

Siguiendo la misma línea, se señala que uno de los síntomas más destacados en la depresión es el sentimiento de culpa, mientras que en el SB los sentimientos que predominan son el enojo o la ira. Aunque, por otro lado, encontramos que Freudenberg considera que la depresión es uno de los síntomas más característicos del SB. Hobfoll y Shirom sugieren que los síntomas de la depresión pueden emerger en una etapa posterior al SB, es decir cuando las pérdidas ascienden (Yury Rosales Ricardo y Fredy R. Rosales Paneque, 2013).

4.15 El Síndrome de Burnout en el personal de enfermería en las áreas críticas

Desde hace décadas se ha reconocido que el trabajo de las enfermeras en el contexto hospitalario tiene diversas repercusiones en la salud física y mental, las cuales están asociadas a cargas de trabajo, la complejidad de los procedimientos que realizan, la cercanía o el enfrentamiento con la muerte de los pacientes (lo que genera estrés laboral prolongado y el riesgo de presentar un problema de salud por el cuidado integral de pacientes con padecimientos infecto-contagiosos durante la actividad laboral).

Se ha observado que las enfermeras están mayormente expuestas a presentar manifestaciones clínicas del síndrome de burnout por la responsabilidad del trabajo; por ejemplo, en situaciones de emergencia, asumen responsabilidades que no son de su

competencia total debido a la ausencia del personal médico. Otras causas se vinculan con aspectos propios de la infraestructura, como la iluminación defectuosa en las jornadas nocturnas, los espacios inadecuados o insuficientes para las labores que hay que realizar, la ambigüedad en la asignación de funciones de las enfermeras, la falta de personal para proporcionar la atención adecuada a los usuarios y, en algunas ocasiones, la crítica continua al trabajo realizado que les hacen otros profesionales de la salud.

Se considera que durante su desempeño laboral diario las enfermeras realizan actividades que las exponen a lesiones músculo-esqueléticas y traumatismos por sobrecarga física. En las áreas quirúrgicas los riesgos se relacionan con el lugar de trabajo, microclima, iluminación, radiaciones, riesgo biológico, ergonomía, estrés, la adopción de posiciones difíciles en intervenciones muy complicadas o trabajar encima de una tarima con material pesado en torsión.

En los servicios de terapia intensiva, asimismo, las enfermeras tienen el riesgo de contraer algunas enfermedades infecto-contagiosas por el manejo integral de pacientes con problemas de esta naturaleza. Es importante señalar la existencia de un porcentaje significativo de accidentes ligados a las denominadas lesiones de esfuerzo, por la movilización continua del paciente para la realización de estudios o cambios de posición en la cama.

Asimismo, el personal de enfermería está expuesto a riesgo psicosocial derivado del trabajo nocturno; en referencia a la antigüedad laboral este es mayor en el personal a partir de los dos años y disminuye a partir de los 21 años de trabajo.

Si analizamos que los seres humanos a lo largo de millones de años hemos evolucionado paulatinamente en sintonía con los ritmos y los ciclos de la naturaleza, se traduce que las enfermeras con turnos fijos nocturnos están ante el riesgo de una

desincronización en los ritmos biológicos circadianos, que es capaz de originar alteraciones que se manifiestan en trastornos digestivos, cardiovasculares y psíquicos, lo cual reduce la duración y la calidad del sueño, además de producir trastornos familiares. Es importante remarcar que esta sintomatología, al igual que la músculo-esquelética por esfuerzos repetitivos difícilmente se reconoce en las situaciones de baja, como de tipo laboral (Víctor Ramón, Gloria Monzalvo, Briseida Hernández, Moisés Ocampo, 2016).

4.16 Estrategias y técnicas de intervención frente al Burnout

Actualmente, las estrategias y técnicas de intervención se basan en los diversos métodos y conocimientos desarrollados para afrontar y manejar el estrés. La mayoría de los programas se centran en hacer ver a los trabajadores la importancia de prevenir los factores de riesgo con el fin de que conozcan el problema, así como en el entrenamiento en aspectos específicos (afrontamiento, reestructuración cognitiva, organización del tiempo, estilos de vida, etc.).

Entre los primeros que plantearon un modelo con los pasos a seguir se encuentra Paine, que determinó los cuatro siguientes:

- Identificar el Burnout.
- Prevenirlo mediante información y afrontamiento.
- Mediar para reducir o invertir el proceso que conduce al desarrollo de síndrome.
- Restablecer, es decir, aplicar un tratamiento a los trabajadores diagnosticados.

Ramos planteó diversas estrategias de intervención en personas ya diagnosticadas, que en resumen son:

- Modificar los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales (entrenamiento en técnicas de afrontamiento, principalmente a las orientadas a la tarea/solución de problemas).
- Desarrollar estrategias cognitivo-conductuales que eliminen o neutralicen las consecuencias del Burnout.
- Desarrollar habilidades de comunicación interpersonal, habilidades sociales y asertividad.
- Fortalecer las redes de apoyo social.
- Disminuir y, si es posible, eliminar los estresores organizacionales.

Ramos valoró también los distintos niveles de intervención, distinguiendo:

- Individual, fortalecimiento de la persona para el afrontamiento al estrés laboral.
- Interpersonal, relacionado con la formación en habilidades sociales y desarrollo del apoyo social en el contexto laboral.
- Organizacional, en referencia a la eliminación o disminución de estresores en el trabajo.

Peiró, Ramos y Gonzales-Romá, citados por Hombrados clasifican los programas de intervención en tres niveles: individual, organizacional e interfaz individuo-organización, y también los clasifican por el objeto de cambio: control de estresores (nivel organizacional), procesos de apreciación (nivel social) o estrategias de afrontamiento (nivel organizacional).

Las estrategias de cada uno se desarrollarán en los siguientes apartados.

4.16.1 Estrategias orientadas al individuo. Las estrategias individuales se centran en la adquisición y mejora de las formas de afrontamiento. Estas estrategias se pueden dividir formando dos tipos de programas de intervención orientados al individuo: 1. Programas

dirigidos a las estrategias instrumentales, centrados en la solución de problemas, por ejemplo, entrenamiento en la adquisición de habilidades de solución de problemas, asertividad, organización y manejo del tiempo, optimización de la comunicación, relaciones sociales, estilo de vida. 2. Programas dirigidos a estrategias paliativas, que tienen como objetivo la adquisición y desarrollo de habilidades para el manejo de las emociones asociadas, por ejemplo, entrenamiento en relajación, expresión de la ira, de la hostilidad, manejo de sentimientos de culpa.

Por lo tanto, las estrategias recomendadas desde esta perspectiva son: el aumento de la competencia profesional (formación continuada), rediseño de la ejecución, organización personal, planificación de ocio y tiempo libre (distracción extralaboral: ejercicios, relajación, deportes, hobby), tomar descansos-pausas en el trabajo, uso eficaz del tiempo, plantear objetivos reales y alcanzables, habilidades de comunicación. También recomienda el manejo del humor como medio para adquirir el control de los pensamientos y las emociones. Como último recurso se aconseja cambiar de puesto de trabajo dentro o fuera de la institución para que el individuo no llegue al abandono de la profesión. También hay que tener presente la posibilidad de tratamiento psicoterapéutico o farmacológico en caso necesario.

Ramos y Manassero complementan las técnicas de intervención y programas de prevención y tratamiento individual del Burnout. Entre ellas destacan:

- Ejercicio Físico, por su efecto tranquilizante y por su efecto ansiolítico.
- Técnicas de Relajación, las más aplicadas y conocidas para los clientes. La relajación muscular induce a la relajación mental.

- Biofeedback, técnicas de entrenamiento para el autocontrol voluntario de ciertas funciones corporales (ritmo cardíaco, ondas cerebrales, presión sanguínea y tensión muscular), con el fin de reducir la tensión y los síntomas somáticos relacionados con el estrés.
- Técnicas Cognitivas, cuyo objetivo es que el sujeto reevalúe y reestructure las situaciones estresantes o problemáticas de manera que pueda afrontarlas con mayor eficacia, controlando su reacción frente a los factores estresantes.
- Inoculación del estrés, una técnica que prepara a la persona, mediante un ejercicio simulado y progresivo, para soportar las situaciones de estrés.
- Sistemática, con el objetivo de que la persona supere la ansiedad ante situaciones concretas por medio de una aproximación gradual al estímulo estresante hasta que se elimine la ansiedad (Martinez, 2010).

4.16.2 Estrategias sociales. Son muy pocos los estudios que se centran en el desarrollo de habilidades sociales para la prevención y tratamiento del Burnout, pero hay acuerdo generalizado en la importancia del apoyo social, de la comprensión del entorno y de las estrategias relacionales del sujeto (Martinez, 2010).

Por lo tanto, una de las primeras recomendaciones en la actuación es fomentar el apoyo social de los grupos sociales con los que el sujeto tenga relación de manera que sea consciente de que hay en su entorno quien realiza esfuerzo para apoyarle y comprenderle, aunque sea en su ámbito laboral, en que ha de constatar que se valora su trabajo. En nuestro ámbito, se constata la importancia de la integración en los grupos de familiares de Alzheimer, en los que aunque no existen programas específicos contra el Burnout, es

constante la atención para descubrirlo en fases preliminares y así poder derivar la actuación (Martinez, 2010).

4.16.3 Estrategias organizacionales. Cada día más hay acuerdo en que muchas de las fuentes de donde deriva el Burnout están fuera del sujeto, en la organización. Como hemos visto, ésta ha sido la vertiente social, no individual, más estudiada, pues interesa a las empresas; sin embargo, en nuestro caso, las asociaciones de familiares son precisamente lo contrario –lo que siempre se refleja como positivo en nuestro estudio empírico-; podrían denominarse asociaciones para luchar contra el Burnout, pero también hay que tener en cuenta que al centrarse sobre enfermos y familiares que actúan en el entorno de la enfermedad, es difícil llegar a otros elementos fomentadores del Burnout, especialmente los relacionados con el centro de trabajo y las condiciones laborales. (Martinez, 2010).

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1 Tipo de estudio

El presente trabajo es un estudio de tipo cuantitativo porque busca la exactitud de mediciones o indicadores sociodemográficos; descriptivo porque describe el comportamiento de las variables mediante el instrumento y transversal porque se estudia a las variables en un determinado momento.

5.2 Área de estudio

La investigación se realizó en el Hospital Teófilo Dávila es un centro asistencial de segundo nivel, el mismo que se encuentra ubicado al sur del país en la ciudad de Machala, provincia del Oro. Es un edificio de 6 plantas que cuenta con la siguiente cartera de servicios: Medicina Interna, Gineco-Obstetricia, Cirugía Maxilofacial, Pediatría, Neonatología, Nefrología, Oftalmología, Psiquiatría, Cirugía, Traumatología, Urología, Psicología, Cardiología, Dermatología, Gastroenterología, Otorrinolaringología, Neurocirugía, Fisiatría, Sala de Primera Acogida, Atención Integral a personal con Discapacidades y Servicio de Medicina Transfusional. Labora un personal de enfermería de 134 personas de los cuales 16 son varones.

5.3 Universo

El grupo de estudio se efectuó en los Profesionales de Enfermería de las áreas críticas como es: Emergencia, Neonatología, Quirófano, Unidad de cuidados intensivos y Centro Obstétrico del Hospital Teófilo Dávila de Machala, con 79 profesionales de Enfermería.

5.4 Criterios de inclusión

Profesional de enfermería que se encuentre laborando durante el periodo de septiembre de 2017 a febrero del 2018 participara en la investigación.

5.5 Criterios de exclusión

Profesionales de enfermería que no acepten participar o que se encuentre en periodo de vacaciones.

5.6 Métodos, Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos

El instrumento de recolección de datos es el Inventario de Bunout, el cual es un test, está constituido por 22 ítems. Se mide 3 escalas como son el Agotamiento emocional, despersonalización y realización personal (Christian Hederich-Martínez: Carmen Cecilia Caballero-Domínguez, 2016).

5.7 Consideraciones Éticas

Se solicitó su consentimiento al participante y la institución. La información recolectada será confidencial y usada únicamente con fines estadísticos y académicos.

6. RESULTADOS

Tabla 1

Aspectos Sociodemográficos de los profesionales de Enfermería del Hospital Teófilo Dávila

Aspectos Sociodemográficos		<i>f</i>	%
Edad	24 – 29	29	36,7
	30 – 39	16	20,3
	40 – 49	10	12,7
	>50	24	30,4
Género	Masculino	11	13,9
	Femenino	68	86,1
Estado civil	Casado/a	45	57,0
	Soltero/a	25	31,6
	Divorciado/a	8	10,1
	Viudo/a	1	1,3
Número de hijos	0	18	22,8
	1 a 3	54	68,36
	+ de 4	7	8,9
	Total	79	100,0

Fuente: Encuesta.

Elaborado por A. Rodríguez, 2018

En relación a la población estudiada es de 79 profesionales de enfermería, la edad con mayor frecuencia es de 24-29 años, existen un número significativo de profesionales mayores de 50 años; en lo que respecta al género en mayor porcentaje es el femenino; existe ligero predominio de los casados/as y más de la mitad de los profesionales tiene entre 1-3 hijos.

Tabla 2.

Aspectos Laborales de los profesionales de Enfermería del Hospital Teófilo Dávila.

Aspectos Laborales		<i>f</i>	%
Tipo de Nombramiento	<i>Nombramiento provisional</i>	43	54,4
	Nombramiento definitivo	36	45,6
Experiencia Laboral	<i>Menos de 5 años</i>	42	53,2
	5 - 10 años	7	8,9
	11 - 15 años	8	10,1
	16 - 20 años	22	27,8
Tiempo de permanencia por Servicio	Menos de un año	9	11,4
	Un año	19	24,1
	2 años	11	13,9
	3 años	15	19,0
	<i>> 4 años</i>	25	31,6
Satisfacción en el Salario	<i>Satisfecho</i>	65	82,3
	Insatisfecho	14	17,7
Horas diarias de contacto con el paciente	<i>Menor o igual a 8 horas</i>	55	69,6
	Mayor a 8 horas	24	30,4
	Total	79	100,0

Fuente: Encuesta.

