



**UNIVERSIDAD NACIONAL
DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA**

Título:

**SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS DEL HOSPITAL
GENERAL TEÓFILO DÀVILA DE MACHALA**

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MÉDICO GENERAL

Autor:

Marlon Gabriel Sinchire Jiménez

Director:

Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre, Mg.Sc.

Loja- Ecuador

2017

CERTIFICACIÓN

Loja, 31 de Enero del 2017

Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre, Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICO:

Que he revisado y orientado todo el proceso de elaboración de la tesis de grado titulada: “**SÌNDROME DE BURNOUT EN MÈDICOS DEL HOSPITAL GENERAL TEÒFILO DÀVILA DE MACHALA**” de la autoría del **Sr. Marlon Gabriel Sinchire Jiménez**, previa a la obtención del título de Médico General, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja para el efecto; autorizo la presentación del mismo para la respectiva sustentación y defensa.

Atentamente,



Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre, Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo, **Marlon Gabriel Sinchire Jiménez**, Estudiante de Medicina General, manifiesto que soy el legítimo autor del presente estudio de Tesis de Grado con el tema: **“SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS DEL HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÀVILA DE MACHALA”**. Siendo la misma un trabajo inédito y que fue elaborado bajo mi responsabilidad. Siendo así todos los criterios, opiniones, afirmaciones, análisis, interpretaciones, conclusiones y recomendaciones y otros aspectos abordados en el presente trabajo, son de exclusiva y absoluta responsabilidad de su autor.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Autor: Marlon Gabriel Sinchire Jiménez

Firma:



Cedula: 1105579195

Fecha: 31 Enero del 2017

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo Marlon Gabriel Sinchire Jiménez, declaro ser autor de la tesis titulada: "SINDROME DE BURNOUT EN MEDICOS DEL HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÀVILA DE MACHALA". Como requisito para obtener el título de **MEDICO GENERAL**; 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 del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la universidad. La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice por parte de terceros.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los treinta y un días del mes de Enero del dos mil diecisiete.

Firma:



Autor: Marlon Gabriel Sinchire Jiménez

Cedula: 1105579195

Dirección: Nuevo Amanecer

Correo electrónico: gabo.sj@hotmail.com

Celular: 0989911596

Director de tesis: Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre, Mg.Sc

Tribunal de tesis

Presidente: Dr. Ángel Vicente Ortega Gutiérrez, Mg.Sc

Miembro del Tribunal: Dr. Richard Orlando Jiménez, Mg.Sc

Miembro del Tribunal: Dra. Janeth Fidelina Remache Jaramillo, Esp.

DEDICATORIA

Especialmente dedicada a mi madre Germania, mi padre Juan y mis hermanos Glenda, Dennys, Tania y Alexis que han sido claro ejemplo de vida única de lucha, esfuerzo, constancia, dedicación, tolerancia y sobre todo amor y responsabilidad en mí ser.

Por el esfuerzo que realizaron mis padres para apoyarme en cada paso de este largo camino, ya que sin su entereza, apoyo, perseverancia y esfuerzo, nada de esto fuera posible, también va dedicada a cada uno de los docentes que sin egoísmo dedicaron su tiempo para guiarme de la manera correcta impartiendo sus conocimientos, sabiduría y experiencia en esta noble profesión.

Marlon Gabriel Sinchire Jiménez

AGRADECIMIENTO

Al final de esta etapa de formación académica profesional, quiero dejar constancia de una sincera gratitud a Dios por permitirme la existencia y entregar fortaleza y sabiduría necesaria para vencer dificultades, permitiéndome alcanzar con éxito la meta trazada

De manera especial agradezco a mis padres y hermanos por confiar ciegamente en mí y darme su apoyo en cada momento de alegría y tristeza a lo largo de esta hermosa carrera, ya que sin su apoyo no hubiera logrado llegar hasta aquí.

Así mismo un agradecimiento especial y sincero al Dr. Patricio Aguirre Aguirre, por su paciencia y entrega en su labor como docente que me ayudo a culminar este proyecto.

Finalmente a mis amigos por ser compañeros del mismo objetivo , compañeros de la misma lucha, compañeros de hambre y sueño , de largas e interminables noches, que siempre fueron mejores gracias a ustedes y por ultimo a todas aquellas personas que hicieron posible la realización de este proyecto.

Marlon

ÍNDICE GENERAL

CERTIFICACIÒN.....	i
AUTORIA.....	ii
CARTA DE AUTORIZACIÒN.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	vi
ÌNDICE GENERAL.....	vii
1. TÌTULO.....	1
2. RESUMEN.....	2
SUMMARY.....	3
3. INTRODUCCIÒN.....	4
4. REVISIÒN DE LITERATURA.....	7
4.1 DEFINICIÒN.....	7
4.2 FACTORES PREDISONENTES.....	7
4.3 EPIDEMIOLOGÍA.....	10
4.4 ETIOLOGÍA.....	11
4.5 NIVELES.....	12
4.6 CONSECUENCIAS DEL BURNOUT.....	15
4.6.1 Físicas.....	16
4.6.2 Psicológicas.....	16
4.6.3 Erosi3n del compromiso.....	16
4.6.4 Erosi3n de las emociones.....	17
4.6.5 Problemas de ajuste entre la persona y el trabajo.....	18

4.6.6 Problemas para la organización.....	18
4.7 SÌNDROME DE BURNOUT Y SU RELACIÒN CON OTROS TRANSTORNOS.....	19
4.7.1 Estrés general.....	19
4.7.2 Fatiga física.....	19
4.7.3 Depresión.....	19
4.7.4 Tedio o aburrimiento.....	20
4.7.5 Acontecimientos vitales y crisis de la edad Media de la vida.....	21
4.8 EL BURNOUT EN EL PERSONAL MÈDICO.....	21
4.9. EVALUCIÒN DEL SÌNDROME DE BURNOUT.....	23
4.9.1 MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI).....	24
4.9.2 BURNOUT MEASURE (BM).....	25
4.10 PREVENCIÒN Y TRATAMIENTO.....	26
4.10.1 Estrategias de intervenciòn individual.....	28
4.10.2 Estrategias de intervenciòn social.....	33
4.10.3 Estrategias de intervenciòn organizacional.....	34
5. MATERIALES Y MÈTODOS.....	37
6. RESULTADOS.....	40
7. DISCUSIÒN.....	46
8. CONCLUSIONES.....	49
9. RECOMENDACIONES.....	50
10. BIBLIOGRAFÌA.....	52
ANEXOS.....	56

ÌNDICE DE CUADROS

Cuadro N°1: Prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos del Hospital General Teófilo Dávila de Machala.....	40
Cuadro N° 2: Distribución del Síndrome de Burnout en relación al género, en médicos del Hospital General Teófilo Dávila de Machala.....	41
Cuadro N° 3: Distribución del Síndrome de Burnout en relación a la edad, en médicos del Hospital General Teófilo Dávila de Machala.....	42
Cuadro N° 4: Distribución del Síndrome de Burnout en relación a los años de trabajo, en médicos del Hospital General Teófilo Dávila de Machala.....	43
Cuadro N° 5: Distribución del Síndrome de Burnout en relación a sus dimensiones, en 119 médicos del Hospital General Teófilo Dávila de Machala.....	44
Cuadro N° 6: Síndrome de Burnout en médicos tratantes vs médicos residentes en el Hospital General Teófilo Dávila de Machala.....	45



1. TÍTULO

“SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS DEL HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÀVILA DE MACHALA”

2. RESUMEN

El Síndrome de Burnout constituye un tipo de estrés laboral que se observa en profesionales de la salud que mantienen contacto directo y constante con otras personas, afectando directamente con el desempeño profesional de las personas y cómo las perciben los usuarios. El objetivo general fue determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en los médicos del Hospital General Teófilo Dávila de Machala, establecer la dimensión con más afectación, además analizar el Síndrome de Burnout en relación al género, edad, años de servicio para así poder establecer factores de riesgo para los médicos. Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal en 119 médicos que laboran en la institución, la recolección de datos se dio a través de una encuesta que consto de una parte sociodemográfica y mediante el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) que evalúa las dimensiones del síndrome. Con la presente investigación se identificó una prevalencia global del Síndrome de Burnout de 30.26% (n=36); tiene mayor porcentaje de presentación en el género masculino 66.66% (n=24), en la edad de 20 a 30 años 36.17%(n=13), dicho Síndrome se presenta con mayor frecuencia en los profesionales que laboran de 0 a 10 años 58.34%(n=21) , la realización personal fue la dimensión más afectada 53.78%(n=64), el cansancio emocional 41.19% (n=49) y la despersonalización 47.05% (n=56). En el grupo de médicos residentes se identificó una mayor presentación del Síndrome frente a médicos tratantes con un 66.66% (n=24).