Elaborado por A. Rodríguez, 2018

En relación al aspecto laboral de los profesionales de enfermería existe un mayor porcentaje en aquellos que tienen nombramiento provisional; así mismo más de la mitad de los enfermeras/os en aquellos que elaboran menos de 5 años; con un tiempo de permanencia del servicio más de 4 años, los cuales se encuentran satisfechos con el salario; quienes tienen un contacto con el paciente menor o igual a 8 horas.

Tabla 3.***Problemas de salud laboral en los profesionales de Enfermería del Hospital Teófilo******Dávila.***

Problemas de salud laboral	<i>f</i>	%
<i>Ninguna</i>	<i>60</i>	<i>75,9</i>
Enfermedades Respiratorias	6	7,6
Enfermedades Crónicas	6	7,6
Enfermedades Traumáticas	1	1,3
Enfermedades Gastrointestinales	3	3,8
Otros: Cirugías y Accidentes	3	3,8
Total	79	100,0

Fuente: Encuesta.**Elaborado por** A. Rodríguez, 2018

Más de la mitad de los profesionales de Enfermería respondieron que no tienen ningún problema de salud sin embargo las enfermedades respiratorias y crónicas ocupan un mínimo porcentajes, igual que las Gastrointestinales y Otros: cirugías y accidente.

Tabla 4.

Conocimientos sobre el Síndrome de Burnout en los profesionales de Enfermería del Hospital Teófilo Dávila

Conocimiento sobre el Síndrome de Burnout		<i>f</i>	%
Definición	<i>Estrés Laboral</i>	45	57,0
	No conocen	34	43,0
Signos y Síntomas	Ansiedad	25	31,6
	<i>Agotamiento Físico-Emocional</i>	49	62,0
	No conocen	5	6,3
Medidas preventivas	<i>Organización Laboral</i>	45	57,0
	Técnica de Respiración	22	27,8
	No conocen	12	15,2
	Total	79	100,0

Fuente: Encuesta.

Elaborado por A. Rodríguez, 2018

En la presente tabla se visualiza el conocimiento sobre el Síndrome de Burnout en los profesionales de Enfermería, más de la mitad de los enfermeros/as saben de este síndrome, lo que implica que aquellos profesionales están conscientes de esta.

Tabla 5.

Síndrome de Burnout de los profesionales de enfermería del Hospital Teófilo Dávila de Machala.

Escala	Alto		Medio		Bajo		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Cansancio Emocional (CE)	4	5,1	5	6,3	70	88,6	79	100%
Despersonalización (DP)	16	20,3	9	11,4	54	68,4	79	100%
Baja Realización Personal (BRP)	52	65,8	7	8,9	20	25,3	79	100%

Fuente: Encuesta.

Elaborado por A. Rodríguez, 2018

En la tabla 5 en relación a las dimensiones del Síndrome de Burnout la Baja Realización Personal (BRP) se encuentra en un mayor porcentaje y en una escala de nivel baja se ubica el Cansancio Emocional (CE) y Despersonalización (DP) lo que puede causar en los profesionales pérdida de motivación por sus labores, se siente emocionalmente agotado, desilusionado y frustrado; esto hace que se irrite rápidamente lo que provoca desinterés en sus pacientes.

Tabla 6.***Presencia del Síndrome de Burnout de los profesionales de enfermería del Hospital******Teófilo Dávila de Machala.***

Presencia del Síndrome de Burnout		
Escala	<i>f</i>	%
Bajo	20	25,3
Medio	52	65,8
Alto	7	8,9
Total	79	100,0

Fuente: Encuesta.**Elaborado por** A. Rodríguez, 2018

Los profesionales de Enfermería del Hospital Teófilo Dávila no presentan este Síndrome según los datos obtenidos ubicándose en un nivel medio sin embargo tienen la tendencia a aumentar convirtiéndose en un factor de riesgo en su rendimiento y trato con los pacientes.

7. DISCUSIÓN

La investigación sobre la Presencia del Síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería de las áreas críticas del Hospital Teófilo Dávila de Machala, implica la exposición a estímulos estresantes que pueden incluir agotamiento emocional y estrés laboral, afectando su vida diaria.

La investigación estudiada en el Hospital Teófilo Dávila el 86.1% corresponden al sexo femenino, el 57% son casados y el 68.36% son corresponden a profesiones con hijos en un promedio 1-3. Encontrando similitud en un estudio de (França, 2012) se evidencio que la mayoría son del sexo femenino 84,40%, casados 58,15%; y con hijos 75,90%.

El aspecto laboral de los profesionales de Enfermería del Hospital Teófilo Dávila en el que se menciona el nombramiento provisional el 54.4% y definitivo con un 45,6%; la experiencia laboral alcanzada menos de 5 años con un 53.2%; el tiempo de permanencia en el servicio sobresale el de mayor de 4 años, la satisfacción laboral con un 82.3% y las horas que están en contacto con el paciente menor o igual a 8 horas con los encuestados respondieron con un 69.6% y mayor a 8 horas con 30.4%. Los resultados son afines a una investigación realizada por (Patricia Sánchez Alonso ; Víctor Manuel Sierra Ortega, 2015) con respecto a cuestiones laborales como el contrato fijo 17,1%, experiencia laboral mayor de 16 años 4,4% y una antigüedad de 1 a 5 años en el puesto de trabajo 13,2%.

En cuanto a la presencia del síndrome de Burnout, es importante anotar que su comparación con otros estudios es difícil de realizarlo debido a la diversidad de instrumentos de medición utilizados así como las muestras y punto de corte. En el presente estudio realizado en el Hospital Teófilo Dávila se utilizó el cuestionario de MBI

(Cuestionario de Maslach Burnout Inventory) a través de las dimensiones en el cual se encuentra en un mayor porcentaje la baja Realización Personal (BRP); Cansancio Emocional y la despersonalización (DP) se obtuvo una mínima participación. En correlación con una investigación realizada en España por (Rodríguez M. G., 2014) nos muestra el 25,6% presentan una despersonalización alta, el 8,1% un cansancio emocional alto.

Se concluye que los profesionales de Enfermería del Hospital Teófilo Dávila de Machala no presentan el Síndrome de Burnout de acuerdo con los resultados obtenidos los cuales se encuentran en un nivel medio con un 65.86%; sin embargo, existe un porcentaje significativo que se convierte un en factor de riesgo para los enfermeros/as en su rendimiento y trato con los pacientes.

8. CONCLUSIONES

- Los profesionales de Enfermería del Hospital Teófilo Dávila de las áreas críticas no presentan el Síndrome de Burnout de acuerdo a los resultados obtenidos y se encuentra en un nivel medio.
- Más de la mitad de los profesionales de Enfermería del Hospital Teófilo Dávila de las áreas críticas se encuentran en las edades de 24-29 años; predomina el sexo femenino; de igual manera los estados civiles son casados y el número de hijos oscila entre 1-3. En el aspecto laboral prevalece con un mayor porcentaje el nombramiento provisional; de manera significativa la experiencia laboral en la cual es menos de 5 años; el tiempo de permanencia en el servicio sobrepasa el de mayor de 4 años, en la que se encuentran satisfechos y las horas que están en contacto con el paciente destaca menor o igual a 8 horas. En cuanto a la enfermedad laboral no presentan ningún problema de salud en su mayoría.
- El conocimiento sobre el Síndrome de Burnout en su totalidad los profesionales de Enfermería saben del tema por lo cual conocen su consecuencia y como prevenirlo.

9. RECOMENDACIONES

- A la subdirectora de Enfermería del Hospital General Teófilo Dávila que fomente el desarrollo de acciones en salud mental específicamente en salud laboral, actividades recreativas, promoción de estilos de vida saludable y modos de afrontamiento como mejorar la comunicación, trabajo en equipo involucrando a todas las Enfermeras/os de las áreas críticas, para la disminución y prevención del síndrome de Burnout.
- Al Hospital Teófilo General Dávila impulse acciones en salud ocupacional que involucre y vele por bienestar psicológico y físico del personal de salud que labora en las áreas críticas evaluando la presencia del síndrome de Burnout, ansiedad, depresión con apoyo psicológico, controles médicos anuales y dar un seguimiento de los casos.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Ailed Daniela Marengo-Escuderos², José Hernando Ávila-Toscano³Corporación Universitaria Reformada, Barranquilla . (2015). Dimensiones de apoyo social asociadas consíndrome de burnout en docentes de media académica. *Pensamiento Psicológico*, 7-18.
- Alonso, S. (2015). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería en UVI. *scielo*, 15.20.
- Carrasco, C. C. (2012). El síndrome de Burnout, una nueva realidad en la educación chilena. *Comunicaciones en Humanidades*, 1-11.
- Casado, M. P. (2010). *Guia de previcion de riesgo de psicosociales en el trabajo*. españa: analucia .
- Christian Hederich-Martínez: Carmen Cecilia Caballero-Domínguez. (2016). Validación del cuestionario Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBISS) en contexto académico colombiano. *Revista CES Psicología*, 1-15.
- Coello., C. (25 de Febrero de 2016). <http://www.redaccionmedica.ec>. Obtenido de <http://www.redaccionmedica.ec>: <http://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/ecuador-no-tiene-pol-tica-de-preveni-n-contr-el-burnout-87258>
- David Hurtado; Francisco Pereira. (2012). EL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL (BURNOUT. *Salud Bosque*, 29-38.
- <http://www.smsecuador.ec>: <http://www.smsecuador.ec/riesgos-psicosociales-en-el-trabajo/>
- Figueiredo-Ferraz, H. (2016). Influencia de los valores y la culpa en el síndrome de burnout. *Psicologia*, 85 -98.

- França, F. M. (2012). Burnout y aspectos laborales del personal de enfermería de dos hospitales de medio portea. *scielo* , 12-17.
- Gracia, T. J., Dolores Margarita Navarrete Zorrilla, C. C., & Fernando Castillo Gallegos. (2014). ESTUDIO DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE. *Global Conference on Business and Finance Proceedings*, 764-772.
- Grisales Romero, Hugo*; Muñoz, Yudi**; Osorio, Diana*** y Robles, Elen. (2015). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de referencia Ibagué, Colombia, 2014. *scielo*, 1-10.
- Jiménez, M. G. (2017). *SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS DEL HOSPITAL*. machala : tesis .
- Jovany Francisco Terrones-Rodríguez,a Vicente Cisneros-Pérez,b. (2015). Síndrome de burnout en médicos residentes del Hospital de durango . *educacion* , 242-248.
- laborales, m. d. (2013). FACTORES Y RIESGOS LABORALES PSICOSOCIALES: NUEVOS RIESGOS.
- María Guadalupe Aldrete Rodríguez¹, Cristina Navarro Meza², Raquel González Baltazar¹, Mónica I. Contreras Estrada¹ y Jorge Pérez Aldrete³. (2015). Factores psicosociales y síndrome de burnout en personal de enfermería de una unidad de tercer nivel de atención a la salud. *scielo*, 1-19.
- María Romelia Bogarín Correa; Rocio Mabeline Valle Escobedo; Marina Suárez Flores ; María José López Murillo. (2016). El Síndrome de Burnout en Educación Superior. *EDUCATECONCIENCIA*, 1-11.
- Martinez, A. P. (2010). EL SÍNDROME DE BURNOUT. EVOLUCIÓN CONCEPTUAL Y ESTADO ACTUAL DE LA CUESTION. *Vivant Academia*, 1-40.
- Miranda-Lara, V. R. (2014). Prevalencia del síndrome de burnout en personal de Enfermería en dos instituciones . *Rev Enferm Inst Mex Seguro*, 115-122.

- Monte, G. (2005). *El Síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Ed. Pirámide.
- MRL, m. d. (2013). Riesgo psicosociales en el trabajo.
- MSP. (2013-2017). *Plan Nacional Del Buen Vivir*. quito: msp.
- MSP. (2013-2017). *PRIORIDADES DE INVESTIGACION DE SALUD*. Quito: MSP.
- MSP. (julio de 2015). *www.salud.gob.ec*. Obtenido de *www.salud.gob.ec*:
<http://www.salud.gob.ec/se-presenta-plan-estrategico-nacional-para-garantizar-la-atencion-de-la-salud-mental/>
- Onmeda. (23 de Agosto de 2016). *http://www.onmeda.es*. Obtenido de *http://www.onmeda.es*: http://www.onmeda.es/enfermedades/sindrome_burnout-definicion-1528-2.html
- OPS-OMS. (04 de Mayo de 2016). *http://www.paho.org*. Obtenido de *http://www.paho.org*:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11973%3Aworkplace-stress-takes-a-toll-on-individuals-employers-and-societies&Itemid=135&lang=es
- Óscar, A. (2014). Mediación de la resiliencia entre el burnout y salud en el personal de Enfermería . *elsivier*, 284-289.
- Ramón S, Agurto M, Araujo R, Orellana R. (2013). *PLAN DE ESTUDIOS AJUSTADO*. Loja: UNL.
- Rodríguez, M. A. (2016). Factores psicosociales y síndrome de burnout en personal de enfermería de una unidad de tercer nivel de atención a la salud. *scielo*, 5-8.
- Rodríguez, M. G. (2014). FACTORES PSICOSOCIALES Y SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNA UNIDAD DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN A LA SALUD. *ciencia y trabajo* , 17-30.