Palabras Claves: *Síndrome de Burnout, Test Maslach Burnout Inventory, cansancio emocional, Machala.*

SUMMARY

Burnout Syndrome is a type of work stress that is observed in health professionals who maintain direct and constant contact with other people directly affecting the professional performance of the people and how they perceive the users. The general objective was to determine the prevalence of burnout syndrome in the physicians of the General Hospital Teófilo Dávila from Machala, to establish the dimension with more affectation, in addition to analyze Burnout syndrome in relation to gender, age, years of service in order to establish risk factors for physicians. A quantitative, descriptive and cross-sectional study was carried out in 119 physicians working in the institution, data collection was done through a survey that has a sociodemographic part and through the Maslach Burnout Inventory (MBI) questionnaire that evaluates the Dimensions of the syndrome. The present study identified a global prevalence of Burnout syndrome of 30.26% (n = 36); Has a higher percentage of presentation in the masculine gender 66.66% (n = 24), In the age of 20 to 30 years 36.17% (n = 13), this syndrome occurs most frequently in professionals working from 0 to 10 years old 58.34% (n = 21), Personal accomplishment was the most affected dimension 53.78% (n = 64), emotional fatigue 41.19% (n = 49) and depersonalization 47.05% (n = 56). In the group of resident physicians, a greater presentation of the syndrome was detected in comparison with treating physicians with 66.66% (n = 24).

Keywords:

Burnout Syndrome, Maslach Burnout Inventory, emotional exhaustion, Machala

3. INTRODUCCIÓN

El burnout ha sido descrito como un estado de decaimiento físico, emocional y mental, caracterizado por cansancio, sentimientos de desamparo, desesperanza, vacío emocional y actitudes negativas hacia el trabajo, la vida y la gente, que incluyen baja autoestima, sentimientos de inferioridad, ineficacia e incompetencia profesional. El término Burnout fue introducido por primera vez por Freudenberg en 1974, donde hace referencia a un tipo de estrés laboral generado específicamente en aquellas profesiones que suponen una relación interpersonal intensa con los beneficiarios del propio trabajo (trabajadores de la salud, trabajadores docentes, etc.). El Burnout se configura como un Síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal (Maslach & Jackson, 1986).

El Síndrome de Burnout es un problema de salud pública que va en aumento y que no sólo repercute en la salud de los profesionales de la sanidad sino también en la calidad asistencial, deteriorando la relación médico-paciente y suponiendo un alto coste, tanto social como económico (Matia Cubillo et al., 2012). En particular, en los últimos 35 años, la prevalencia de las enfermedades relacionadas con el estrés, como el Burnout se ha incrementado significativamente, afectando a 19-30% de los empleados en la población general de trabajo en todo el mundo (Carrillo-Esper, Gómez, & Estrada, 2012).

Se considera que los trabajadores que están mayormente afectados por el Síndrome de Burnout son aquellos que tienen interacción directa con los usuarios, siendo las profesiones más vulnerables al Burnout, las relacionadas con la salud, asistencia social y la educación (Castañeda & García, 2010), se debe estimar que el estrés prolongado o los acontecimientos laborales traumáticos pueden originar problemas psicológicos y propiciar trastornos psiquiátricos, que impiden mantener un equilibrio saludable entre la vida laboral y la vida personal.

El Burnout en trabajadores de la salud, principalmente personal médico, se está convirtiendo en un riesgo ocupacional, con su tasa de alcanzar entre el 25% y el 75% en algunas especialidades clínicas (Herrera, Viveros, & Brizio, 2013). Por otra

parte, se informó que entre las fuentes de las enfermedades profesionales, el agotamiento representa el 8% de los casos de enfermedades profesionales (Carlin, 2014). En lo que respecta al personal médico los internos y residentes se ven afectados entre un 76 y un 85%; siendo severo en el 52%. Los médicos generales se ven afectados en un 48%, los médicos familiares en 59.7%, los cirujanos generales en un 32% y los anestesiólogos en un 44%. Este problema se ha encontrado también en cirujanos dentistas, aunque la prevalencia no es reportada (Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats, & Braga, 2012). Para algunos autores todos los médicos en algún momento de su carrera presentan sintomatología de este Síndrome. (Casa Tacar, Rincón Rodríguez, & Vila Candell, 2012).

Las consecuencias del Síndrome de Burnout son potencialmente serias, este puede manifestarse con insomnio, incremento en el uso de alcohol, drogas, y problemas familiares; todo lo cual puede aumentar el número de errores, originando deterioro de la calidad de los servicios y como consecuencia el número de reclamos, faltas laborales, pérdidas de tiempo durante las horas de trabajo y mala utilización de recursos (Herrera et al., 2013). Todo a consecuencia de lo que se define como una deshumanización de la percepción de los otros.

Teniendo este marco referencial y tomando en cuenta la tendencia de los perfiles epidemiológicos se plantearon los siguientes objetivos; Determinar la prevalencia del síndrome de burnout en médicos del Hospital General Teófilo Dávila de Machala; Describir la relación del síndrome de Burnout según el sexo, edad, años de ejercicio de la profesión de los profesionales encuestados; Diagnosticar el Síndrome de Burnout en el personal sanitario mediante las 3 dimensiones (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal) que se toman en cuenta de acuerdo a la escala de Maslach; Establecer comparación de la frecuencia de presentación del Síndrome de Burnout entre médicos tratantes y residentes.

Habiendo culminado el proceso de estudio se llegó a las siguientes conclusiones; Se identificó una prevalencia global del Síndrome de Burnout de 30.26%; El Síndrome tiene mayor porcentaje de presentación en el género masculino 66.66%, en la edad de 20 a 30 años 36.17% y se presenta con mayor frecuencia en los

profesionales que laboran de 0 a 10 años 58.34%; La realización personal fue la dimensión más afectada 53.78%, el cansancio emocional 41.19% y la despersonalización 47.05%; En el grupo de médicos residentes se identificó una mayor presentación del Síndrome frente a médicos tratantes con un 66.66%.

Se plantea que las posibles soluciones para contrarrestar la aparición de este síndrome pueden ser, ampliar el personal, cambiar el estilo de vida, preocuparse por la salud física y mental del personal médico, disminuyendo las horas de trabajo. Son expectativas que no se sabe si algún día podrían ser cumplidas.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

4.1 DEFINICIÓN

(Maslach & Jackson, 1986) lo definen como "un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas". El síndrome de Burnout es un problema social y de salud pública de primer orden, puesto que es un trastorno adaptativo crónico que daña la calidad de vida del profesional y la calidad de su labor asistencial, lo que conlleva un incremento de los costos económicos y sociales. (Gilmonte, 2003) lo define como "el estado de agotamiento mental, físico y emocional producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes". El Burnout es un síndrome de estrés crónico, que afecta a los profesionales de servicios que se caracterizan por una atención intensa y prolongada a personas que están en una situación de necesidad o de dependencia. Aparece en los profesionales que prestan ayuda.

4.2 FACTORES PREDISPONENTES

Determinados factores parecen influir de una manera decisiva en la aparición del síndrome. Los esquematizaremos en:

- **Características del puesto de trabajo.** Cuanto más intensas sean las demandas emocionales de las personas a las que presta su asistencia y mayor su grado de dependencia del médico, mayor riesgo tiene éste de desarrollar el síndrome. Las condiciones físicas y sociales del trabajo influyen cuando éste presenta carencias en la estructuración, con asignación de funciones no concretas, sometido a un trabajo poco jerarquizado sobre el que se carece de control, sin incentivos atrayentes, con recursos limitados para responder a demandas sin límites, todo ello constantemente acompañado de exigencias de responsabilidad sin proporción alguna con sus retribuciones y sometido a fuertes presiones y a críticas exigentes.
- **Características de la personalidad.** Según Maslach, consisten en deseo de destacar y de obtener resultados brillantes; trabajo muy comprometido con el

dolor, el sufrimiento y la muerte; relaciones laborales insatisfactorias con antagonismos con los compañeros.

El perfil característico de la persona más vulnerable al Burnout tiene elementos de alto grado de auto exigencia con baja tolerancia al fracaso, búsqueda de excelencia y perfección, necesidad de control y un sentimiento inicial de omnipotencia en su trabajo. "Es algo así como si el sujeto pensara que "sólo él, nadie más que él, puede hacer las cosas tan bien". Esto le proporciona una sobrecarga emocional que le lleva al agotamiento". (Carrillo-Esper et al., 2012) refieren que son personalidades caracterizadas por la ambición profesional, la búsqueda de satisfacciones personales y el sentimiento de indispensabilidad. Su mundo personal se restringe al mundo profesional.

(Gil-monte, 2003) encontró frecuentemente asociados al síndrome, la insatisfacción marital, relaciones familiares empobrecidas, falta de tiempo de ocio, supresión de la actividad física, insatisfacción permanente, sobrecarga en la agenda laboral y dificultades evidentes para disfrutar y relajarse. Algunas características personales, en principio positivas, constituyen también factores de riesgo para una mayor vulnerabilidad, como el entusiasmo, el idealismo, la búsqueda de la perfección y un excesivo grado de implicación personal en el trabajo.

(Carlin, 2014) describe tres fases sucesivas en su evolución:

- Desbalance entre demandas y recursos, con estrés psicosocial.
- Estado de tensión psicológica (strain).
- Cambios conductuales, de tipo defensivo y huidizo, con tendencia al trato distante, rutinario y mecánico con los pacientes.

El síndrome puede evolucionar durante largo tiempo de forma soterrada y siendo apenas perceptible hasta que en un momento determinado hace eclosión repentina, que traduce los efectos devastadores del agotamiento emocional presente.

El proceso, durante su evolución larvada, puede ser consciente para el que lo padece, pero negado. Sin embargo, bajo sus efectos, el médico va cambiando sus relaciones conductuales con pacientes, compañeros e, incluso, con su propio

núcleo familiar; pueden comenzar a manifestarse las repercusiones somáticas (en forma de palpitations, cansancio) y las laborales (impaciente, hipercrítico, altanero, huidizo, deshumanizado).