- Romero, G. (2014). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de referencia Ibagué, Colombia, 2014. *scielo* , 3-13.
- Romero, S. (2014). Prevalencia en del Síndrome de Burnout en Enfermería Unidades de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital Médico-Quirúrgico de Ján. *JOSÉ LOPEZ BARNEO*, 5-15.
- Thomaé M, Ayala E, Sphan M, Stortti M. (2006). ETIOLOGIA Y PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS TRABAJADORES DE LA SALUD. *Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, 18-21.
- Toma's-Sa'bado, J. (2010). síndrome Burnout y riesgo desuida en enfermeras en atención primaria . *2009 Elsevier España*, 175-179.
- Verdugo, I. (2013). Prevalencia de desgaste profesional de Enfermería de un hospital tercer nivel de Boyacá, Colombia. *Revista electronica trimestral de Enfermería* , 73-88.
- Víctor Ramón, Gloria Monzalvo, Briseida Hernández, Moisés Ocampo. (2016). Prevalencia del síndrome de burnout en personal de enfermería de dos instituciones de salud. *Investigacion* , 115-121.
- Yury Rosales Ricardo y Fredy R. Rosales Paneque. (2013). Burnout estudiantil universitario. Conceptualización y estudio. *scielo* , 13-19.
- Yury Rosales Ricardo, Dailín Cobos Valde. (2011). Diagnóstico del Síndrome de Burnout en trabajadores del Centro de Inmunología y Biopreparados. *scielo.*, 1-5.

11. ANEXOS

Anexo 1

MATRIZ OPERACIONAL

Variable independiente	Dimensión	Indicador	Escala	
<p>PROFESIONAL DE ENFERMERIA</p> <p>Es un(a) enfermero(a) con un título universitario para el ejercicio de la enfermería superior. Se dedica a los cuidados de enfermería de individuos de todas las edades, familias, grupos y comunidades.</p> <p style="text-align: right;"><i>Referencia</i></p> <p><i>Jennifer K. Mannheim</i> https://medlineplus.gov</p>	1.Aspectos sociodemográficos	Edad	20-30 años 31-40 años 41-50 años > 50 años	
		Sexo	Masculino Femenino	
		Estado civil	Casado soltero Divorciado Viudo	
		Número de hijos	0 1 - 3 Más de 4	
	2. Aspecto Laboral	Tiempo de permanencia por servicio	Menos de un año Un año 2 años 3 años 4> años	
		Experiencia en el salario	- Menos de 5 años - 5-10 años - 11-15 años - 16-20 años	
		Tipo de Nombramiento	- Provisional - Definitivo	
		Satisfacción laboral	- Satisfecho - Insatisfecho	
		Horas diarias en contacto con pacientes	- Menor o igual a 8 horas - Mayor a 8 horas	
	3. Problemas de salud	Enfermedades	- Ninguna - Enfermedades Respiratorias - Enfermedades Crónicas - Enfermedades Traumáticas - Enfermedades Gastrointestinales - Otros: Cirugías y Accidentes - Amenaza de aborto	
	Variable dependiente	Dimensión	Indicador	Escala
	<p>El Síndrome Burnout (quemado, fundido) es un tipo de estrés laboral, un estado de agotamiento físico, emocional o mental que tiene consecuencias en la autoestima, y está caracterizado por un proceso paulatino, por el cual las personas pierden interés en sus tareas, el sentido de responsabilidad y pueden hasta llegar a profundas depresiones.</p>	Conocimientos generales	Definición	- Estrés laboral - No conoce
			Signos y síntomas	- Ansiedad - Agotamiento físico-emocional - Anemia - Fiebre
Medidas preventivas			- Medicamentos - Organización laboral - Técnica de respiración	
Estrés laboral		- Cansancio emocional - Despersonalización - Bajo Realización personal	Instrumento Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (validación 2016)	
			Instrumento Encuesta	



Anexo 2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA CARRERA DE ENFERMERIA

INSTRUMENTO Cuestionario de Maslach Burnout Inventory

CANSANCIO EMOCIONAL		Nu nca	pocas veces al año o menos	una vez al mes o menos	unas pocas veces al mes	una vez a la seman a	pocas veces a la seman a	todos los días
1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío							
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado							
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa							
8	Siento que mi trabajo me está desgastando							
13	Me siento frustrado en mi trabajo							
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo							
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa							
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades							
DESPERSONALIZACION								
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales							
10	Siento que me he hecho más duro con la gente							
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente							
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes							
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas							
BAJA RELIZACION PERSONAL								
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes							
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes							
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo							
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo							
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes							
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes							
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo							
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada							
<i>cuestionario de maslach burnout inventory (validación 2016)</i>		GRACIAS POR SU COLABORACION						

Fecha:

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados

Anexo 3

CUESTIONARIO DE MASLACH BURNOUT INVENTORY

Se mide por medio de cuestionario Maslach de 1986 que es el instrumento más utilizado en todo el mundo, Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%, está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional.

El cuestionario Maslach se realiza en 10 a 15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización, realización personal. Con respecto a las puntuaciones se consideran bajas las por debajo de 34, altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno.

1. Subescala de agotamiento emocional. Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54
2. Subescala de despersonalización. Está formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30
3. Subescala de realización personal. Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

La clasificación de las afirmaciones es la siguiente: Cansancio emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20. Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22. Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. La escala se mide según los siguientes rangos:

0 = Nunca, 1 = Pocas veces al año o menos, 2 = Una vez al mes o menos, 3 = Unas pocas veces al mes o menos, 4 = Una vez a la semana, 5= Pocas veces a la semana, 6= Todos los días.

Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33. Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome. Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout. Las respuestas a las 22 preguntas miden tres dimensiones diferentes: agotamiento emocional, despersonalización y

realización personal. *Valores propuestos por Maslach* (Yury Rosales Ricardo, Dailín Cobos Valde, 2011)

Burnout	CE	DP	RP	SB
Bajo	18 o menos	5 o menos	33 o menos	1 o 33
Medio	19 a 26	6 a 9	34 o 39	34 -66
Alto	27 o más	10 o más	40 o más	67 -99

Anexo 4



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERIA**

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO

Laboral, Problemas de salud y Conocimiento general sobre el síndrome de Burnout

Fecha:

Un saludo cordial y Mediante este cuestionario digne en contestar por la motiva causa para Determinar la Presencia del Síndrome de Burnout en el profesional de Enfermería en las áreas críticas del Hospital Teófilo Dávila de Machala para plantear alternativas y soluciones.

A. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. **Edad:**

2. **Sexo**

Masculino ()

Femenino ()

3. **Estado civil**

() Casado

() Soltero

() Divorciado

() Viudo

4. **Número de hijos**

() 0

() 1 -3

() Más 4

B. ASPECTO LABORAL

1. Tiempo de permanencia por servicio

() Menos de un año

() Un año

() 2 años

() 3 años

() 4> Años

1. Experiencia laboral

() Menos de 5 años

() 5-10 años

() 11-15 años

() 16-20 años

2. Tipo de nombramiento

() Provisional

Definitivo

3. Satisfacción en el salario

- Satisfecho
- Insatisfecho

4. Horas diarias de contacto con el paciente

- Menor o igual a 8 horas
- Mayor a 8 horas

C. PROBLEMAS DE SALUD

1. Enfermedades que padece

- Ninguna
- Enfermedades Respiratorias
- Enfermedades Crónicas
- Enfermedades Traumáticas
- Enfermedades Gastrointestinales
- Otros: Cirugías Accidentes
- Amenaza de aborto

D. CONOCIMIENTO SOBRE EL SINDROME DE BURNOUT

Subraye

1. ¿Qué es el Síndrome de Burnout?

- a) Es un trastorno emocional de creación reciente que está vinculado con el ámbito laboral, el estrés causado por el trabajo y el estilo de vida.
- b) No conoce

2. ¿Conoce cuáles son los signos y síntomas del Síndrome de Burnout?

- a) Ansiedad
- b) Agotamiento físico-emocional
- c) Anemia
- d) Fiebre
- e) No sabe

3. ¿Conoce usted cuales son las medidas preventivas del Síndrome de Burnout?

- a) Medicamentos
- b) Organización laboral
- c) Técnica de respiración
- d) No sabe

GRACIAS POR SU COLABORACION

Anexo 5**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERIA****PRESENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN LAS ÁREAS CRÍTICAS DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Machala, /dd /mm /aa

Estimadas usuarias.

Yo, Alejandra Rodríguez Naranjo estudiante del VI ciclo de la carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja, me encuentro realizando esta investigación con el objetivo de recolectar información PRESENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LAS ÁREAS CRÍTICAS DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DE MACHALA por lo cual solicito su consentimiento o autorización voluntaria para participar o no, del estudio, con la seguridad de que no se afectará en absoluto su integridad física o moral.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 6

CERTIFICACION DE AUTORIZACION

 Ministerio de Salud Pública

**Coordinación Zonal Salud 7
Hospital General Teófilo Dávila / Docencia e Investigación**



Memorando Nro. MSP-CZ7-HTD-GDI-2017-301-TEMP
Machala, 01 de noviembre de 2017

PARA: Alejandra Stefhany Rodriguez Naranjo

Sr. Lcdo. Alonso Francisco Armijos Vega
Responsable del Servicio de Enfermería en UCIq

Sra. Lcda. Carmen Esperanza Valdiviezo
Responsable de Enfermería del Servicio de Centro Obstétrico

Sra. Edyth Jacqueline Flores Sanchez
Responsable del Servicio de Enfermería en Emergencia

Sra. Juana Elizabeth Pereira Galarza
Responsable del Servicio de Enfermería en Neonatología

Sra. Lcda. Rosario Del Cisne Quezada Gallardo
Responsable de Enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico

ASUNTO: AUTORIZACION PARA DESARROLLAR TRABAJO DE INVESTIGACION Srta. Alejandra Stefhany Rodriguez

De mi consideración:

En respuesta al Documento No. MSP-CZ7-HTD-AUS-2017-0754-E, el cual hace referencia a la Solicitud presentada por la Srta. Alejandra Rodríguez Naranjo Interna Rotativa de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja para obtener autorización y poder aplicar encuesta a las profesionales de enfermería de los siguientes servicios: Emergencia, Neonatología, UCI, Quirófano y Centro Obstétrico, con el propósito de desarrollar un trabajo de investigación previo a la obtención del título de Licenciada en enfermera denominado, "PRESENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE NEFERMERIA EN LAS AREAS CRITICAS DEL HOSPITAL TEOFILO DAVILA DE MACHALA PERIODO MAYO 2017 -ABRIL 2018".

En este sentido comunico que la Srta. Alejandra Rodríguez Naranjo ha presentado el protocolo del proyecto de investigación el cual contiene las consideraciones metodológicas y bioéticas solicitadas y asume el compromiso de confidencialidad sobre el manejo de la información obtenida.

En tal virtud solicito de la manera más comedida se brinde las facilidades para que pueda aplicar las encuestas al personal de enfermería que labora en áreas del Hospital General Teófilo Dávila arriba señaladas.

Boyacá y Buenavista esquina
Teléfono: 593 (7) 2935570 ext.7504
www.htdeloro.gob.ec

 1/2

* Documento generado por Qulpux



Ministerio
de Salud Pública

Coordinación Zonal Salud 7
Hospital General Teófilo Dávila / Docencia e Investigación

Memorando Nro. MSP-CZ7-HTD-GDI-2017-301-TEMP

Machala, 01 de noviembre de 2017

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente, **Juan Diego Sarango Jaramillo**

ESPECIALISTA
NEFROLOGIA
C.P. 1104335123
R.I.N.H. 16-08-00045

Med. Juan Diego Sarango Jaramillo
DOCENCIA E INVESTIGACIÓN



Referencias:

- MSP-CZ7-HTD-AUS-2017-0754-E

Anexos:

_para_obtencion_de_carta_de_conformidad_para_investigacion_de_srta_alejandra_stefhany_rodriguez.pdf

Copia:

Sra. Lcda. Katy Gricelia Ocaña Gallardo
Subdirector de Cuidados de Enfermería

Sr. Abg. Diego Daniel Torres Moreno
Analista Responsable de Talento Humano

Sr. Dr. Rodrigo Moises Carrión Castillo
Director Asistencial

Sra Hilvia Marina Figueroa Cano

Anexo 7.**EVIDENCIAS**

Aplicación del Cuestionario de Maslach Burnout Inventory en el Servicio de UCI.



Aplicación del cuestionario Sociodemográfico en el servicio de Emergencia.



Llenando los cuestionarios por parte de las participantes profesionales de Enfermería.

Anexo

Lic. Tanya Jhulissa León Puga

**DOCENTE DE LA ESCUELA DE EDUCACION BÁSICA PARTICULAR
SIMÓN BOLIVAR**

A petición verbal.-

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de la tesis titulada "PRESENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LAS ÁREAS CRÍTICAS DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DE MACHALA" realizada por parte de la señorita Alejandra Stephany Rodríguez Naranjo con número de cédula 1106052283, egresada de la carrera de enfermería perteneciente a la facultad de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo al interesado hacer uso del presente en lo que sus intereses convenga

Loja, 24 de mayo de 2018

Atentamente



Loda. Tanya Jhulissa León Puga
English Teacher
1150128195

Anexo 8.**PROYECTO DE TESIS****1. TEMA**

**Presencia del Síndrome de Burnout en el Profesional de Enfermería en las
Áreas Críticas del Hospital Teófilo Dávila de Machala**

2. PROBLEMÁTICA

El término inglés Burnout significa estar quemado o desgaste profesional, se definió por primera vez en los años 70 y describe un estado de completa fatiga física, emocional y mental, acompañado de una disminución de la capacidad de rendimiento. Según diferentes autores, entre un 25% de profesores, de un 30 a un 50% de médicos y de un 20 a un 30% de enfermeros sufren este síndrome (Onmeda, 2016) .

En un estudio realizado en España revelaron las relaciones entre el Agotamiento Emocional y la Despersonalización con la salud mental mediación parcial. Conclusión la resiliencia no solamente es relevante para mejorar la salud mental del personal de Enfermería, sino también para amortiguar y minimizar las consecuencias negativas del estrés laboral (Óscar, 2014).

En otra investigación realizada en España nos muestra los el 25,6% presentan una despersonalización alta, el 8,1% un cansancio emocional alto. Como variables sociodemográficas, trabajo actual mayor a 8. Conclusión la prevalencia del Síndrome de Burnout es del 50% (Romero S. , 2014).