El síndrome florecerá o no, dependiendo de la forma en que afronte este estado, el afrontamiento activo es una manera eficaz y adaptativa de plantar cara al problema, mientras que la conducta de escape suele ser negativa. Las situaciones de privación afectiva en la infancia, que parecen influir en la elección de profesiones de ayuda a las personas, hacen a los sujetos más vulnerables al desarrollo de trastornos depresivos desencadenados por situaciones vitales estresantes. La vulnerabilidad del propio médico por conflictos personales no resueltos, tanto pasados como presentes, parece ser la clave para la aparición del síndrome.

Cuando se trabaja con una mayor presión asistencial, situación muy frecuente hoy día en la Atención Primaria, se desencadena un menor interés por los problemas psicosociales de los pacientes y se produce una mayor frustración en el médico. Las consecuencias saltan a la vista, puesto que un médico frustrado trabajará poco y mal, tanto cuantitativa como cualitativamente. Ser negativo y pesimista es un rasgo de la personalidad que predispone a la enfermedad, más aún cuando se producen situaciones de estrés laboral; por el contrario, ser positivo y optimista proporciona una mayor resistencia al estrés, menor vulnerabilidad y mayor creatividad.

Por ello para el médico es casi obligatorio desarrollar otras actividades satisfactorias que le relajen y alejen emocionalmente de su profesión (aficiones, prácticas deportivas, actividades de tiempo de ocio)(Aranda et al., 2006). Freud destaca la importancia del autocontrol emocional y justifica la neutralidad afectiva del médico en el desarrollo de su función, puesto que preserva así su propia vida afectiva, al tiempo que presta al paciente mejor ayuda y con la objetividad necesaria. La relación médico-paciente es una forma especial de relación interpersonal en la que se llevan a cabo dos conductas distintas y simultáneas: la conducta técnica, que requiere de habilidades técnicas por parte del médico; y la conducta social, que requiere habilidades psicosociales. Ambas son necesarias para lograr una calidad

asistencial ideal, pero deberíamos recordar con más frecuencia que, según diversos estudios de opinión, el paciente valora más la calidad humana del médico que su calidad técnica; y a menudo se observa que el aumento de una de ellas parece llevar implícita la disminución de la otra (Grau et al., 2012).

4.3 EPIDEMIOLOGÍA

Entre los aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout descritos en la literatura no parece existir un acuerdo unánime entre los diferentes autores si bien existe un determinado nivel de coincidencia para algunas variables.

La edad, aunque parece no influir en la aparición del síndrome se considera que puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a éste, siendo éstos los primeros años de carrera profesional dado que sería el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni esperadas (Maslach & Jackson, 1986).

Según el género, “principalmente las mujeres el grupo más vulnerable, quizá en este caso de los sanitarios por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer. (Maslach & Jackson, 1986) precisan que la mujer presenta puntuaciones más elevadas en la dimensión de agotamiento emocional, pero más bajo en reducida realización personal”.

El estado civil, aunque se ha asociado el Síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime; parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables (Roldán & Barriga, 2015). En este mismo orden la existencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más

maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser más realistas, con la ayuda del apoyo familiar.

La turnicidad laboral (Turno: división de la jornada de trabajo de 24 horas en varios periodos de tiempo, para el caso del Hospital Nivel II en cuestión se dividen en turnos de 6, 8 y 12 horas) y el horario laboral de estos profesionales pueden conllevar para algunos autores la presencia del síndrome aunque tampoco existe unanimidad en este criterio; siendo en enfermería donde esta influencia es mayor (Grau et al., 2012).

Sobre la antigüedad profesional tampoco existe un acuerdo. Algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome manifestada en dos periodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome, (Matia Cubillo et al., 2012) encuentran una relación inversa debido a que los sujetos que más Burnout experimentan acabarían por abandonar su profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo serían los que menos Burnout presentaron y por ello siguen presentes.

4.4 ETIOLOGÍA

Considerando que el Síndrome de Burnout es un proceso multicausal y altamente complejo se proponen diversas causas, entre ellas cabe destacar: aburrimiento y stress, crisis en el desarrollo de la carrera profesional y pobres condiciones económicas, sobrecarga de trabajo y falta de estimulación, pobre orientación profesional y aislamiento. A todo ello colaboran: Componentes personales premorbidos que aumentan la susceptibilidad personal; junto en el cual cobra interés:

- La edad: relacionada con la experiencia,
- El género: las mujeres pueden sobrellevar mejor las situaciones conflictivas en el trabajo.

- Variables familiares: la armonía y estabilidad familiar conservan el equilibrio necesario para enfrentar situaciones conflictivas.
- Personalidad: por ejemplo las personalidades tipo A: extremadamente competitivas, impacientes, hiperexigentes y perfeccionistas, y por otro aquellas con sentimientos de altruismo e idealismo como: mayor acercamiento al sufrimiento cotidiano y mayor implicación emocional(Carlin, 2014).

Inadecuada formación profesional: por ejemplo: excesivos conocimientos teóricos, escaso entrenamiento en actividades prácticas, falta de aprendizaje de técnicas de autocontrol emocional, escasa información sobre el funcionamiento de las organizaciones en la que se va a desarrollar el trabajo.

Factores laborales o profesionales: condiciones deficitarias en cuanto al medio físico, entorno humano, organización laboral, bajos salarios, sobrecarga de trabajo, escaso trabajo real de equipo. La relación médico paciente que tiene como centro un momento afectivo en el cual aparecen la transferencia y la contratransferencia, relaciones disarmónicas con compañeros y/o con superiores, excesiva presión y control ejercida por auditores, contadores, administradores y a veces por los mismos dueños de las organizaciones de donde ejercen su labor los diferentes profesionales de la salud(Suñersolera & Graumartína, 2014).

Factores sociales: como la necesidad de ser un profesional de prestigio a toda costa, para tener una alta consideración social y familiar y así un alto estatus económico.

Factores ambientales: cambios significativos de la vida como: muerte de familiares, matrimonios, divorcio, nacimiento de hijos.

4.5 NIVELES

(Maslach & Jackson, 1986), por medio de la amplia aplicación en distintas muestras del instrumento denominado como el Maslach Burnout Inventory o MBI describen la presencia de tres niveles que conforman el síndrome:

- a) **Agotamiento Emocional.** Se describe como la fatiga o falta de energía y la sensación de que los recursos emocionales se han agotado. Puede darse en conjunto con sentimientos de frustración y tensión, en la medida que ya no se tiene motivación para seguir lidiando con el trabajo. Según Maslach y Jackson las personas se sentirían desgastadas e incapaces de recuperarse. Cuando despiertan en las mañanas carecen de la energía para enfrentarse a nuevos proyectos, sintiéndose como si no hubieran dormido en absoluto. Este cuadro sería la primera reacción a las demandas estresantes del trabajo.

(Maslach & Jackson, 1986), amplían su definición, incluyendo el agotamiento físico al emocional, dado que se ha observado que se manifiesta tanto en la salud mental como física del individuo.

El agotamiento no es simplemente experimentado, sino que gatilla en las personas la necesidad de realizar acciones para distanciarse emocional y cognitiva del trabajo, presumiblemente como una forma de lidiar con la sobrecarga. En el caso de trabajos que tienen que ver con el servicio a personas, las demandas emocionales pueden minar la capacidad de la persona para involucrarse y ser responsivo a las necesidades particulares de las personas que atiende (Prieto-Miranda, 2010)

La dimensión de Agotamiento Emocional se caracteriza por dejar a las personas sin recursos ni energías y con la sensación de que no puede ofrecer nada más, manifestando síntomas físicos y emocionales. Aparecen manifestaciones de irritabilidad, ansiedad y cansancio que no se recuperan con el descanso.

- b) **Despersonalización:** La dimensión de Despersonalización o Cinismo da cuenta del desarrollo de actitudes negativas e insensibilidad hacia las personas que se atiende y a los colegas en el trabajo. Esto deriva en conflictos interpersonales y aislamiento. El estilo del trato despersonalizado a las personas se basa en generalizaciones, etiquetas y descalificaciones, como un intento de evitar cualquier acercamiento que sea desgastante (Tejada & Gómez, 2012)

Se refiere a la “deshumanización del individuo”, éste se torna cínico en cuanto a sus sentimientos hacia los clientes, compañeros de trabajo y la organización. Además se comienza a tratar a las personas como objetos, actuando en forma distante e impersonal, esto se debe a que la persona minimiza su involucramiento y compromiso con un trabajo que percibe como muy demandante, sacrificando sus ideales para protegerse de la fatiga y la desilusión. Así mismo, desarrollan actitudes rígidas y burocráticas, es decir, se guían “estrictamente por las reglas”, aunque no aporten a la solución del problema, de modo que evitan involucrarse personalmente con las dificultades de las personas con las que trabaja.

- c) **Realización Personal:** La falta de Realización Personal alude a la sensación de que no se están obteniendo logros de su trabajo, autocalificándose negativamente. Esto alude a las dificultades en el desempeño (Quiroz Valdivia & Saco Méndez, 2010). Esta dimensión describe la tendencia a auto evaluarse negativamente, declinando el sentimiento de competencia en el trabajo. En otras palabras, los empleados sienten que no se desempeñan tan bien como lo hacían en un comienzo.