En 2012 América Central, se encontró que más del 10% de los encuestados reportaron haberse sentido constantemente bajo estrés o tensión, tristes o deprimidos, o con pérdida de sueño debido a sus preocupaciones por las condiciones de trabajo. Y en Chile en el 2011 encontró que el 27.9% de los trabajadores y el 13,8% de los empleadores reportaron estrés y depresión (OPS-OMS, 2016).

Otra investigación realizada en México deduce que la proporción de personal con Síndrome de Burnout fue de 33.8 % (181 de 535), el 6.7 % (36 de 535) presentó un alto nivel de este síndrome. Se encontró que 44.1 % presentó agotamiento emocional; 56.4 % despersonalización y 92.9 % baja realización personal. Por lo cual concluye que es necesario crear un programa de fortalecimiento para condiciones laborales (Miranda-Lara, 2014).

Según esa encuesta realizada en 2012 en el Ecuador, existe el 67% del personal tenía estrés emocional y laboral y no solo por las largas jornadas que deben cumplir, sino también por la aplicación del código de la salud, la falta de insumos, la masificación en la atención, condiciones inadecuadas de trabajo, entre otras causas (Coello., 2016). Un estudio realizado en la Zonal 7 en la provincia del Oro en su capital Machala con el título Síndrome de Burnout en médicos del hospital General Teófilo Dávila de Machala se dio a conocer la prevalencia en un 30.26% . Los médicos residentes presentan con mayor frecuencia con un 66.66% (Jiménez, 2017).

La investigación muestra interés en los lineamientos de la carrera de Enfermería en el que pertenece al cuarto lineamiento “Los sistemas y servicios de salud en la región sur del país” en el ámbito ocho “Estudio de las enfermedades psicosociales en los contextos de trabajo en instituciones públicas y privadas” (Ramón S, Agurto M, Araujo R, Orellana R., 2013).

De acuerdo con la Constitución del Ecuador en Art.331 y el Ministerio de Relaciones laborales del Ecuador plantea los siguiente objetivo en relación con los Riesgos psicosociales en el trabajo: incentivar las mediciones de riesgo psicosocial adaptando a las herramientas al ambiente cultural y organizacional (Ecuador, 2008)- (MRL, 2013).

Además es un estudio investigativo que toma en cuenta las Prioridades de investigación en Salud 2013-2017 del Ministerio de salud Publica en el área de Salud Mental especificando la línea Depresión y distimia (MSP, 2013-2017).

De acuerdo con el Plan Estratégico Nacional y Modelo de Atención de Salud Mental, la investigación indaga uno de los cinco lineamientos estratégicos para abordar la problemática de salud mental en el país (Ecuador) en el cual es la promoción de la investigación de temas relacionados con salud mental (MSP, www.salud.gob.ec, 2015).

Esta investigación tiene importancia por que cumple con los objetivos del buen vivir que es objetivo número 3, que es mejorar la calidad de vida de la población (MSP, Plan Nacional Del Buen Vivir, 2013-2017).

La presente investigación se realizará en septiembre del 2017 a febrero 2018. El grupo de estudio será en el profesional de Enfermería en las áreas críticas que cuenta con Emergencia, Neonatología, Quirófano, Unidad de cuidados intensivos y Centro Obstétrico del Hospital Teófilo Dávila de Machala. La pregunta de investigación es: ¿Existe la presencia del Síndrome de Burnout en el profesional de enfermería en las áreas críticas del Hospital Teófilo Dávila?

3. JUSTIFICACIÓN

Los trabajadores de salud, por las características de su trabajo que incluye en contacto con múltiples usuarios y además situaciones desgastantes a las que se enfrentan en sus actividades cotidianas, con altas exigencias y múltiples factores psicosociales, así como la transferencia que reciben de sus pacientes, constituyen un grupo de alta vulnerabilidad para desarrollar problemas relacionados con el estrés.

Síndrome de Burnout también llamado simplemente como síndrome del trabajador quemado es un tipo de estrés laboral conocido como crónico, empieza a convertirse en un problema de alta relevancia en el mundo laboral. Cuando hay estrés laboral puede ocurrir repentinamente y puede tener varios efectos negativos como desmotivación, agotamiento y falta de energía sobre los trabajadores en especial en enfermeras, médicos, odontólogos y psicólogos que trabajan en conjunto en un hospital.

Siendo de gran importancia se considera el aumento del estudio del Síndrome de Burnout, especialmente en Hospitales públicos y entidades, para establecer alternativas de prevención o conocimiento, que incluyen minimizar las consecuencias negativas de este Síndrome Burnout y mejorar la salud.

Esta investigación se efectuará en las áreas críticas del Hospital Teófilo Dávila para determinar la presencia o no del Síndrome Burnout, se utilizará el cuestionario Maslach en el que se analizará tres variables como el cansancio emocional, despersonalización y realización personal.

El uso que se dará a los datos como beneficios directos que proporcionara esta investigación, es dar a conocer en el ámbito de la salud mental y laboral de los profesionales de Enfermería sobre el nivel de desgaste profesional; así como determinar la relación del síndrome de Burnout con los aspectos sociodemográficos y aspectos laborales, problemas de salud y describir las medidas preventivas que se utiliza actualmente. Además los resultados de este estudio, puede brindar información a los profesionales de salud, que fortalecen en programa de salud mental en el país.

4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la Presencia del Síndrome de Burnout en el profesional de Enfermería en las áreas críticas del Hospital Teófilo Dávila de Machala.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir los aspectos sociodemográficos, laborales y problemas de salud de los profesionales de enfermería en las áreas críticas del Hospital Teófilo Dávila de Machala.
- Establecer el conocimiento de los profesionales de enfermería sobre el Síndrome de Burnout en las áreas críticas del Hospital Teófilo Dávila de Machala.
- Conocer si el profesional de enfermería en las áreas críticas del Hospital Teófilo Dávila de Machala presenta el Síndrome de Burnout.

5. MARCO TEORICO

5.1 Síndrome de Burnout: Antecedentes

El uso del término Burnout, comenzó a aparecer con cierta regularidad en los años 1970 en Estados Unidos, especialmente entre las personas que trabajaban en los servicios de atención a personas. Maslach y colaboradores definen el Burnout y sus tres dimensiones como: Agotamiento emocional, que se caracteriza por una falta o carencia de energía, entusiasmo y sentimiento de que se agotan los recursos; Despersonalización, Cinismo, que se caracteriza por tratar a los clientes y colegas como objetos; y Baja realización personal en el trabajo, que se caracteriza por una tendencia del trabajador a autoevaluarse de forma negativa.

Tomando en consideración la literatura, y después de entrevistar a profesionales con síntomas de Burnout en diferentes ocupaciones, como maestros, trabajadores sociales y enfermeras, Gil-Monte define el Burnout como una respuesta psicológica al estrés laboral crónico que aparece en los profesionales que trabajan en el sector de servicios en contacto directo con los clientes o usuarios de la organización. Es un síndrome no psiquiátrico caracterizado por un deterioro cognitivo (es decir, pérdida de ilusión hacia el trabajo), el deterioro emocional (es decir, el desgaste psíquico), y las actitudes y comportamientos de la indiferencia y, a veces, actitudes abusivas hacia el cliente (indolencia).

Además, en algunos casos, las actitudes negativas en el trabajo, en especial hacia las personas con las que el trabajador establece relaciones de trabajo, conllevan altos sentimientos de culpa. El primer factor, Ilusión por el trabajo, es una variable cognitiva definida como el deseo del individuo por alcanzar los objetivos en el trabajo como una fuente de placer personal. Esta variable es similar a la subescala de Realización personal del MBI, pero no incluye un indicador de la autoeficacia.

El segundo factor, Desgaste psíquico, se define como la aparición de agotamiento emocional y físico debido a que el individuo tiene que enfrentarse a diario con gente en el trabajo que presenta problemas. Esta variable es similar a la subescala de Agotamiento emocional del MBI, pero incluye un aspecto de agotamiento físico (“me siento cansado físicamente en el trabajo”). En tercer lugar, por Indolencia se entiende la aparición de

actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los clientes de la organización, como los estudiantes y familiares.

Este síntoma es similar a la subes cala de Despersonalización del MBI. Finalmente, la Culpa surge tras el desarrollo de actitudes negativas en el trabajo, en especial hacia las personas con las que el individuo establece relaciones de trabajo. Estos cuatro síntomas se han postulado en un modelo sobre el proceso de desarrollo del Burnout que se evalúa a través del “Spanish Burnout Inventory” (SBI) Gil-Monte propone un modelo explicativo del proceso del Burnout, que pretende ser un modelo facilitador para el diagnóstico y tratamiento del Burnout, donde se pueden identificar los antecedentes, así como las consecuencias derivadas del síndrome. La idea fundamental del modelo se sustenta en que es posible identificar dos perfiles distintos en el proceso de desarrollo del Burnout.

Los sentimientos de culpa según este modelo son un síntoma más que debe ser evaluado para la realización de un diagnóstico adecuado. En este modelo, el deterioro cognitivo y afectivo aparece, en un primer momento, como respuesta a las fuentes de estrés laboral crónico, siendo el paso siguiente el desarrollo por parte de los individuos de actitudes negativas hacia las personas que atienden en su trabajo. Los sentimientos de culpa surgen de forma posterior a estos síntomas, pero no se presentan en todos los individuos.

Los comportamientos de indolencia, cinismo o despersonalización funcionan como un mecanismo de afrontamiento por parte del individuo para minimizar las consecuencias del síndrome. El autor señala que a medio o largo plazo, se produce un deterioro de la salud, un aumento de la tasa de absentismo y un deseo cada vez mayor de abandonar la organización y la profesión (Figueiredo-Ferraz, 2016).

5.2 El Estrés

El estrés es uno de los fenómenos más comunes en el mundo laboral, que se acrecienta en el marco de las exigencias que las organizaciones plantean a los trabajadores. Es un constructo complejo de explicar y en sus inicios el fisiólogo y médico Hans Selye (1936) identificó en sus pacientes síntomas que llamó Síndrome de Adaptación General (SAG), y que se relacionaban con tres sistemas: Endócrino, Nervioso e Inmunológico, en los cuales se genera una respuesta neurológica ante un estímulo de estrés, estas respuestas pueden ser de tipo cognitivo, emotivo y conductuales.

Otros esquemas del estrés dan énfasis a lo cognitivo, que según (Daza, 1993) es parte de un proceso de valoración referido al ámbito interno, la percepción del individuo ante estímulos externos con carácter defensivo y la capacidad de éste de traducir dichos estímulos de acuerdo a su apreciación en valoración positiva o negativos. Por su parte la Organización Mundial de la Salud (OMS) define al estrés como el conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción y cuyos síntomas están relacionados con los mismos sistemas (OMS, 2013).

13 Estudios más recientes como los de Fernández, González y Trianes (2015) citando a Lazarus y Folkman indican que el estrés es producido en dos fases, en la primera, el individuo visualiza cognitivamente al estresor y a las demandas que éstos provocan; en la segunda fase el individuo evalúa si los recursos que posee son suficientes para afrontar esas demandas, tomando en cuenta que a pesar de existir el mismo estresor los seres humanos suelen reaccionar de modo diferente, y las respuestas pueden ser de tipo fisiológico, emocional o comportamental.

El estrés está distribuido en tres fases: la aparición de varios síntomas como: aumento de la frecuencia cardiaca, hipercoagulación sanguínea, aumento de la frecuencia respiratoria, etc.; la resistencia, a este hecho se suma a que el individuo es incapaz de superarlo y aparece la siguiente fase: el agotamiento que es la incapacidad de una respuesta fisiológica que conduce a la enfermedad.

Entre las causas que generan este tipo de estímulos están en primer lugar los agentes estresantes que provienen de circunstancias externas, puede ser del ambiente familiar, del trabajo, del estudio, etc. En segundo lugar está el estrés producido por el mismo individuo, es decir, por sus propias características de personalidad y por su forma particular de enfrentar y solucionar los problemas (Casado, 2010)

5.3 Conceptualización del Burnout

El síndrome de Burnout es una respuesta al estrés crónico en el trabajo (a largo plazo y acumulativo), con consecuencias negativas a nivel individual y organizacional, y que tiene peculiaridades muy específicas en áreas determinadas del trabajo, profesional, voluntario o doméstico, cuando éste se realiza directamente con colectivos de usuarios, bien sean enfermos de gran dependencia, o alumnos conflictivos. Estos casos son los casos más reiterados, lo que no excluye otros, aunque ya hay que advertir que el síndrome se

manifiesta menos en los trabajos de tipo manual, administrativo, etc. En estos casos, el estrés laboral no suele ser conceptualizado como Burnout, según discriminación general en el campo de la Psicología. Pero sí se produce en ámbitos como el voluntariado, sin que existan condicionantes de tipo laboral, salarial, jerarquías etc. (Martinez, 2010)

El concepto de “estar quemado” se añadía algo que ya no era sólo el estrés laboral; también cuentan el significado para la persona del trabajo que realiza, su propia capacidad de generar estrategias de afrontamiento, la misión a realizar que a veces genera excesiva implicación en el trabajo y puede terminar en la deserción o la desatención a los usuarios, pero también a sí mismo. (Martinez, 2010). A continuación se enlistan algunas de las definiciones más aceptadas acerca del síndrome de burnout:

- Freudenberger. Describe el burnout como una "sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador". El autor afirma que el burnout es el síndrome que ocasiona la "adicción al trabajo".
- Pines y Kafry. Definen el burnout "como una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal".
- Machlowitz. Lo define como "un estado de total devoción a su ocupación, por lo que su tiempo es dedicado a servir a este propósito", que provoca un desequilibrio productivo y, como consecuencia, las reacciones emocionales propias de la estimulación laboral aversiva.
- Cherniss. Es uno de los primeros autores que enfatiza la importancia del trabajo, como antecedente, en la aparición del burnout y lo define como "cambios personales negativos que ocurren a lo largo del tiempo en trabajadores con trabajos frustrantes o con excesivas demandas". El mismo autor precisa que es un proceso transaccional de estrés y tensión en el trabajo y acomodamiento psicológico, destacando tres momentos: a) desequilibrio entre las demandas en el trabajo y los recursos individuales, b) respuesta emocional a corto plazo, ante el anterior desequilibrio, caracterizada por ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento y c) cambios en actitudes y conductas (afrontamiento defensivo) (Yury Rosales Ricardo y Fredy R. Rosales Paneque, 2013).

5.4 Evaluación del Burnout

Para la evaluación del síndrome de Burnout se han utilizado distintas técnicas. Al principio, los investigadores utilizaban las observaciones sistemáticas, entrevistas estructuradas y tests proyectivos, pero luego se fue dando mayor énfasis a la evaluación mediante cuestionarios o autoinformes, lo que plantea varios problemas. Ante un proceso de evaluación con autoinformes es importante tener presente que sus medidas son débiles por sí solas; es decir que se aconseja recabar datos objetivos de otras fuentes para confirmar y ampliar los resultados. (Martinez, 2010)

La debilidad de los autoinformes tiene relación con la cercanía operacional entre la variable independiente y la variable dependiente postulada. Puede ser tanta dicha cercanía que, incluso, los constructos que se miden se pueden utilizar a veces como causa y otras como consecuencias. Sin embargo, los autoinformes son los instrumentos más utilizados para la evaluación del Burnout, y de éstos los preferidos por los investigadores son el Maslach Burnout Inventory (MBI; Maslach y Jackson) y el Burnout Measure (Martinez, 2010).

5.5 Maslach Burnout Inventory (MBI)

Los estudios de Maslach y Jackson se dividen en dos etapas. En la primera definieron el Burnout aplicándolo a profesionales que trabajaban en el área de servicios humanos y utilizaron un sistema de medida, el conocido Maslach Burnout Inventory – MBI: Este instrumento, traducido al castellano, ha sido validado por Gil Monte, P. El MBI es un cuestionario autoadministrado y consta de 22 ítems que recogen respuestas del sujeto con relación a su trabajo sobre sus sentimientos, emociones, pensamientos y conductas.

Maslach y Jackson consideran al Burnout un constructo tridimensional, y por ello la escala está dividida en tres subescalas: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, con resultados bajo-medio-alto. Pero también, con esta escala se pueden analizar los resultados en relación con la profesión del sujeto, es decir que hay puntuaciones de corte para distintos grupos: profesores, asistentes sociales, médicos, profesionales de salud mental y otros profesionales. El MBI ha sido aplicado a estas poblaciones obteniendo alta fiabilidad y alta validez sobre los tres factores mencionados. Las tres subescalas, en la revisión del año 1986, alcanzaron valores de fiabilidad de Cronbach aceptables, con una consistencia interna de 0.80 y la validez convergente y la

discriminante han sido adecuadas. Respecto a la fiabilidad por factores se obtuvieron valores de 0.90 para el agotamiento personal, 0.79 para la despersonalización y 0.71 para la baja realización personal.

En general, éste es el cuestionario más utilizado internacionalmente y las dimensiones que plantean sus autores también son los más empelados para definir el constructor de Burnout. En España, la escala, ha sido traducida por Nicolás Seisdedos Cubero.

La equivalencia en percentiles se clasifica de la siguiente manera: P 75 Burnout alto, P50 Burnout medio y P25 Burnout bajo. Estas puntuaciones ha sido estudiadas en diferentes muestras y se ha concluido que los niveles de Burnout son diferentes según la muestra, es decir que no queda claro el límite entre lo normal y lo patológico; una cuestión que se ha seguido discutiendo a lo largo de los estudios de síndrome. Esto sugiere que no se puede generalizar a todas las profesiones y culturas la clasificación del Burnout, e implica la elaboración o adecuación de ciertos criterios (Martinez, 2010).

5.6 Dimensiones del fenómeno estudiado

La conceptualización de Burnout, que es la más conocida, según Maslach y Jackson abarca tres dimensiones:

5.6.1 Agotamiento emocional. Se caracteriza por la fatiga emocional, ausencia o falta de energía, entusiasmo y un sentimiento de escasez de recursos. El trabajador se siente agotado, su nivel afectivo está deteriorado y ha sido superado por el estrés producido por el contacto diario y mantenido con personas a las que atiende por el exceso de trabajo. Es importante diferenciar el agotamiento emocional como dimensión del Síndrome de Burnout, ya que el agotamiento emocional por depresión o por estrés se atribuye a causas interpersonales o intrapsíquicas y puede producir tanto efectos positivos como negativos, mientras que en el Síndrome de Burnout se produce por la interacción entre la organización y la persona y como resultado siempre da lugar a efectos negativos.

5.6.2 Despersonalización. Puede ser definida como el desarrollo de respuestas negativas asociadas a sentimientos de cinismo, insensibilidad hacia las personas que reciben el servicio, percibiéndose por el usuario como personas deshumanizadas por su actitud emocional fría, distante y despectiva.

5.6.3 Baja realización personal. Se define como la tendencia de esos profesionales a evaluarse negativamente y de forma especial. Esa evaluación negativa, afecta a la habilidad en la realización del trabajo, la relación con las personas a las que atienden y se presentan insatisfechos con sus resultados laborales, afectando directamente a su auto concepto, su autoestima y las relaciones con los demás (Martinez, 2010).

5.7 Características del Síndrome de Burnout

El Síndrome de Burnout es un fenómeno que ha generado mucho interés por las graves consecuencias que tiene sobre la salud, tanto en la parte psicológica como física, si bien el Síndrome de Burnout se encuentra en cualquier trabajo o profesión, es propio de ciertas labores que se centran en la prestación de servicios humanos, por lo que existe un contacto directo con las personas a las que se destina la labor médica. Existen referencias del Síndrome Burnout en otras profesiones que no necesariamente implican el trato directo con personas, aunque no es la perspectiva más extendida. Si bien, como es lógico, dependiendo de algunas variables de personalidad, sociodemográficas individuales o de entorno personal, pueden darse evoluciones diferentes en el desarrollo del Síndrome de Burnout.

Dentro de las personalidades más susceptibles al Síndrome de Burnout están las personalidades emotivas, aquellas que se inclinan al servicio social dentro de sus actividades laborales, por lo general este tipo de personas tienen características que los predisponen a padecer de Burnout, suelen ser personas autoexigentes, perfeccionistas y con baja tolerancia al fracaso y aunque algunos presentan empatía, sensibilidad, delicadeza, idealismo y orientación hacia los demás, otros presentan características negativas como ansiedad, ideación obsesiva, entusiasmo y susceptibilidad a identificarse con otros. También existen personalidades que son capaces de rechazar o frenar el Burnout, caracterizadas por mantener sentimientos de compromiso, de confianza en sí mismos, con un alto nivel de autocontrol.

En una organización con exceso de jerarquía, burocracia, participación disminuida de los trabajadores, organizaciones con poca coordinación interdisciplinaria, estilo de direccionamiento inadecuado, falta de formación a los trabajadores en nuevas tecnologías, falta de diseño de puestos y perfiles, pobre direccionamiento y gestión en Talento humano, conflictos internos y abuso de poder entre los directivos, el riesgo de aparición del

Síndrome de Burnout en sus trabajadores es latente. (Galvez, Mingote, Nuñez, Otero, 2012).

5.8 Consecuencias del Síndrome de Burnout

El Síndrome Burnout frente al estrés generado por la relación entre profesional médico y paciente y por la relación profesional con la organización, produce consecuencias tanto para la organización como para el trabajador. Las consecuencias negativas para la organización deterioran la comunicación y las relaciones interpersonales disminuyendo el rendimiento profesional, la productividad y la calidad, además de generar alta rotación y ausentismo laboral.

En el trabajador o profesional médico se produce un deterioro cognitivo consistente en la aparición de la frustración y el desencanto por la profesión, crisis de la capacidad percibida por el desempeño de la actividad profesional, disminución del afecto que se caracteriza por el deterioro emocional y en algunos casos se acompaña por sentimientos de culpa. También se produce un deterioro actitudinal asociado con actitudes de cinismo, indolencia e indiferencia con los pacientes y con la organización.

Las principales consecuencias en el trabajador producen síntomas que tienen resultados negativos tanto para los afectos y las emociones, así como a las cogniciones, las actitudes, las conductas y al sistema fisiológico, disminuyendo la calidad de vida tanto de personal como familiar, además de la laboral (Mansilla, 2014)

5.9 Causas del Síndrome de Burnout

La etiología del Burnout ha suscitado mucha polémica, ya que, como hemos visto, se le han atribuido causas muy diversas, diferente grado de importancia de los variables antecedentes- consecuentes, y distintos factores implicados. Esto ha dado lugar al desarrollo de múltiples modelos explicativos. Aquí destacaremos sólo aquellos modelos más relevantes para la investigación. Una de las clasificaciones más utilizada y actualizada es la de Gil-Monte y Peiró. Estos categorizan los modelos etiológicos en cuatro tipos de líneas de investigación: Teoría Sociocognitiva del Yo, Teoría del Intercambio Social, Teoría Organizacional y Teoría Estructural:

5.9.1 Modelos etiológicos basados en la Teoría Sociocognitiva del Yo. En estos modelos las causas más importantes son 1) Las cogniciones influyen en la forma de

percibir la realidad, pero a la vez estas cogniciones se modifican por sus efectos y consecuencias observadas. 2) El empeño para la consecución de objetivos y las consecuencias emocionales de las acciones están determinadas por la autoconfianza del sujeto. Es evidente que estos modelos etiológicos dan gran importancia a las variables del self, como ser, la autoconfianza, autoeficacia, autoconcepto, etc. entre ellos se encuentra de Modelo de Pines, el Modelo de Cherniss y el Modelo de Thompson, Page y Cooper.

5.9.1.1 **Modelo de Pines.** Pines, señala que el fenómeno del Síndrome de Burnout radica cuando el sujeto pone la búsqueda del sentido existencial en el trabajo y fracasa en su labor. Estos sujetos les dan sentido a su existencia por medio de tareas laborales humanitarias. Este modelo es motivacional, y plantea que sólo se queman aquellos sujetos con alta motivación y altas expectativas. Un trabajador con baja motivación inicial puede experimentar estrés, alienación, depresión o fatiga, pero no llegará a desarrollar el SB. Por lo tanto, el SB lo explica como un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por afrontar situaciones de estrés crónico junto con muy altas expectativas. El SB sería el resultado de un proceso de desilusión donde la capacidad de adaptación del sujeto ha quedado disminuida severamente.

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

5.9.1.3 **Modelo de Thompson, Page y Cooper .** Thompson destaca cuatro factores implicados en la aparición del Burnout, y señalan que la autoconfianza juega un papel fundamental en ese proceso. Los cuatro factores son: 1) Las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del sujeto. 2) El nivel de autoconciencia. 3) Las expectativas de éxito personal. 4) Los sentimientos de autoconfianza. Estos autores plantean que tras reiterados fracasos en la consecución de las metas laborales junto con altos niveles de autoconciencia, de las discrepancias percibidas o anticipadas entre las demandas y recursos, se tiende a utilizar la estrategia de afrontamiento de "retirada mental o conductual" de la situación amenazadora. Un patrón de retirada serían las conductas de

despersonalización. Estas estrategias tienen como objetivo reducir las discrepancias percibidas en el logro de los objetivos laborales.

5.9.2 Modelos etiológicos basados en las Teorías del Intercambio Social.

Estos modelos plantean que cuando el sujeto establece relaciones interpersonales se pone en marcha el proceso de comparación social. A partir de dicha comparación pueden generarse percepciones de falta de equidad o falta de ganancia, lo que conllevaría a aumentar el riesgo de padecer Burnout (Martinez, 2010).

5.9.2.1 *Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli.* Este modelo se desarrolló para explicar la aparición del Burnout en enfermeras. A partir de este contexto plantea dos tipos de etiología del Burnout: uno de ellos se refiere a los procesos de intercambio social con los pacientes, y pone el énfasis en los mecanismos y procesos de afiliación y comparación con los compañeros de trabajo.

Según Buunk y Schaufeli, existen tres fuentes de estrés que están relacionadas con los procesos de intercambio social: 1) La incertidumbre: Es la ausencia o falta de claridad sobre los propios sentimientos y pensamientos sobre cómo actuar. 2) La percepción de equidad: Hace referencia al equilibrio percibido sobre lo que se da y lo que se recibe en el curso de sus relaciones. 3) La falta de control: Se explica como la posibilidad/capacidad del trabajador para controlar los resultados de sus acciones laborales. Respecto a los mecanismos y procesos de afiliación social y comparación con los compañeros de trabajo, los autores explican que los profesionales de enfermería no buscan apoyo social de los compañeros ante situaciones estresantes, por temor a ser catalogados como incompetentes.

5.9.3 **Modelos etiológicos basados en la Teoría Organizacional.** Estos modelos se caracterizan por basarse en la función de los estresores del contexto organizacional y de las estrategias de afrontamiento que utilizan los trabajadores ante el Burnout. Según estos modelos, las variables como las funciones del rol, el apoyo percibido, la estructura, el clima y la cultura organizacional junto a la forma de afrontar las situaciones amenazantes, están implicadas en la aparición del síndrome.

Así pues, las causas varían dependiendo del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social. Por ejemplo, el Burnout se puede originar por agotamiento emocional en una organización burocrática mecánica y de comunicación

vertical; mientras que en organizaciones con burocracias profesionalizadas (hospitales) puede aparecer el Burnout por disfunciones de rol y conflictos interpersonales.

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

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

5.9.4.1 **Modelo de Gil-Monte y Peiró.** Este modelo explica el Burnout teniendo en cuenta variables de tipo organizacional, personal y estrategias de afrontamiento. Plantea que este síndrome es una respuesta al estrés laboral percibido (conflicto y ambigüedad del rol), y surge como producto de un proceso de reevaluación cuando la forma de afrontamiento a la situación amenazante es inadecuada. Esta respuesta implica una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias, por ejemplo, la falta de salud, baja satisfacción laboral, pasividad, evitación, etc.) (Martinez, 2010).