Así mismo, hay sensación de falta de progreso y la persona se siente inefectiva, aumenta su sentimiento de inadecuación y cada nuevo proyecto es sentido como abrumador. Esta escala hace énfasis en la evaluación personal que hace el trabajador de cómo se desempeña en el servicio o ayuda que presta a las personas. Este factor habla de sentimientos de insuficiencia y de baja autoestima (Prieto-Miranda, 2010).

Según (Carlin, 2014) el Síndrome se desarrolla en cinco fases evolutivas:

- A. **Fase Inicial de Entusiasmo:** se experimenta, ante el nuevo puesto de trabajo, entusiasmo, gran energía y se dan expectativas positivas. No importa alargar la jornada laboral.
- B. **Fase de Estancamiento:** no se cumple las expectativas profesionales. Se empiezan a valorar las contraprestaciones del trabajo, percibiendo que la

relación entre el esfuerzo y la recompensa no es equilibrada. En esta fase tiene lugar un desequilibrio entre las demandas y los recursos (estrés); por lo tanto, definitoria de un problema de estrés psicosocial. El profesional se siente incapaz para dar una respuesta eficaz.

- C. **Fase de Frustración:** se puede describir una tercera fase en la que la frustración, desilusión o desmoralización hace presencia en el individuo. El trabajo carece de sentido cualquier cosa irrita y provoca conflictos en el grupo de trabajo. La salud puede empezar a fallar y aparecer problemas emocionales, fisiológicos y conductuales.
- D. **Fase de Apatía:** en la cuarta fase, suceden una serie de cambios actitudinales y conductuales (afrentamiento defensivo) como la tendencia a tratar a los clientes de forma distanciada y mecánica, la anteposición clínica de la satisfacción de las propias necesidades al mejor servicio al cliente y por un afrontamiento defensivo-evitativo de las tareas estresantes y de retirada personal. Estos son mecanismos de defensa de los individuos.
- E. **Fase de Quemado:** colapso emocional y cognitivo, fundamentalmente, con importantes consecuencias para la salud. Además, puede obligar al trabajador a dejar el empleo y arrastrarle a una vida profesional de frustración e insatisfacción.

4.6 CONSECUENCIAS DEL BURNOUT

El burnout tiene consecuencias importantes para el individuo y la organización. Cuando no se sabe de la existencia ni las características del burnout, las jefaturas de las personas pueden caer en el error de identificar el síndrome con sus consecuencias finales y no saber reconocer indicadores individuales y organizacionales (por ejemplo un clima hostil y relacionarlo con la mala calidad de servicio) previos a las consecuencias finales del burnout de sus trabajadores. Por otra parte, (Galvana et al., 2012), sostienen que cada persona expresaría el burnout de un modo particular, sin embargo muestra tres efectos en común que son:

4.6.1 Físicas.

La persona afectada el burnout tiene un riesgo elevado de desarrollar molestias y trastornos psicosomáticos. Estos síntomas suelen aparecer en primer lugar y pueden manifestarse en forma de diversas disfunciones de la salud que no tienen unos síntomas físicos claros. Las correlaciones más intensas se han obtenido entre la dimensión Cansancio emocional y la falta de salud.

Entre las consecuencias físicas del burnout destacan: cefalea, jaqueca, dolores musculares, molestias gastrointestinales, úlceras, problemas diarreicos, disminución de peso, insomnio, hipertensión arterial, pinchazos, sensaciones de ahogo, palpitaciones y alteraciones menstruales(Carlin, 2014).

4.6.2 Psicológicas.

La salud mental del individuo que padece el síndrome es el ámbito más afectado, a juzgar por el amplio abanico de consecuencias psíquicas señaladas en los estudios revisados.

Se ha encontrado que los sujetos que padecen el síndrome de burnout presentan actitudes negativas hacia sí mismo y actitudes negativas hacia los demás. También se han señalado como consecuencias psicológicas del burnout los sentimientos de culpabilidad, la baja tolerancia a la frustración, la irritabilidad y las reacciones de ira, la baja motivación generalizada, y la ansiedad.

(Ruiz & Sancho, 2014), recogen que los efectos psíquicos del burnout considerados más importantes por los médicos son: el nerviosismo, la preocupación, la irritabilidad y las ideas obsesivas. Además se considera que las personas que sufren el síndrome pueden presentar un consumo abusivo de sustancias tóxicas (café, alcohol, tabaco y otras drogas consideradas duras).

4.6.3 Erosión del compromiso.

Lo que antes era importante y significativo, se vuelve desagradable, insatisfactorio y carente de significado. Al inicio de un trabajo, las personas se sienten energéticas y dispuestas a comprometer tiempo y esfuerzo en él. En general, tienen muy buenos

resultados en su evaluación de desempeño, es decir comienzan sin síntomas de burnout (Tejada & Gómez, 2012). Según los autores, energía, eficacia y compromiso, son la cara opuesta del burnout. La energía se convierte en fatiga, el compromiso en cinismo y la efectividad en ineffectividad y sensación de no lograr lo propuesto.

4.6.4 Erosión de las emociones.

(Maslach & Jackson, 1986) afirman que los sentimientos positivos de entusiasmo, dedicación, seguridad y goce en el trabajo, se convierten en enojo, ansiedad y depresión, ante un cuadro de burnout. La erosión de las emociones se manifiesta como frustración y enojo, ya que no se logran alcanzar las metas personales y profesionales.

Esto se debe a que se percibe una carencia de control sobre el trabajo y no se tienen los recursos necesarios para desempeñarse satisfactoriamente. El enojo también se experimenta ante el trato percibido como injusto y los sentimientos de enojo facilitan la apatía de las personas (menos abiertas a alternativas) y de su estilo para realizar las tareas. La hostilidad también es resultado de la percepción de una falta de valoración del trabajo, es decir, sin retroalimentación positiva, siendo así amenazada la autoestima (Ruiz & Sancho, 2014)

Por otra parte, cuando las personas expresan estas reacciones emocionales negativas se deterioran las relaciones sociales al interior del trabajo. Las conversaciones se cargan con hostilidad e irritación, por lo que pueden reducirse solamente a temas operativos de trabajo. También el trabajo en equipo se desintegra, ya que la hostilidad lleva a que los miembros se distancien y tiendan a evitar en especial a aquellas personas que sufren burnout. Este aislamiento también evita que las personas busquen apoyo emocional en otros, comenzando así una espiral descendente que lleva a las fases finales del burnout (Ferrel, 2010)

El rol de las emociones en la organización es considerado como esencial al trabajo y generalmente sólo es definido en términos de habilidades y resultados. Así las emociones deben ser consideradas como centrales en la vida de los empleados y

por ende muy relevantes para la organización (Quiroz Valdivia & Saco Méndez, 2010).

4.6.5 Problemas de ajuste entre la persona y el trabajo.

Para (Prieto-Miranda, 2010) los problemas de desajuste entre lo que la persona espera y las expectativas del trabajo son un signo de que los trabajadores padecen burnout. Esto sería producto de un clima laboral hostil entre los compañeros de trabajo, lo que generalmente es atribuido a problemas personales y corresponden a personas que son etiquetadas como "irracionales", por lo que el burnout es visiblemente padecido por él (hostilidad, desmotivación, enfermedades), tendiéndose a responsabilizar a los individuos más que a la organización, debido al desajuste, por lo general se despide al empleado.

4.6.6 Problemas para la organización.

El deterioro de la calidad del trabajo con las personas es quizás, la repercusión más grave del burnout sobre la organización (Matia Cubillo et al., 2012). No obstante, el síndrome tiene efectos sobre la estructura de la organización como en sus procesos y se tiende a manifestar, usualmente, en forma de elevada rotación por desvinculación de la institución, pérdida de la eficacia y eficiencia, implantación inadecuada de políticas, conflictos entre los miembros de la organización (Roldan, 2015) ausentismo, desmedido aumento de licencias médicas por variadas enfermedades, tales como problemas gástricos, lumbares, reacciones del sistema inmune, perturbaciones de embarazo, entre otros, que derivan en un alto costo para estas organizaciones. Esto lleva a que efectivamente trabajan más horas, aunque no generen un producto o servicio de calidad (Maidana, 2011). Otra consecuencia importante a considerar es que se ha observado que el burnout puede "contagiarse" a través de mecanismos de modelado o aprendizaje por observación durante los procesos de socialización laboral, por lo que puede constituirse en una verdadera epidemia que finalmente puede hacer peligrar la existencia de la organización (Grau et al., 2012).

4.7 SÍNDROME DE BURNOUT Y SU RELACIÓN CON OTROS TRANSTORNOS

El concepto de Burnout ha dado lugar a muchas discusiones por la confusión que genera a la hora de diferenciarlo con otros conceptos, pero (Maslach & Jackson, 1986) afirman que el Burnout no se solapa con otros trastornos de orden psicológico. Centrándonos estrictamente en las diferencias del Burnout con otros conceptos psicológicos y psicopatológicos, se puede demostrar que este síndrome se diferencia del Estrés General, Fatiga Física, Depresión, Tedio o Aburrimiento, Insatisfacción Laboral y Acontecimientos Vitales y Crisis de la Edad Media de la Vida; aunque se compartan algunos síntomas o procesos de evolución similares. Precisemos las diferencias.

4.7.1 Estrés general

Entre Estrés General y síndrome de Burnout se distingue con facilidad pues 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. Es evidente que el estrés general se puede experimentar en todos los ámbitos posibles de la vida y actividad del ser humano a diferencia del Burnout, que como la mayoría de los autores estiman, es un síndrome exclusivo del contexto laboral.