5.10 Tipos de variables que intervienen en la aparición del Síndrome de Bournout

5.10.1 **Variables Personales.** Son variables propias del individuo y hacen referencia a aspectos de su personalidad, sus sentimientos y pensamientos, sus emociones, sus actitudes, etc. Estas variables, más que desencadenantes, se consideran facilitadoras o inhibidoras del síndrome, esto es, que en función de que se presenten en menor o mayor grado, aumentará o disminuirá la posibilidad de que el Burnout aparezca.

5.10.2 **Personalidad resistente.** Las personas con este tipo de personalidad previenen o reducen la incidencia del Burnout. Se caracteriza por un gran sentimiento de compromiso hacia sí mismo y el trabajo, por una percepción de control del ambiente así como una tendencia a acercarse a los cambios de la vida con una actitud de desafío antes que de amenaza, que suponen las tres dimensiones que configuran este tipo de personalidad (compromiso, control y reto).

5.10.3 **Sexo.** Esta variable va vinculada a una serie de características relacionadas con el trabajo y la sociedad, que predisponen especialmente hacia una tendencia u otra. Sin embargo, esta variable no es del todo concluyente.

5.10.4 **Edad.** Los profesionales con experiencia pueden desarrollar modelos de afrontamiento que reduzcan la posibilidad de quemarse.

5.10.5 **Estado civil.** Más que el propio hecho del estado civil, lo que tiene importancia es la relación de esta variable con el apoyo emocional. (Casado, 2010).

5.11 Factores de riesgo que aumenta el riesgo de Síndrome de Burnout

5.11.1 **Factores de Riesgo al Rol y cargo que se desempeña.** Se establece que los cargos con mayor interacción con el cliente que son más directas, frecuentes y largas tienen mayor factor de riesgo a mostrar el síndrome de Burnout. Es por ello que los profesionales dedicados a prestar servicios en salud, sociales y de enseñanza, dado que en dichas profesiones se entrelazan factores como el trato directo, intensos y de involucramiento con los problemas de los clientes, tienden a desarrollar más rápido el síndrome de Burnout. En este contexto se ha observado que la retroalimentación es casi inexistente. La relación con el cliente muchas veces se torna agresiva, pasiva dependiente o a la defensiva. Finalmente cuando las personas que prestan servicios y cumplen con un rol que tiene sobrecarga de responsabilidades, experimentan la sensación de que no son lo suficiente buenos para finalizarlo o que no son lo suficientemente rápidos para terminar las tareas estarían en riesgo de presentar Agotamiento Emocional y conductas de Despersonalización o cinismo.

5.11.2 **Factores de riesgo relacionado con la organización.** Cuando las organizaciones presentan un clima poco satisfactorio para las personas que la integran y la forma en que está definido el trabajo y las posibilidades de llevarlo a cabo son dificultosas, las personas están en riesgo de desarrollar el síndrome de Burnout Maslach y Leiter, afirma

que el sentido común cree que las personas que viven el síndrome de Burnout ,son débiles ya que si para vivir hay que ajustarse al medio , el síndrome de Burnout manifiesta una falla en el ajuste de al personal al ambiente de trabajo . También se creó que las personas no son razonables, que se quejan por todo y el síndrome de Burnout sería otra manera más de quejarse. Esto es lo que muchos docentes manifiestan al establecer que se les apunta de todo lo que pasa en el aula dejando atrás los factores externos. Generalmente, el ambiente de trabajo tiende a culpar al trabajador del síndrome de Burnout que sufre y se le emplaza a buscar soluciones personales, como ir a terapia o buscar otro trabajo. Esta visión parece ser compartida por el trabajador, ya que las personas tienden a asumir su vivencia del síndrome de Burnout en términos personales. Muchos psiquiatras y psicólogos toman este síntoma como psiquiátrico y buscan aproximaciones individuales al tratamiento (Carrasco, 2012).

5.12 Sintomatología del Síndrome

Según varios estudios las manifestaciones más comunes de *Burnout* en estudiantes son:

- Agotamiento físico y mental
- Abandono de los estudios
- Disminución del rendimiento académico

Según los estudios anteriores, estas manifestaciones se pueden dividir en tres grupos fundamentales:

5.12.1 **Psicosomáticas.** Alteraciones cardiovasculares (taquicardia, HTA), fatiga crónica, cefaleas, alteraciones gastrointestinales, dolores abdominales y musculares, alteraciones respiratorias y del sueño, alteraciones dermatológicas y menstruales.

5.12.2 **Conductuales.** Abuso de fármacos, alcohol y tabaco, ausentismo a clases, malas conductas alimentarias, incapacidad de relajarse. Para concentrarse debido a la ansiedad experimentada, depresión, baja autoestima, falta de motivación. Esta sintomatología es un cuadro inequívoco de un gran estado de estrés psicosomático, que puede traer graves consecuencias para la integridad no sólo psicológica sino también física de los estudiantes.

Se impone entonces la búsqueda de los elementos causales de esta situación: Las altas exigencias planteadas. Las dificultades materiales que se afrontan aun con la ayuda institucional. La condición física y los estados de salud. Los estilos de vida. Las

características de personalidad. Nivel o clasificación del Sistema Nervioso. Las motivaciones o razones por las que realiza sus estudios superiores. (Yury Rosales Ricardo y Fredy R. Rosales Paneque, 2013)

5.13 Teoría del afrontamiento, personalidad y Burnout

A pesar de las controversias acerca de la definición del estrés, los investigadores están de acuerdo en que el "afrontamiento" es un importante moderador en los procesos de estrés, incluido el Burnout. El concepto de afrontamiento se deriva, por un lado, de la experimentación tradicional con animales y, por otro lado, de la teoría psicoanalítica del ego. El modelo animal define el afrontamiento como la disminución de la perturbación psicofisiológica a través de actos que controlan las condiciones nocivas del ambiente que generan malestar. Este planteamiento ha sido criticado por simplista, ya que trata el afrontamiento como un constructo unidimensional y sus bases empíricas se basan sólo en conductas de evitación y de huida.

Por otro lado, el modelo psicoanalítico de la psicología del ego define al afrontamiento como el "conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y, por tanto, reducen el estrés. Obviamente, este modelo está cerca de la psicología cognitiva, que es la que ha aportado más soluciones al problema al poner énfasis en los diversos procesos utilizados por el sujeto para manipular la relación de éste con su entorno. Una de las formulaciones sobre la jerarquización del afrontamiento es la de Menninger, quien identifica cinco recursos reguladores clasificados de acuerdo con el nivel de desorganización interna. En su planteamiento se refiere a los recursos de afrontamiento como indicadores de la desorganización, es decir que a mayor desorganización interna serán más primitivos los recursos de afrontamiento.

A partir del análisis de estos dos modelos tradicionales, Lazarus y Folkman definen el afrontamiento como esfuerzos cognitivos y comportamentales que están en constante proceso de cambio y que se desarrollan para manejar las demandas externas y/o internas específicas evaluadas como desbordantes de los recursos propios del sujeto. Así pues, el afrontamiento sería un proceso y no un rasgo. Una característica importante de la conceptualización de Lazarus y Folkman es que el afrontamiento tiene múltiples funciones, entre las que resaltan dos: las englobadas bajo el afrontamiento dirigido a alterar el

problema objetivo y las que resultan del afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional.

Las primeras tratan de solucionar el problema definiendo el problema, buscando soluciones y estrategias dirigidas a modificar el entorno (resolución del problema), como son los obstáculos, los recursos, los procedimientos, etc. Las estrategias que se refieren al sujeto incluyen los cambios motivacionales o cognitivos, la variación del nivel de aspiración del sujeto o el nivel de participación del yo, desarrollo de nuevas pautas de conductas, etc. El afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional pretende modificar el modo de vivir la situación, incluso cuando no se pueda hacer nada para cambiar lo externo. En este tipo de afrontamiento se incluyen procesos cognitivos que se encargan de disminuir el grado de trastorno emocional, entre los que destacan la evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparaciones positivas y extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos.

También existen las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción que no cambian el significado de la situación, por ejemplo, la atención selectiva. En síntesis, las estrategias de afrontamiento dirigidas a las emociones tienen mayor probabilidad de aparecer cuando, según la evaluación del sujeto, no se puede modificar las condiciones amenazantes del ambiente; y cuando el sujeto evalúa que sí se pueden cambiar, entonces, hay más probabilidad que aparezcan las dirigidas al problema.

A partir de este marco, se expone a continuación el planteamiento de Wylie, donde postula que las variables de personalidad son como recursos internos de afrontamiento que influyen en las estrategias de éste. Los tipos de personalidad más relevantes en los estudios del estrés laboral son: neuroticismo, locus de control, patrón de conducta tipo A y resistencia al estrés. De éstos el patrón de conducta tipo A es particularmente vulnerable al estrés en contraste con los factores de personalidad como el de resistencia al estrés (hardiness), locus control, autoestima y sentido de coherencia (Zeidner & Endler, Lazarus y Folkman).

- **El neuroticismo** es considerado como inestabilidad emocional y como un factor considerablemente distorsionador. También puede actuar como un mediador de las relaciones entre estrés laboral y resultados afectivo. Los sujetos con este tipo de personalidad son vulnerables al estrés, perciben las situaciones como amenazantes y

ansiógenas, es decir que las conductas de afrontamiento no son eficaces. Esto se avala por la relación que se ha encontrado entre neuroticismos y ansiedad.

- **El locus control** se refiere a la atribución que hace el individuo de los resultados. Un extremo de ésta dimensión es "externo" y el otro "interno". Según Rotter, los sujetos que atribuyen sus resultados a circunstancias externas son más vulnerables al estrés laboral, presentando insatisfacción, desamparo, síntomas de Burnout, etc. Los internos tienden a percibir menos amenazas, a orientarse hacia metas en la actividad laboral y a ser más activos por la percepción de control de la situación, es decir que suelen utilizar el afrontamiento dirigido al problema.

Otro enfoque es el que plantea Weiner, quien subdividió el concepto de locus control en "Lugar de causalidad" y 29 Martínez Pérez, Anabella (2010). El Patrón de conducta tipo A engloba la acción-emoción y se manifiesta en un ambiente de demandas desafiantes, en que los sujetos manifiestan conductas de impaciencia, apresuradas, agresivas, hostiles, competitivas y de urgencia. Se caracteriza, también por la irritabilidad, implicación y compromiso excesivo en el trabajo, gran necesidad y deseo de logro y estatus social, y lucha por el éxito.

Otros autores han incidido en el estudio de las conductas y su relación con el estrés y el Burnout. Destacaremos a continuación algunos de ellos y sus aportaciones. Burke identifica, mediante entrevistas abiertas con personal directivo, cinco grupos de conductas de afrontamiento antes situaciones de estrés:

- Hablar con otros
- Trabajar más duro y durante más tiempo
- Cambiar a una actividad de tiempo libre
- Adoptar una aproximación de solución de problemas; y
- Alejarse de la situación estresante

Por otro lado, Dewe y cols. Distinguen cuatro tipos de conductas realizadas por administrativos y trabajadores de oficina:

- Acciones dirigidas a la fuente de estrés
- Expresión de sentimientos y búsqueda de apoyo
- Realización de actividades no laborales; y

- Intentos pasivos de esperar que pase la situación.

Parasuraman y Cleek clasificaron las respuestas de afrontamiento de los trabajadores como adaptativas y no adaptativas. Las adaptativas se refieren a planificar, organizar, priorizar tareas y conseguir apoyo de otros. Y las no adaptativas tienen relación con las variables: trabajar más duro pero realizando más errores, hacer promesas poco realistas y evitar la supervisión. Cooper & cols, se plantean seis tipos de afrontamiento en el Indicador del Estrés Organizacional:

- Apoyo social
- Estrategias referidas a la tarea
- Lógica
- Relaciones familiares y trabajo
- Tiempo
- Implicación

Dewe y Guest distinguen siete tipos de estrategias de afrontamiento ante situaciones de estrés laboral. La primera se centra en el problema y el resto en las emociones: 1) abordar o trabajar sobre el problema; 2) intentar que el problema no se apodere de ti; 3) descarga emocional; 4) tomar medidas preventivas; 5) recuperarse y prepararse para abordar en mejores condiciones el problema; 6) utilizar los recursos familiares y; 7) intentos pasivos de tolerar los efectos del estrés.

Todas las tipologías expuestas hasta aquí plantean el afrontamiento desde la perspectiva individual, poniendo énfasis en la modificación de los procesos cognitivos de la experiencia de estrés y en el control de los efectos negativos de la situación a nivel 30 Martínez Pérez, Anabella (2010).

Los estudios centrados en variables organizacionales son muy pocos, pues la mayoría de ellos han tenido aplicación en la empresa, por lo que en general la responsabilidad recae más sobre el trabajador que sobre la organización, aunque en la actualidad, muchas entidades comienzan a responsabilizarse del estrés y emplean programas de prevención e intervención, conocidos como "control del estrés" o "gestión del estrés" (stress management), constructos más amplios que incluyen estrategias relativas a la organización. Sin embargo, el síndrome de Burnout no es considerado todavía más que como una manifestación más de estrés laboral.

5.14 Discriminación con otros constructos

El concepto de *burnout* ha dado lugar a muchas discusiones por la confusión que genera a la hora de diferenciarlo con otros conceptos, pero Shirom afirma que el *burnout* no se solapa con otros constructos de orden psicológico.

5.14.1 **Estrés general.** En el diagnóstico diferencial entre el estrés general y el síndrome de *burnout* se plantea que el primero es un proceso psicológico que conlleva efectos positivos y negativos, mientras que el *burnout* sólo hace referencia a efectos negativos para el sujeto y su entorno. Así también, es evidente que el estrés general se puede experimentar en todos los ámbitos posibles del ser humano a diferencia del SB que es un síndrome exclusivo del contexto laboral.