4.7.2 Fatiga física

Para diferenciar la Fatiga Física del síndrome de Burnout lo fundamental es observar el proceso de recuperación (Tejada & Gómez, 2012) ya que el Burnout se caracteriza por una recuperación lenta y va 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.

4.7.3 Depresión

La depresión presenta algunos síntomas que también los manifiestan personas que sufren de burnout, por lo que (Rojas et al., 2012) incluso consideran al burnout como “depresión relacionada con el trabajo”. Este planteamiento supone que el síndrome afecta al sentimiento más próximo al cuerpo, como la vitalidad, energía y motivación

por hacer las cosas. Se acompaña de agresividad y rabia, y termina alejando a las personas que rodean al afectado, igual que sucede con los depresivos, por lo que el afectado ve confirmadas sus creencias distorsionadas de que son poco queridos. Es por ello que se considera que hay varias similitudes entre ambos cuadros. No obstante, la investigación ha establecido que el burnout es un problema específico al contexto de trabajo y relacionado exclusivamente con causas relacionadas con el entorno laboral, en contraste con la depresión, la cual tiende a prevalecer en cada dominio de la vida de las personas. (Prieto-Miranda, 2010) también afirma que no se han observado episodios delirantes o psicóticos en las descripciones del burnout, como si se puede dar en depresiones profundas.

Por otra parte, (Matia Cubillo et al., 2012) han hallado que un sentido reducido de estatus y prestigio y una pérdida percibida de ello, son más característicos de individuos depresivos que aquellos que tienen burnout. Al parecer, los individuos que sufrirían burnout aún estarían en la batalla para lograr estatus y prestigio en el grupo y se consideran como ganadores potenciales, mientras que los individuos depresivos se han dado por vencidos. Solamente cuando los individuos con burnout perciben que los han derrotado, experimentan una pérdida de estatus, prestigio y se les deteriora la autoestima, tenderían a desarrollar una depresión. Es así como la relación entre el burnout y la depresión estaría más bien relacionados con el dejar más vulnerable a las personas a padecer el síndrome (Herrera et al., 2013)

4.7.4 Tedio o aburrimiento

Los términos tedio o aburrimiento han sido utilizados en diversas situaciones y les han dado diferentes significados. Una importante diferenciación es la que hacen (Carrillo-Esper et al., 2012), cuando limitan al síndrome de burnout a las profesiones asistenciales y aplican el término de tedio o aburrimiento a otros tipos de trabajo que no tienen características humanitarias y consideran que el burnout es generado por repetidas presiones emocionales, mientras que el tedio o aburrimiento puede resultar de cualquier tipo de presión o falta de motivación o innovación en el ámbito laboral del sujeto. Por otro lado, apoyan que ambos términos son equivalentes cuando el fenómeno es consecuencia de la insatisfacción laboral.

4.7.5 Acontecimientos vitales y crisis de la edad Media de la vida

La crisis de la edad media de la vida del sujeto se diferencia del Burnout porque tal crisis se puede desencadenar cuando el profesional hace un balance negativo de su posición y desarrollo laboral y, sin embargo, el Burnout se da con mayor frecuencia en los jóvenes que se han incorporado recientemente en su nuevo empleo; porque éstos no suelen estar preparados para afrontar los conflictos emocionales que se les presentan desde el exterior (Castañeda & García, 2010).

4.8 EL BURNOUT EN EL PERSONAL MÉDICO

En los últimos años aparecen señales preocupantes que algo está sucediendo en la práctica de los profesionales de la salud. Cada vez es más frecuente el ausentismo, abandono de tareas, incapacidades por "estados de estrés", agotamiento, maltrato a pacientes, malas prácticas médica o enfermedades tanto físicas como mentales dentro de los médicos en nuestro país. (Vera, Medina, & Bailón, 2012)

Muchos estudios indican que el estrés propio de las profesiones en salud es más alto que el de otras muchas profesiones. El médico vive muy frecuentemente la realidad del dolor y del sufrimiento humano que es, de alguna forma, su propia realidad. Atender el dolor, la muerte, las enfermedad terminales, situaciones límites de otros, con el sentimiento frecuente de no poder hacer nada o muy poco, no puede sino generar estrés, aún más cuando las situaciones a las que se tienen que enfrentar vienen definidas por la urgencia y la toma de decisiones inmediatas en cuestiones que son de "vida o muerte"(Rojas et al., 2012).

El llamado Síndrome de Burnout o agotamiento profesional da cuenta de esta problemática que afecta preferentemente a los profesionales de la salud y la educación, que padecen los síntomas del "estar quemado, extenuado, fundido, apagado, desmotivado". La pérdida de energía física y emocional, la despersonalización y el sentimiento de falta de realización personal pueden llegar a provocar no sólo la grave limitación o pérdida de la idoneidad profesional, sino

trastornos en su salud que pueden llegar a ocasionar desde trastornos funcionales hasta la muerte.

En fin, el médico considera que el medio que le rodea ("el medio laboral"), puede exceder a sus propios recursos psicológicos y, por ello, poner en peligro su situación de bienestar. La relación se hace tan insoportable, que aparecen conductas de evitación, de absentismo laboral y de importantes trastornos psicósomáticos o de la personalidad (Ferrel, 2010).

Generalmente, esta situación psicofisiológica, se acompaña de sentimientos de falta de ayuda, actitud negativa y posible pérdida de autoestima. Tanto el concepto de sí mismo, como el de autoestima, se ven sensiblemente deteriorados, como consecuencia de esa inadaptación progresiva del médico al medio laboral. Cada día, le resulta más difícil convivir con sus compañeros/as del equipo, mantener la agilidad y habilidad que tenía por lo que respecta a sus trabajos y responsabilidades.

Puede llegar al autoconvencimiento mental de que no merece la pena seguir, ya que su labor no es apreciada ni por el sistema, ni por los usuarios, ni por sus jefes, cada vez más críticos e intolerables; se llegan a encontrar, realmente desesperados e indiferentes (Quiroz Valdivia & Saco Méndez, 2010).

La expresión "no puedo más, no quiero seguir" denota, sin duda, la existencia de un humor depresivo que se evidencia por apatía, desgano, aburrimiento, irritabilidad, anhedonia y trastornos de control de influencias. Asimismo, uno de los rasgos significativos en éste síndrome que amenaza la salud de nuestros trabajadores en salud, es el "vacío de sentido" en el que se hunde el individuo; el "vacío" es ausencia de realización (autorrealización) y aleja al sujeto de una existencia realmente auténtica. La sensación de vacío que sufre el sujeto atrapado por el síndrome de Burnout, termina en despersonalización (extrañeza de uno mismo) y desrealización (distanciamiento del entorno) (Casa Tacar et al., 2012)

(Aranda et al., 2006) agregan que existen otras formas de presentación, en forma de trastornos de comportamiento, que suelen "salpicar" al resto de los compañeros y a su propio entorno familiar. Igualmente, son frecuentes las actitudes negativas,

sarcásticas y poco colaboradoras que dificultan y enturbian la dinámica de grupo en un trabajo en equipo. Este problema, también es sufrido por el paciente que percibe la apatía e indiferencia del médico, la frialdad "afectivo-emocional", la afectividad plana y la inexistencia de comunicación.

Ante la agresión del medio (cambios tecnológicos, ausencia de un plan de valoración y promoción personal, déficits económicos, ausencia de estimulación y de valoración del trabajo, falta de apoyo grupal, etc.), se pueden producir conductas psicopatológicas (agresividad, irritabilidad, depresión, ansiedad, mal humor, hostilidad). Ello hace que el médico vaya desarrollando actitudes que perturban la adaptación y el equilibrio con sus pacientes. Todo ello, hace que el profesional, que va percibiendo día a día la situación, llegue a tener una gran frustración, una valoración negativa de su trabajo y esfuerzo personal y, además, comprueba diariamente que, la situación se va haciendo todavía más compleja, que no se resuelve, a pesar de sus quejas a las instancias superiores y que, tampoco sus peticiones y demandas, encuentran el eco y apoyo necesarios para tratar de solucionar el problema suscitado y que escapa totalmente a sus posibilidades(Manso-Pinto, 2006).

Esto explica que algunos autores como (Maslach & Jackson, 1986)estimen que entre el 5% y el 12% de los médicos de EE.UU. y de Europa, se encuentre suficientemente deteriorados física y mentalmente, hasta el punto de poder interferir gravemente en su trabajo cotidiano y ocasionar, en consecuencia, importantes daños a la salud de sus pacientes.

4.9. EVALUCIÓN DEL SINDROME DE BURNOUT

Como métodos de diagnóstico del síndrome de burnout se han utilizado distintas técnicas. Al principio se utilizaban las observaciones sistemáticas, entrevistas estructuradas y test proyectivos, pero a través del tiempo se ha ido dando mayor importancia a los cuestionarios o auto informes por ser fáciles de realizar, entretenidos para el encuestado, y en este caso confiables ya que mantienen objetividad en sus preguntas, siendo los instrumentos más utilizados para la evaluación del Burnout, y de éstos los preferidos por los investigadores son el

Maslach Burnout Inventory y el Burnout Measure (Rivera-Ávila, Rivera-Hermosillo, & González-Galindo, 2016).

4.9.1 MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

Este es un método de medición el cual fue creado en el año de 1981, desde entonces sufrió muchos cambios al irse realizando nuevos estudios; reduciéndose de 47 ítems hasta la fecha actual que consta tan solo de 22 ítems siendo validado por (Gil-monte, 2003) internacionalmente reconocido por lo que es el método más utilizado para construir el síndrome.

El MBI es un cuestionario auto administrado y recoge respuestas del sujeto con relación a su trabajo sobre sus sentimientos, emociones, pensamientos y conductas.

Los autores consideraron al Burnout como un síndrome tridimensional, dividiéndolo en tres sub escalas:

- Agotamiento Emocional. (AE) (9 preguntas. 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20) Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.
- Despersonalización (D) (5 preguntas 5, 10, 11, 15, 22). Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30.
- Baja Realización Personal (RP) (8 preguntas 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21). evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48. Cuanto mayor es la puntuación en esta subescala mayor es la realización personal, porque en este caso la puntuación es inversamente proporcional al grado de Burnout. Es decir, a menor puntuación de realización o logro personal más afectado está el sujeto(Cañadas-De La Fuente et al., 2014).

De estas respuestas se obtiene una puntuación que se suma según en qué clasificación estén, para interpretarlo según la escala ya establecida. No existe un

punto de corte establecido para decir si hay o no la presencia del síndrome; lo que usamos con esta escala es determinar un nivel de burnout, pudiendo ser:

Bajo si: AE 0 - 18

DP 0 - 5

RP 40 o más

Medio si: AE de 19 – 26

DP de 6 – 9

RP de 34 - 39

Alto si: AE 27 - 54

DP 10 - 30

RP 33 o menos.

De cada uno de estos factores se obtienen resultados bajo – medio - alto, lo cual permite evaluar los niveles de Burnout que tiene cada trabajador con relación a cada factor, es decir, agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, esta última siendo indirectamente proporcional por lo que un bajo nivel de realización se asocia a un alto nivel de Síndrome de Burnout(Cañadas-De La Fuente et al., 2014).

4.9.2 BURNOUT MEASURE (BM)

EL BM es el segundo instrumento de evaluación del Burnout más utilizado en los estudios empíricos y parte del Tedium Measure (TM) de Pines, Aronson y Kafry (Lourel, Gueguen, & Mouda, 2011) que se diseñó originalmente como instrumento de medida del tedium; es un constructo más amplio que el Burnout ya que abarca a éste y a otros síndromes. Este inventario se transformó después en el Burnout Measure (Pines y Aronson, 1988), tras un replanteamiento conceptual. Los autores habían desarrollado diversas escalas que evaluaban tedium, como la que utilizaba (Pines y Kafry 1982) de 9 ítems, tipo Likert con siete opciones de respuesta: sentimientos de depresión, Burnout, cansancio emocional y físico, vaciamiento

existencial, hastío, tensión, sentimientos de ilusión y felicidad. Éste consta de 21 ítems, en tres subescalas, con formato tipo Likert, de siete puntos con rango de nunca a siempre. Ésta expresa estados de agotamiento físico, emocional y mental. Las dimensiones que los autores conceptualizaron son:

- Agotamiento físico, caracterizado por fatiga, agotamiento físico, sensación de destrucción y abatimiento.
- Agotamiento Emocional, compuesto por sensación de depresión, agotamiento emocional y Burnout.
- Agotamiento mental, formado por sensaciones de infelicidad, inutilidad y rechazo, falta de ilusión y resentimiento hacia las personas.

La fiabilidad test-retest y la consistencia interna son aceptables. La validez convergente con el MBI hace evidente que esta escala (BM) sólo evalúa sentimientos de Cansancio Emocional. En resumen, se han utilizado herramientas específicas para la medición del Burnout a nivel individual, pero también se hace uso de instrumentos de autoinforme que miden la calidad de vida, satisfacción laboral, estrategias de afrontamiento, clima laboral, entre otros, para valorar las Fuentes potenciales de estrés (Gil-monte, 2003).

4.10 PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

Los autores suelen describir estrategias de intervención que desde el punto de vista teórico, o bien basándose en aportaciones de múltiples estudios, parecen más eficaces para reducir los niveles de burnout, aunque en muchos casos no se acompaña de un análisis rigurosos de su eficacia en la práctica.

A pesar de haber avanzado en el ámbito de la prevención y del tratamiento, entendemos que se precisa una mayor y más rigurosa investigación que permita valorar no exclusivamente la relevancia de los programas sino su eficacia comparativa y la bondad de cada uno de sus elementos. En una amplia revisión sobre el burnout realizada por (Alvarez, Fernandez, 2011) los autores sostienen que las numerosas técnicas preventivas y de intervención en el burnout aparecen

insertas en los diferentes modelos explicativos del síndrome. Los autores citados resumen estos modelos explicativos en tres teorías concretas:

Teoría ecológica: mantiene el supuesto de que cuando las diferentes normas y exigencias hacia el profesional entran en conflicto, aparecen los "desajustes ecológicos" que generan burnout.

Teoría cognitiva: apoya la idea de que no es tanto la situación objetiva, cuanto la percepción que el sujeto tiene de ella, lo que crea la vivencia de estrés.

Teoría de las organizaciones: propugna que son las variables del contexto laboral las que causan las experiencias, negativas en el sujeto.

(Alvarez y Fernandez, 2011) clasifican en dos categorías los distintos estudios revisados en su trabajo sobre la prevención y el tratamiento del burnout:

Prevención primaria: Trabajos que aportan propuestas sobre aspectos que han demostrado experimentalmente ser las variables más relevantes para prevenir el síndrome.

Prevención secundaria: Trabajos que examinan y comparan las diversas técnicas de intervención en sujetos que padecen el síndrome de burnout.

Numerosos autores concluyen que la forma más eficaz de enfocar la prevención y el tratamiento del burnout camina por intervenir tanto a nivel individual como organizacional (Carlin, 2014). Por una parte, modificando los aspectos organizacionales que generan estrés, intentando mejorar la calidad de vida laboral. Y por otra parte, intentando mejorar la capacidad de adaptación y afrontamiento individual a las fuentes de estrés laboral, ya que en ocasiones es muy difícil eliminar determinados estresores organizacionales.

Los programas de tratamiento deben incluir un conjunto de estrategias terapéuticas que incidan sobre las variables personales facilitadoras del burnout (relajación, inoculación de estrés, terapia cognitiva, entre otras), pero también tendrán que incorporar estrategias organizacionales (mejorar los canales de comunicación,

establecer un adecuado sistema de incentivo y promoción, potenciar la participación, etc.).

4.10.1 Estrategias de intervención individual

Es muy difícil eliminar determinados estresores ambientales u organizacionales, pero aún en estos casos, el sujeto puede afrontar, controlar la situación y sus consecuencias, entrenando ciertas habilidades y estrategias útiles.

Así, constituye un planteamiento preventivo y de tratamiento el fomentar la adquisición de algunas estrategias que aumenten la capacidad de adaptación del individuo a las fuentes de estrés laboral. Se puede dotar al individuo de una serie de estrategias para afrontar situaciones estresantes y, si éstas son difíciles de afrontar, transmitirle el dominio de habilidades para controlar las experiencias y consecuencias que el estrés produce.

(Prieto-Miranda, 2010) parten de la base de que el burnout y el estrés laboral están afectados o asociados por las mismas variables antecedentes, y que además provocan consecuencias muy similares. Desde esta posición, defienden la aplicación de técnicas de intervención individual (de corte fisiológico, conductual y cognitivo) en el tratamiento del burnout, ya que estas estrategias de afrontamiento se han mostrado empíricamente eficaces en el abordaje de los trastornos de estrés y ansiedad.

Para (Lourel et al., 2011) la lucha contra el burnout pasa por la promoción del confort individual y de las habilidades individuales. (Gil-monte, 2003) define que las estrategias de afrontamiento como los esfuerzos, tanto conductuales como cognitivos, que realiza el individuo para dominar, reducir o tolerar las exigencias creadas por las transacciones estresantes. Recogen que las respuestas de afrontamiento pueden ser adaptativas, reduciendo el estrés y promoviendo estados de salud a largo plazo, o desadaptativas, en cuyo caso pueden reducir el estrés a corto plazo, pero tener consecuencias graves a largo plazo.

(Hernández-Vargas, 2011) contemplan como métodos de afrontamiento individual del burnout el mantener una favorable opinión de uno mismo, no tener prisa por

conseguir determinados objetivos, y abordar el trabajo de forma positiva. (Gil-monte, 2003) señala que el empleo de las estrategias de control o centradas en el problema, previenen el desarrollo del síndrome y que el empleo de estrategias de evitación, de escape, centradas en la emoción, facilita su aparición.

Leiter también afirma que las estrategias de afrontamiento de control previenen el síndrome de burnout porque aumentan los sentimientos de realización personal en el trabajo, mientras que las de escape, facilita la aparición.

Técnicas fisiológicas están orientadas a reducir la activación fisiológica y el malestar emocional y físico provocado por las fuentes de estrés laboral. Su objetivo es la disminución de los niveles de activación fisiológicos producidos por el estrés, centrándose en los componentes somáticos.

(Maidana, 2011) subraya que las condiciones fisiológicas del sujeto van a favorecer u obstaculizar el manejo del estrés. Dentro de las técnicas fisiológicas se encuadran las técnicas de relajación física, las técnicas de control de la respiración y el biofeedback, entre otras. El objetivo del biofeedback es dotar al sujeto de habilidades para controlar de forma voluntaria actividades y procesos de tipo biológico. Se trata de proporcionar al individuo una información sobre determinados procesos biológicos, de manera que esta información pueda ser interpretada y utilizada para adquirir un control voluntario sobre estos procesos en situaciones estresantes.

Las técnicas de relajación física parten de la existencia de una interdependencia entre la tensión psicológica y la tensión física. La relajación constituye un proceso psicofisiológico en el que podemos distinguir tres componentes: un componente fisiológico (patrón reducido de activación somática), un componente subjetivo (informe del sujeto de tranquilidad y sosiego) y un componente conductual (estado de descanso motor).

(Quiroz Valdivia & Saco Méndez, 2010) resumen que con el entrenamiento en relajación se pretende una respuesta biológicamente antagónica al estrés, que pueda ser aprendida y convertida en un importante recurso personal para

contrarrestar sus efectos negativos. Habitualmente, se utilizan tres técnicas de relajación: la relajación progresiva (consistente en una secuencia de ejercicios de tensión- relajación), la relajación pasiva, (en la que sólo se utilizan instrucciones encaminadas a la relajación de los grupos musculares) y la relajación autógena (que consiste en una serie de frases que inducen a estados de relajación a través de autosugestiones sobre pesadez y calor, concentración en la respiración, etc).

Técnicas de control de respiración, las situaciones estresantes provocan una respiración rápida y superficial, lo que implica un aumento de la tensión general del organismo. Estas técnicas consisten en facilitar al individuo el aprendizaje de una forma apropiada de respirar para que en una situación de estrés pueda controlar la respiración de forma automática y le permita una adecuada oxigenación del organismo que redunde en un mejor funcionamiento de los órganos corporales.

(Tejada & Gómez, 2012) defienden la bondad del empleo de técnicas de entrenamiento de respiración abdominal para sustituir a la respiración torácica, practicada en situaciones de estrés laboral.

Técnicas conductuales, su objetivo es que el sujeto domine un conjunto de habilidades y estrategias de comportamiento para el afrontamiento de problemas laborales. Entre ellas se encuentran el entrenamiento asertivo, el entrenamiento en habilidades sociales, las técnicas de solución de problemas, moldeamiento encubierto y las técnicas de autocontrol.

El entrenamiento asertivo se trata de entrenar al individuo para que consiga comportarse habitualmente de forma asertiva, que consiste en conseguir una mayor capacidad para expresar sus sentimientos, deseos y necesidades de forma clara, buscando el logro de sus objetivos, y respetando los puntos de vista de los demás.

Las técnicas de autocontrol, parten del entrenamiento para el análisis de las variables antecedentes y consecuentes de la conducta. El sujeto adquiere habilidades para regular los efectos de estas contingencias, siendo más sencillo el manejo y control de las conductas implicadas en las situaciones de estrés.

Los programas de **entrenamiento para el manejo eficaz del tiempo** están dirigidos a la adquisición de habilidades que permitan establecer prioridades para las actividades importantes, aumentando la cantidad de tiempo para atender estas acciones, y reduciendo la percepción de las condiciones laborales de urgencia (Maslach & Jackson, 1986)

(Rivera-Ávila et al., 2016) han destacado como medida general para prevenir el burnout la evitación de una excesiva implicación con el trabajo y con las personas hacia las que se dirigen sus servicios. En esta misma línea se ha recomendado tomar pequeños descansos durante el trabajo y aumentar la realización de actividades reforzantes o aumentar la exposición a situaciones de carácter positivo, tales como actividades preferidas de ocio.

Los **recursos utilitarios**: dinero, acceso a información, acceso a los servicios sociales y a programas de entrenamiento, van a acompañar el manejo y la facilitación de la resolución en una situación laboral estresante.

El **ejercicio físico** aumenta la resistencia a los efectos del estrés laboral. Permite movilizar el organismo mejorando su funcionamiento de cara a que esté en mejores condiciones para hacer frente al estrés laboral. Además la realización de ejercicios nos obliga a desplazar la atención de los problemas psicológicos y nos permite el descanso y la recuperación de la actividad mental desarrollada anteriormente.

Técnicas cognitivas, en general su objetivo es mejorar la percepción, la interpretación y la evaluación de los problemas laborales y de los recursos personales que realiza el individuo.

Entre las técnicas cognitivas encontramos la desensibilización sistemática, la detención del pensamiento, la inoculación de estrés, la reestructuración cognitiva, el control de pensamientos irracionales, la eliminación de actitudes disfuncionales y la terapia racional emotiva.

La técnica de **desensibilización sistemática** facilita el control de las reacciones de ansiedad ante situaciones que resultan amenazadoras. El entrenamiento consiste en que el individuo, en un estado de relajación, se va enfrentando progresivamente

con situaciones (reales o imaginadas) dispuestas en orden creciente de amenaza, hasta que el individuo se acostumbra a estar relajado y a no desarrollar respuestas emocionales negativas en estas situaciones.

La técnica de **detención del pensamiento** pretende que el sujeto interrumpa la secuencia de pensamientos negativos en cuanto surjan (golpeando la mesa o vocalizando la expresión "basta", por ejemplo), sustituyéndolos posteriormente por otros más positivos (Tejada & Gómez, 2012).

La finalidad de la **reestructuración cognitiva** es sustituir las interpretaciones inadecuadas de una situación, por otras definiciones que generen respuestas emocionales positivas y conductas más adecuadas. Se trata de facilitar la utilización de estrategias de redefinición adecuada de situaciones potencialmente estresantes.

En cuanto al **control de pensamientos irracionales** su objetivo es facilitar la identificación y modificación de los pensamientos irracionales automáticos que provocan interpretaciones negativas y emociones perniciosas. A través del entrenamiento el sujeto aprende a registrar los pensamientos que le surgen en las situaciones estresantes, y a evaluarlos objetivamente. Se parte de la idea de que las emociones y las conductas son producto de las creencias del individuo y de su interpretación de la realidad. Así pues, el objetivo es identificar los pensamientos "irracionales" o disfuncionales y reemplazarlos por otros más "racionales" o efectivos.

La **inoculación de estrés** promueve la adquisición de conocimientos, auto comprensión y técnicas de afrontamiento para mejorar el dominio de las situaciones estresantes previsibles. El programa consta de tres fases: la fase educativa, que proporciona información sobre la forma en que se generan las emociones distorsionadas, a partir de factores cognitivos y suposiciones. La fase de ensayo, en la que se proporcionan suposiciones alternativas para las situaciones de distrés emocional. Y por último, la fase de aplicación, en la que el sujeto demuestra todo lo aprendido y lo pone en práctica. Tiene, por tanto, aspectos que incluyen reestructuración cognitiva y aspectos instrumentales.

(Tejada & Gómez, 2012) defienden la aplicación de la inoculación de estrés en el tratamiento del burnout, ya que esta técnica se ha mostrado empíricamente eficaz en el abordaje de los trastornos de estrés y ansiedad. Estos autores han aplicado las técnicas de inoculación de estrés a un grupo de trabajadores afectados por el síndrome de burnout, obteniendo unos resultados positivos acerca de la bondad de este tratamiento.

Recientemente los investigadores (Alvarez, Fernandez, 2011) han explorado las reacciones emocionales asociadas a procesos de estrés y burnout en el personal hospitalario y han desarrollado un programa de intervención sobre las mismas. Este programa consta de varias fases en las que se desarrollan técnicas cognitivas, técnicas de relajación y técnicas conductuales. Los resultados de esta investigación sostienen la conclusión de que los programas cognitivo-conductuales de control de estrés centrados en el desarrollo de un adecuado manejo de la ansiedad y la ira se presentan como una intervención adecuada y eficaz para estas respuestas emocionales asociadas al estrés laboral y el burnout del personal sanitario. La estrategia de intervención más eficaz para el tratamiento del burnout es añadir a las técnicas cognitivo-conductuales la terapia farmacológica (ansiolíticos y antidepresivos)(Carlin, 2014).

4.10.2 Estrategias de intervención social

(Casa Tacar et al., 2012) sostienen que el apoyo social actúa sobre la salud de forma directa. Exponen que disfrutar de una óptima red de apoyo social facilita experiencias individuales de autoestima, afecto positivo, sensación de control, que protegen al individuo de posibles trastornos, mejorando posiblemente el sistema inmunológico. El apoyo social como la información que permite al individuo creer que es querido y cuidado, estimado y valorado y que participa en una red social.

(Alvarez, Fernandez, 2011) exponen que han encontrado abundante evidencia de que el apoyo social se relaciona significativamente con la salud física y psicológica. Argumentan que favorece la salud, bien porque se relaciona negativamente con el comienzo de enfermedades o bien, porque facilita la recuperación de pacientes con algún tipo de trastorno.

El apoyo social amortigua los efectos perniciosos de las fuentes de estrés laboral y de burnout, e incrementa la capacidad del individuo para afrontarlas.

La falta de apoyo social es un determinante de la aparición de consecuencias psicológicas desagradables en los profesionales de la educación, tales como: la tensión, el agotamiento, la ansiedad, y la frustración.

(Grau et al., 2012) prescriben entre las estrategias principales para la prevención del burnout los programas de socialización. El trabajo en equipo y los equipos multidisciplinares contribuyen a disipar las actitudes negativas y a una mejor comprensión de los problemas de los trabajadores, facilitando el apoyo social en el ámbito laboral.

4.10.3 Estrategias de intervención organizacional

El desarrollo de actividades para la prevención del estrés laboral y el burnout que consistan en una intervención sobre el individuo ha de ser incrementado con el desarrollo de unas estrategias de prevención y tratamiento asentadas en la intervención sobre las organizaciones (educativas, sanitarias, o empresariales), dirigidas hacia la modificación de condiciones laborales generadoras de estrés. Las respuestas al burnout y al estrés laboral requieren la implicación activa de toda la organización laboral intentando modificar los aspectos organizacionales que generan estrés, intentando mejorar la calidad de vida laboral.

(Hernández-Vargas, 2011) señala que las estrategias individuales para el tratamiento del burnout en muchas ocasiones son ineficaces o sólo tienen una función paliativa, por lo que considera necesario llevar a cabo intervenciones amplias desde las organizaciones para prevenir y tratar el estrés laboral y el burnout.

(Matia Cubillo et al., 2012) señalan que es ingenuo e incluso éticamente cuestionable, someter a los trabajadores a programas de entrenamiento contra el estrés, mientras se mantienen en la empresa demandas excesivas o condiciones inapropiadas.

(Patlán Pérez, 2013) señala que la dirección de las organizaciones debe rediseñar la realización de tareas, mejorar la supervisión, mejorar redes de comunicación

organizacional, debe facilitar y promover las reuniones multidisciplinarias periódicas, la formación de grupos de trabajo y aumentar las responsabilidades así como participar en la toma de decisiones, y en general mejorar las condiciones de trabajo.

Aumentar la competencia profesional mediante la formación inicial y continua de los trabajadores es una estrategia recomendada habitualmente en la prevención y el tratamiento del estrés laboral y del burnout (Rivera-Ávila et al., 2016). Un aspecto importante que deben tener presente las organizaciones es la adecuada planificación de la promoción de los profesionales.

(Tejada & Gómez, 2012) defienden que mediante planes de carrera adecuadamente concebidos se reduce el efecto de las fuentes de estrés laboral, además de constituir un importante factor motivacional.

Por último (Alvarez, Fernandez, 2011) proponen 10 puntos claves en la prevención del Burnout también mencionados por (Patlán Pérez, 2013).

1. Proceso personal de adaptación de expectativa a la realidad cotidiana.
2. Formación en las emociones.
3. Equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones, descansos y trabajo.
4. Fomento de buena atmósfera de equipo: espacios comunes, objetivos comunes.
5. Limitar a un máximo la agenda asistencial.
6. Tiempo adecuado por pacientes: 10 min. de media como mínimo.
7. Minimizar la burocracia con mejora en la disponibilidad de recursos materiales de capacitación y mejorando la remuneración.
8. Formación continuada reglada dentro de la jornada laboral.
9. Coordinación con los colegas que ejercen la misma especialidad, espacios comunes, objetos compartidos.
10. Diálogo efectivo con las gerencias.

Puntos clave en la prevención (Alvarez, Fernandez, 2011)

- Proceso personal de adaptación de expectativas a la realidad cotidiana.
- Formación.

- Equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones, descanso, trabajo.
- Fomento de buena atmósfera de equipo: espacios comunes, objetivos comunes.
- Limitar la agenda laboral.
- Tiempo adecuado para cada paciente.
- Minimizar la burocracia con apoyo de personal auxiliar.
- Formación continúa dentro de la jornada laboral.
- Coordinación con espacios comunes, objetivos compartidos.
- Diálogo efectivo con las autoridades

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1 TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación fue de tipo Cuantitativo, descriptivo y transversal.

5.2 ÁREA DE INVESTIGACIÓN

El trabajo de investigación se llevó a cabo en las distintas áreas del Hospital Teófilo Dávila; el mismo que cuenta con 5 plantas, número de dotación 220 camas, 10 quirófanos y 14 consultorios. Se encuentra circunscrito por las calles Boyacá, Buenavista, Guabo y Tarquí. Cuenta con las áreas de: Emergencia, Consulta Externa, Centro Quirúrgico, Gineco – Obstetricia, Cirugía, Medicina Interna, Pediatría, Neonatología, Traumatología, Cuidados Intensivos, Unidad de Quemados, Hemodiálisis, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, además de los servicios auxiliares de: Laboratorio Clínico, Rayos X, Fisioterapia, Tomografía Computarizada, Ecografía.

5.3 UNIVERSO DE ESTUDIO

Es de 171 que corresponde a 92 médicos/as tratantes y 79 médicos/as residentes que están en servicio activo en el Hospital General Teófilo Dávila de la ciudad de Machala.

5.4 TAMAÑO DE LA MUESTRA

La muestra estuvo conformada por 119 médicos/as tratantes y residentes obtenidas a través de la formula siguiente:

La fórmula:

$$n = \frac{N z_{1-\alpha}^2 p (1-p)}{d^2 (N-1) + z_{1-\alpha}^2 p (1-p)}$$

Donde:

- **n** es el tamaño de la muestra;
- **N** es la población total;

- $Z_{1-\alpha}$ es el valor de z para el nivel de confianza $(1-\alpha)$;
- p es la proporción esperada en la población; y
- d es la precisión absoluta.

5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Todo el personal médico tratantes y residentes del Hospital Teófilo Dávila que aceptaron participar en el estudio y que firmaron el consentimiento informado.

5.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Médicos/as que no desearon participar en el estudio.
- Personal médico que se desempeña en labores administrativas dentro de la institución.
- Personal médico que haya sido diagnosticado o este en tratamiento por algún trastorno mental.

5.7 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Test de Maslach Burnout Inventory (MBI)(Maslach & Jackson, 1986)(**ANEXO 1**). Es el instrumento más utilizado en todo el mundo, su fiabilidad cercana al 90%(Cañadas-De La Fuente et al., 2014), está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes, su función es medir el desgaste profesional.

5.8 PROCEDIMIENTO

Para esta investigación, la recolección de datos estuvo a cargo del Investigador, y se llevó a cabo las siguientes actividades:

- Para empezar con el proceso de valoración, se inició con la solicitud dirigida al Gerente y al Coordinador de Investigación y docencia del Hospital Teófilo Dávila para la realización del estudio. (**ANEXO 2**)
- Se realizó un conversatorio con las personas que fueron encuestados para que de esta manera respondan a las preguntas del cuestionario MBI previa firma del consentimiento informado. (**ANEXO 3**)

- Se aplicó el cuestionario MBI a las personas que según los criterios de inclusión son las óptimas para formar parte de esta investigación. Se trata de un cuestionario auto administrado que mide el desgaste profesional, consta de 22 preguntas Tipo Likert y se completara en 10- 15 minutos.
- La difusión de resultados se la realizo basada en dos puntos:
 1. Exposición del proyecto en la Universidad Nacional de Loja.
 2. Difusión en la institución participante.

5.9 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Finalmente después de obtener la información mediante la realización de los test a cada participante, se clasificó los datos recolectados, basándose en los objetivos planteados; se tabularon los datos mediante el programa Microsoft Excel 2013 para su posterior análisis y presentación mediante tablas, cumpliendo con los objetivos de la investigación.

6. RESULTADOS

CUADRO N° 1

PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS DEL HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA DE MACHALA

CON CRITERIOS DE BURNOUT		SIN CRITERIOS DE BURNOUT		TOTAL	
FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
36	30.26	83	69.74	119	100

Fuente: Datos obtenidos de los resultados de la aplicación de cuestionario MBI a los médicos del Hospital General Teófilo Dávila de Machala

Elaborado por: Marlon Gabriel Sinchire Jiménez

ANÁLISIS DE RESULTADOS

La prevalencia del Síndrome de Burnout es del 30.26%, mientras que el 69.74% no manifiestan dicho síndrome.

CUADRO N° 2

DISTRIBUCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN RELACIÓN AL GÉNERO, EN MÉDICOS DEL HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA DE MACHALA

GENERO	CON CRITERIOS DE BURNOUT	
	FRECUENCIA	%
MASCULINO	24	66.66
FEMENINO	12	33.34
TOTAL	36	100

Fuente: Datos obtenidos de los resultados de la aplicación de cuestionario MBI a los médicos del Hospital General Teófilo Dávila de Machala

Elaborado por: Marlon Gabriel Sinchire Jiménez

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Del total de la población en estudio que cumplen criterios para el Síndrome de Burnout se encontró que el género masculino está afectado en un mayor porcentaje con un 66.66%, mientras que el género femenino se encuentra afectado en un 33.34%.

CUADRO N° 3

DISTRIBUCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN RELACIÓN A LA EDAD, EN MÉDICOS DEL HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA DE MACHALA

EDAD	CON CRITERIOS DE BURNOUT	
	FRECUENCIA	%
20-30 AÑOS	13	36.17
31-40 AÑOS	11	30.50
41-50 AÑOS	9	25
51-60 AÑOS	3	8.33
>60 AÑOS	-	-
TOTAL	36	100

Fuente: Datos obtenidos de los resultados de la aplicación de cuestionario MBI a los médicos del Hospital General Teófilo Dávila de Machala

Elaborado por: Marlon Gabriel Sinchire Jiménez

ANÁLISIS DE RESULTADOS

El grupo etario más afectado es el rango 20-30 años 36.17%, mientras que el grupo etario menos afectado es el rango 51-60 años 8.33%.

CUADRO N° 4

DISTRIBUCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN RELACIÓN A LOS AÑOS DE TRABAJO, EN MÉDICOS DEL HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA DE MACHALA

AÑOS DE