5.14.2 **Fatiga física.** Para diferenciar la fatiga física del síndrome de *burnout* se considera el proceso de recuperación, ya que el *burnout* se caracteriza por una recuperación lenta y acompañada de sentimientos profundos de fracaso, mientras que en la fatiga física la recuperación es más rápida y puede estar acompañada de sentimientos de realización personal y a veces de éxito.

5.14.3 **Depresión.** Oswin, Mahe, Firth plantean que es probable que haya un solapamiento entre los términos depresión y burnout. Por el contrario, McKight y Glass Leiter y Durup y Hallsten demuestran, a partir de investigaciones empíricas, que los patrones de desarrollo y etiología son distintos, aunque estos fenómenos puedan compartir algunas sintomatologías. Se ha confirmado que la depresión tiene una correlación significativa con el cansancio emocional, pero no con las otras dos dimensiones del SB (baja realización personal y despersonalización).

Siguiendo la misma línea, se señala que uno de los síntomas más destacados en la depresión es el sentimiento de culpa, mientras que en el SB los sentimientos que predominan son el enojo o la ira. Aunque, por otro lado, encontramos que Freudenberg considera que la depresión es uno de los síntomas más característicos del SB. Hobfoll y Shirom sugieren que los síntomas de la depresión pueden emerger en una etapa posterior al SB, es decir cuando las pérdidas ascienden (Yury Rosales Ricardo y Fredy R. Rosales Paneque, 2013).

5.15 El Síndrome de Burnout en el personal de enfermería en las áreas críticas

Desde hace décadas se ha reconocido que el trabajo de las enfermeras en el contexto hospitalario tiene diversas repercusiones en la salud física y mental, las cuales están asociadas a cargas de trabajo, la complejidad de los procedimientos que realizan, la cercanía o el enfrentamiento con la muerte de los pacientes (lo que genera estrés laboral prolongado y el riesgo de presentar un problema de salud por el cuidado integral de pacientes con padecimientos infecto-contagiosos durante la actividad laboral).

Se ha observado que las enfermeras están mayormente expuestas a presentar manifestaciones clínicas del síndrome de burnout por la responsabilidad del trabajo; por ejemplo, en situaciones de emergencia, asumen responsabilidades que no son de su competencia total debido a la ausencia del personal médico. Otras causas se vinculan con aspectos propios de la infraestructura, como la iluminación defectuosa en las jornadas nocturnas, los espacios inadecuados o insuficientes para las labores que hay que realizar, la ambigüedad en la asignación de funciones de las enfermeras, la falta de personal para proporcionar la atención adecuada a los usuarios y, en algunas ocasiones, la crítica continua al trabajo realizado que les hacen otros profesionales de la salud.

Se considera que durante su desempeño laboral diario las enfermeras realizan actividades que las exponen a lesiones músculo-esqueléticas y traumatismos por sobrecarga física. En las áreas quirúrgicas los riesgos se relacionan con el lugar de trabajo, microclima, iluminación, radiaciones, riesgo biológico, ergonomía, estrés, la adopción de posiciones difíciles en intervenciones muy complicadas o trabajar encima de una tarima con material pesado en torsión.

En los servicios de terapia intensiva, asimismo, las enfermeras tienen el riesgo de contraer algunas enfermedades infecto-contagiosas por el manejo integral de pacientes con problemas de esta naturaleza. Es importante señalar la existencia de un porcentaje significativo de accidentes ligados a las denominadas lesiones de esfuerzo, por la movilización continua del paciente para la realización de estudios o cambios de posición en la cama.

Asimismo, el personal de enfermería está expuesto a riesgo psicosocial derivado del trabajo nocturno; en referencia a la antigüedad laboral este es mayor en el personal a partir de los dos años y disminuye a partir de los 21 años de trabajo.

Si analizamos que los seres humanos a lo largo de millones de años hemos evolucionado paulatinamente en sintonía con los ritmos y los ciclos de la naturaleza, se traduce que las enfermeras con turnos fijos nocturnos están ante el riesgo de una desincronización en los ritmos biológicos circadianos, que es capaz de originar alteraciones que se manifiestan en trastornos digestivos, cardiovasculares y psíquicos, lo cual reduce la duración y la calidad del sueño, además de producir trastornos familiares. Es importante remarcar que esta sintomatología, al igual que la músculo-esquelética por esfuerzos repetitivos difícilmente se reconoce en las situaciones de baja, como de tipo laboral (Víctor Ramón, Gloria Monzalvo, Briseida Hernández, Moisés Ocampo, 2016).

5.16 Estrategias y técnicas de intervención frente al Burnout

Actualmente, las estrategias y técnicas de intervención se basan en los diversos métodos y conocimientos desarrollados para afrontar y manejar el estrés. La mayoría de los programas se centran en hacer ver a los trabajadores la importancia de prevenir los factores de riesgo con el fin de que conozcan el problema, así como en el entrenamiento en aspectos específicos (afrontamiento, reestructuración cognitiva, organización del tiempo, estilos de vida, etc.).

Entre los primeros que plantearon un modelo con los pasos a seguir se encuentra Paine, que determinó los cuatro siguientes:

- Identificar el Burnout.
- Prevenirlo mediante información y afrontamiento.
- Mediar para reducir o invertir el proceso que conduce al desarrollo de síndrome.
- Restablecer, es decir, aplicar un tratamiento a los trabajadores diagnosticados.

Ramos planteó diversas estrategias de intervención en personas ya diagnosticadas, que en resumen son:

- Modificar los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales (entrenamiento en técnicas de afrontamiento, principalmente a las orientadas a la tarea/solución de problemas).

- Desarrollar estrategias cognitivo-conductuales que eliminen o neutralicen las consecuencias del Burnout.
- Desarrollar habilidades de comunicación interpersonal, habilidades sociales y asertividad.
- Fortalecer las redes de apoyo social.
- Disminuir y, si es posible, eliminar los estresores organizacionales.

Ramos valoró también los distintos niveles de intervención, distinguiendo:

- Individual, fortalecimiento de la persona para el afrontamiento al estrés laboral.
- Interpersonal, relacionado con la formación en habilidades sociales y desarrollo del apoyo social en el contexto laboral.
- Organizacional, en referencia a la eliminación o disminución de estresores en el trabajo.

Peiró, Ramos y Gonzales-Romá, citados por Hombrados clasifican los programas de intervención en tres niveles: individual, organizacional e interfaz individuo-organización, y también los clasifican por el objeto de cambio: control de estresores (nivel organizacional), procesos de apreciación (nivel social) o estrategias de afrontamiento (nivel organizacional).

Las estrategias de cada uno se desarrollarán en los siguientes apartados.

5.16.1 Estrategias orientadas al individuo. Las estrategias individuales se centran en la adquisición y mejora de las formas de afrontamiento. Estas estrategias se pueden dividir formando dos tipos de programas de intervención orientados al individuo: 1. Programas dirigidos a las estrategias instrumentales, centrados en la solución de problemas, por ejemplo, entrenamiento en la adquisición de habilidades de solución de problemas, asertividad, organización y manejo del tiempo, optimización de la comunicación, relaciones sociales, estilo de vida. 2. Programas dirigidos a estrategias paliativas, que tienen como objetivo la adquisición y desarrollo de habilidades para el manejo de las emociones asociadas, por ejemplo, entrenamiento en relajación, expresión de la ira, de la hostilidad, manejo de sentimientos de culpa.

Por lo tanto, las estrategias recomendadas desde esta perspectiva son: el aumento de la competencia profesional (formación continuada), rediseño de la ejecución, organización personal, planificación de ocio y tiempo libre (distracción extralaboral: ejercicios,

relajación, deportes, hobby), tomar descansos-pausas en el trabajo, uso eficaz del tiempo, plantear objetivos reales y alcanzables, habilidades de comunicación. Poter también recomienda el manejo del humor como medio para adquirir el control de los pensamientos y las emociones. Como último recurso se aconseja cambiar de puesto de trabajo dentro o fuera de la institución para que el individuo no llegue al abandono de la profesión. También hay que tener presente la posibilidad de tratamiento psicoterapéutico o farmacológico en caso necesario.

Ramos y Manassero complementan las técnicas de intervención y programas de prevención y tratamiento individual del Burnout. Entre ellas destacan:

- Ejercicio Físico, por su efecto tranquilizante y por su efecto ansiolítico.
- Técnicas de Relajación, las más aplicadas y conocidas para los clientes. La relajación muscular induce a la relajación mental.
- Biofeedback, técnicas de entrenamiento para el autocontrol voluntario de ciertas funciones corporales (ritmo cardiaco, ondas cerebrales, presión sanguínea y tensión muscular), con el fin de reducir la tensión y los síntomas somáticos relacionados con el estrés.
- Técnicas Cognitivas, cuyo objetivo es que el sujeto reevalúe y reestructure las situaciones estresantes o problemáticas de manera que pueda afrontarlas con mayor eficacia, controlando su reacción frente a los factores estresantes.
- Inoculación del estrés, una técnica que prepara a la persona, mediante un ejercicio simulado y progresivo, para soportar las situaciones de estrés.
- 6. Desensibilización
- Sistemática, con el objetivo de que la persona supere la ansiedad ante situaciones concretas por medio de una aproximación gradual al estímulo estresante hasta que se elimine la ansiedad (Martinez, 2010).

5.16.2 **Estrategias sociales.** Son muy pocos los estudios que se centran en el desarrollo de habilidades sociales para la prevención y tratamiento del Burnout, pero hay acuerdo generalizado en la importancia del apoyo social, de la comprensión del entorno y de las estrategias relacionales del sujeto (Martinez, 2010).

Por lo tanto, una de las primeras recomendaciones en la actuación es fomentar el apoyo social de los grupos sociales con los que el sujeto tenga relación de manera que sea consciente de que hay en su entorno quien realiza esfuerzo para apoyarle y comprenderle, aunque sea en su ámbito laboral, en que ha de constatar que se valora su trabajo. En nuestro ámbito, se constata la importancia de la integración en los grupos de familiares de Alzheimer, en los que aunque no existen programas específicos contra el Burnout, es constante la atención para descubrirlo en fases preliminares y así poder derivar la actuación (Martinez, 2010).

5.16.3 Estrategias organizacionales. Cada día más hay acuerdo en que muchas de las fuentes de donde deriva el Burnout están fuera del sujeto, en la organización. Como hemos visto, ésta ha sido la vertiente social, no individual, más estudiada, pues interesa a las empresas; sin embargo, en nuestro caso, las asociaciones de familiares son precisamente lo contrario –lo que siempre se refleja como positivo en nuestro estudio empírico-; podrían denominarse asociaciones para luchar contra el Burnout, pero también hay que tener en cuenta que al centrarse sobre enfermos y familiares que actúan en el entorno de la enfermedad, es difícil llegar a otros elementos fomentadores del Burnout, especialmente los relacionados con el centro de trabajo y las condiciones laborales. (Martinez, 2010).

6. METODOLOGÍA

Tipo de estudio

El presente trabajo es un estudio de tipo cuantitativo porque busca la exactitud de mediciones o indicadores sociodemográficos; descriptivo porque describe el comportamiento de las variables mediante el instrumento y transversal porque se estudia a las variables en un determinado momento.

Área de estudio

La investigación se realizara en el Hospital Teófilo Dávila es un centro asistencial de segundo nivel, el mismo que se encuentra ubicado al sur del país en la ciudad de Machala, provincia del Oro. Labora un personal de enfermería de 134 personas de los cuales 16 son varones.

Universo

El grupo de estudio se efectuará en los Profesionales de Enfermería de las áreas críticas como es: Emergencia, Neonatología, Quirófano, Unidad de cuidados intensivos y Centro Obstétrico del Hospital Teófilo Dávila de Machala, con 79 profesionales de Enfermería.

Criterios de inclusión

Profesional de enfermería que se encuentre laborando durante el periodo de septiembre de 2017 a febrero del 2018 participara en la investigación.

Criterios de exclusión

Profesionales de enfermería que no acepten participar o que se encuentre en periodo de vacaciones.

Métodos, Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos

El Método de instrumento de recolección de datos es el Inventario de Bunout, el cual es un test, está constituido por 22 ítems. Se mide 3 escalas como son el Agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Se evalúa de la siguiente manera:

- Subescala de agotamiento emocional. Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54
- Subescala de despersonalización. Está formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30
- Subescala de realización personal. Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

Se consideran que las puntuaciones del MBI ((INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH)) son bajas entre 1 y 33. Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome. El inventario de burnout de maslach fue validado en Colombia en un promedio de 820 estudiantes de la carrera de la salud universidades de la costa Caribe colombiana, los resultados indican un buen ajuste del instrumento a lo esperado, por lo cual se estima que el instrumento a utilizar y respectivas dimensiones son válidas, confiables para su respectiva evaluación (Christian Hederich-Martínez: Carmen Cecilia Caballero-Domínguez, 2016).

Consideraciones Éticas

Se solicitara su consentimiento al participante y la institución. La información recolectada será confidencial y usada únicamente con fines estadísticos y académicos

7. PRESUPUESTO

PRESUPUESTO PROYECTO			
RECURSOS	CANTIDA D	PRECIO UNIDAD	PREC IO TOTAL
MATERIALES			
Papel	1000 hojas	0,04	4
Tinta	2 cartuchos	15	30
Impresiones	10	30	60
Carpetas	5	15	20
Movilización	30	100	200
Internet	20	25	50
Lápiz	3	1,50	3,00
Esferos	12	1	10
Anillados	2	5	20
cuaderno	1	3	6
Computador	1	500	500
TOTAL			1023
<i>Autor: A. Rodriguez 2017</i>			

8. CRONOGRAMA

FechasActividades	S ept- 17	Oct-17			Nov-17			Dic-17			Ene-17			Feb-17		
	4															
Aprobación del proyecto.																
Solicitud de pertinencia.																
Solicitud de asignación de director de tesis.																
Construcción del marco teórico.																
Recolección de datos.																
Análisis e interpretación de datos.																
Informe final del primer borrador de investigación.																
Revisión de informe.																
Presentación del informe final de tesis.																

Autor: Rodriguez 2017

9. BIBLIOGRAFIA

- Ailed Daniela Marenco-Escuderos², José Hernando Ávila-Toscano³Corporación Universitaria Reformada, Barranquilla . (2015). Dimensiones de apoyo social asociadas consíndrome de burnout en docentes de media académica. *Pensamiento Psicológico*, 7-18.
- Alonso, S. (2015). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería en UVI. *scielo*, 15.20.
- Carrasco, C. C. (2012). El síndrome de Burnout, una nueva realidad en la educación chilena. *Comunicaciones en Humanidades*, 1-11.
- Casado, M. P. (2010). *Guía de prevención de riesgo de psicosociales en el trabajo*. España: analucia .
- Christian Hederich-Martínez: Carmen Cecilia Caballero-Domínguez. (2016). Validación del cuestionario Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBISS) en contexto académico colombiano. *Revista CES Psicología*, 1-15.
- Coello., C. (25 de Febrero de 2016). <http://www.redaccionmedica.ec>. Obtenido de [http://www.redaccionmedica.ec: http://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/ecuador-no-tiene-pol-tica-de-prevenci-n-contra-el-burnout-87258](http://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/ecuador-no-tiene-pol-tica-de-prevenci-n-contra-el-burnout-87258)
- David Hurtado; Francisco Pereira. (2012). EL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL (BURNOUT). *Salud Bosque*, 29-38.
<http://www.smsecuador.ec>: <http://www.smsecuador.ec/riesgos-psicosociales-en-el-trabajo/>
- Figueiredo-Ferraz, H. (2016). Influencia de los valores y la culpa en el síndrome de burnout. *Psicología*, 85 -98.

- França, F. M. (2012). Burnout y aspectos laborales del personal de enfermería de dos hospitales de medio portea. *scielo* , 12-17.
- Gracia, T. J., Dolores Margarita Navarrete Zorrilla, C. C., & Fernando Castillo Gallegos. (2014). ESTUDIO DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE. *Global Conference on Business and Finance Proceedings*, 764-772.
- Grisales Romero, Hugo*; Muñoz, Yudi**; Osorio, Diana*** y Robles, Elen. (2015). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de referencia Ibagué, Colombia, 2014. *scielo*, 1-10.
- Jiménez, M. G. (2017). *SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS DEL HOSPITAL*. machala : tesis .
- Jovany Francisco Terrones-Rodríguez,a Vicente Cisneros-Pérez,b. (2015). Síndrome de burnout en médicos residentes del Hospital de durango . *educacion* , 242-248.
- laborales, m. d. (2013). FACTORES Y RIESGOS LABORALES PSICOSOCIALES: NUEVOS RIESGOS.
- María Guadalupe Aldrete Rodríguez¹, Cristina Navarro Meza², Raquel González Baltazar¹, Mónica I. Contreras Estrada¹ y Jorge Pérez Aldrete³. (2015). Factores psicosociales y síndrome de burnout en personal de enfermería de una unidad de tercer nivel de atención a la salud. *scielo*, 1-19.
- María Romelia Bogarín Correa; Rocio Mabeline Valle Escobedo; Marina Suárez Flores ; María José López Murillo. (2016). El Síndrome de Burnout en Educación Superior. *EDUCATECONCIENCIA*, 1-11.
- Martinez, A. P. (2010). EL SÍNDROME DE BURNOUT. EVOLUCIÓN CONCEPTUAL Y ESTADO ACTUAL DE LA CUESTION. *Vivant Academia*, 1-40.
- Miranda-Lara, V. R. (2014). Prevalencia del síndrome de burnout en personal de Enfermería en dos instituciones . *Rev Enferm Inst Mex Seguro*, 115-122.

- Monte, G. (2005). *El Síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Ed. Pirámide.
- MRL, m. d. (2013). Riesgo psicosociales en el trabajo.
- MSP. (2013-2017). *Plan Nacional Del Buen Vivir*. Quito: msp.
- MSP. (2013-2017). *PRIORIDADES DE INVESTIGACION DE SALUD*. Quito: MSP.
- MSP. (julio de 2015). *www.salud.gob.ec*. Obtenido de *www.salud.gob.ec*:
<http://www.salud.gob.ec/se-presenta-plan-estrategico-nacional-para-garantizar-la-atencion-de-la-salud-mental/>
- Onmeda. (23 de Agosto de 2016). <http://www.onmeda.es>. Obtenido de [http://www.onmeda.es: http://www.onmeda.es/enfermedades/sindrome_burnout-definicion-1528-2.html](http://www.onmeda.es/enfermedades/sindrome_burnout-definicion-1528-2.html)
- OPS-OMS. (04 de Mayo de 2016). <http://www.paho.org>. Obtenido de <http://www.paho.org>:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11973%3Aworkplace-stress-takes-a-toll-on-individuals-employers-and-societies&Itemid=135&lang=es
- Óscar, A. (2014). Mediación de la resiliencia entre el burnout y salud en el personal de Enfermería . *elsivier*, 284-289.
- Ramón S, Agurto M, Araujo R, Orellana R. (2013). *PLAN DE ESTUDIOS AJUSTADO*. Loja: UNL.
- Rodríguez, M. A. (2016). Factores psicosociales y síndrome de burnout en personal de enfermería de una unidad de tercer nivel de atención a la salud. *scielo*, 5-8.
- Rodríguez, M. G. (2014). FACTORES PSICOSOCIALES Y SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNA UNIDAD DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN A LA SALUD. *ciencia y trabajo* , 17-30.

- Romero, G. (2014). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de referencia Ibagué, Colombia, 2014. *scielo* , 3-13.
- Romero, S. (2014). Prevalencia en del Síndrome de Burnout en Enfermería Unidades de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital Médico-Quirúrgico de Jáen. *JOSÉ LOPEZ BARNEO*, 5-15.
- Thomaé M, Ayala E, Sphan M, Stortti M. (2006). ETIOLOGIA Y PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS TRABAJADORES DE LA SALUD. *Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, 18-21.
- Toma's-Sa'bado, J. (2010). síndrome Burnout y riesgo desuida en enfermeras en atención primaria . *2009 Elsevier España*, 175-179.
- Verdugo, I. (2013). Prevalencia de desgaste profesional de Enfermería de un hospital tercer nivel de Boyacá, Colombia. *Revista electronica trimestral de Enfermería* , 73-88.
- Víctor Ramón, Gloria Monzalvo, Briseida Hernández, Moisés Ocampo. (2016). Prevalencia del síndrome de burnout en personal de enfermería de dos instituciones de salud. *Investigacion* , 115-121.
- Yury Rosales Ricardo y Fredy R. Rosales Paneque. (2013). Burnout estudiantil universitario. Conceptualización y estudio. *scielo* , 13-19.
- Yury Rosales Ricardo, Dailín Cobos Valde. (2011). Diagnóstico del Síndrome de Burnout en trabajadores del Centro de Inmunología y Biopreparados. *scielo.*, 1-5

10. ANEXOS

MATRIZ OPERACIONAL

Variable independiente	Dimensión	Indicador	Escala		
<p>PROFESIONAL DE ENFERMERIA</p> <p>Es un(a) enfermero(a) con un título universitario para el ejercicio de la enfermería superior. Se dedica a los cuidados de enfermería de individuos de todas las edades, familias, grupos y comunidades.</p> <p style="text-align: right;"><i>Referencia</i></p> <p><i>Jennifer K. Mannheim</i> https://medlineplus.gov</p>	1. Aspectos sociodemográficos	Edad	20-30 años 31-40 años 41-50 años > 50 años		
		Sexo	Masculino Femenino		
		Estado civil	Casado soltero Divorciado Viudo		
		Número de hijos	0 1 - 3 Más de 4		
	2. Aspecto Laboral	Tiempo de permanencia por servicio		Menos de un año Un año 2 años 3 años 4> años	
		Experiencia en el salario		- Menos de 5 años - 5-10 años - 11-15 años - 16-20 años	
		Tipo de Nombramiento		- Provisional - Definitivo	
		Satisfacción laboral		- Satisfecho - Insatisfecho	
		Horas diarias en contacto con pacientes		- Menor o igual a 8 horas - Mayor a 8 horas	
	3. Problemas de salud	Enfermedades		- Ninguna - Enfermedades Respiratorias - Enfermedades Crónicas - Enfermedades Traumáticas - Enfermedades Gastrointestinales - Otros: Cirugías y Accidentes - Amenaza de aborto	
	Variable dependiente	Dimensión	Indicador	Escala	
	El Síndrome Burnout (quemado, fundido) es un tipo de estrés laboral, un estado de agotamiento físico, emocional o mental que tiene consecuencias en la autoestima, y está caracterizado por un proceso paulatino, por el cual las personas pierden interés en sus	Conocimientos generales	Definición	- Estrés laboral - No conoce	Instrumento Encuest
			Signos y síntomas	- Ansiedad - Agotamiento físico-emocional - Anemia - Fiebre	
Medidas preventivas			- Medicamentos - Organización		

tareas, el sentido de responsabilidad y pueden hasta llegar a profundas depresiones.			laboral - Técnica de respiración	a
	Estrés laboral	<ul style="list-style-type: none"> - Cansancio emocional - Despersonalización - Bajo Realización personal 	Instrumento Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (validación 2016)	

Anexo 2



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERIA

INSTRUMENTO

CANSANCIO EMOCIONAL		Nu nca	pocas veces al año o menos	una vez al mes o menos	unas pocas veces al mes	una vez a la seman a	pocas veces a la seman a	todos los días
1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío							
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado							
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa							
8	Siento que mi trabajo me está desgastando							
13	Me siento frustrado en mi trabajo							
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo							
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa							
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades							
DESPERSONALIZACION								
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales							
10	Siento que me he hecho más duro con la gente							
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente							
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes							
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas							
BAJA RELIZACION PERSONAL								
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes							
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes							
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo							
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo							
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes							
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes							
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo							
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada							
<i>questionario de maslach burnout inventory (validación 2016)</i>		GRACIAS POR SU COLABORACION						

Anexo 3

CUESTIONARIO DE MASLACH BURNOUT INVENTORY

Se mide por medio de cuestionario Maslach de 1986 que es el instrumento más utilizado en todo el mundo, Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%, está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional.

El cuestionario Maslach se realiza en 10 a 15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización, realización personal. Con respecto a las puntuaciones se consideran bajas las por debajo de 34, altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno.

4. Subescala de agotamiento emocional. Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54
5. Subescala de despersonalización. Está formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30
6. Subescala de realización personal. Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

La clasificación de las afirmaciones es la siguiente: Cansancio emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20. Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22. Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. La escala se mide según los siguientes rangos:

0 = Nunca, 1 = Pocas veces al año o menos, 2 = Una vez al mes o menos, 3 = Unas pocas veces al mes o menos, 4 = Una vez a la semana, 5= Pocas veces a la semana, 6= Todos los días.

Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33. Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome. Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout. Las respuestas a las 22 preguntas miden tres dimensiones diferentes: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. *Valores propuestos por Maslach* (Yury Rosales Ricardo, Dailín Cobos Valde, 2011)

Burnout	CE	DP	RP	SB
Bajo	18 o menos	5 o menos	33 o menos	1 o 33
Medio	19 a 26	6 a 9	34 o 39	34 -66
Alto	27 o más	10 o más	40 o más	67 -99

Anexo 4

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERIA**

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO

Laboral, Problemas de salud y Conocimiento general sobre el síndrome de Burnout

Fecha:

Un saludo cordial y Mediante este cuestionario digne en contestar por la motiva causa para Determinar la Presencia del Síndrome de Burnout en el profesional de Enfermería en las áreas críticas del Hospital Teófilo Dávila de Machala para plantear alternativas y soluciones.

E. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

5. Edad:

6. Sexo

Masculino ()

Femenino ()

7. Estado civil

() Casado

() Soltero

() Divorciado

() Viudo

8. Número de hijos

() 0

() 1 -3

() Más 4

F. ASPECTO LABORAL

2. Tiempo de permanencia por servicio

() Menos de un año

() Un año

() 2 años

() 3 años

() 4> Años

6 Experiencia laboral

() Menos de 5 años

() 5-10 años

() 11-15 años

() 16-20 años

7 Tipo de nombramiento

() Provisional

Definitivo

8 Satisfacción en el salario

- Satisfecho
 Insatisfecho

9 Horas diarias de contacto con el paciente

- Menor o igual a 8 horas
 Mayor a 8 horas

G. PROBLEMAS DE SALUD

2. Enfermedades que padece

- Ninguna
 Enfermedades Respiratorias
 Enfermedades Crónicas
 Enfermedades Traumáticas
 Enfermedades Gastrointestinales
 Otros: Cirugías Accidentes
 Amenaza de aborto

H. CONOCIMIENTO SOBRE EL SINDROME DE BURNOUT

Subraye

4. ¿Qué es el Síndrome de Burnout?

- c) Es un trastorno emocional de creación reciente que está vinculado con el ámbito laboral, el estrés causado por el trabajo y el estilo de vida.
d) No conoce

5. ¿Conoce cuáles son los signos y síntomas del Síndrome de Burnout?

- f) Ansiedad
g) Agotamiento físico-emocional
h) Anemia
i) Fiebre
j) No sabe
k)

6. ¿Conoce usted cuáles son las medidas preventivas del Síndrome de Burnout?

- e) Medicamentos
f) Organización laboral
g) Técnica de respiración
h) No sabe

GRACIAS POR SU COLABORACION

Anexo 5**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERIA****PRESENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN LAS ÁREAS CRÍTICAS DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Machala, /dd /mm /aa

Estimadas usuarias.

Yo, Alejandra Rodríguez Naranjo estudiante del VI ciclo de la carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja, me encuentro realizando esta investigación con el objetivo de recolectar información PRESENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LAS ÁREAS CRÍTICAS DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA DE MACHALA por lo cual solicito su consentimiento o autorización voluntaria para participar o no, del estudio, con la seguridad de que no se afectará en absoluto su integridad física o moral.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN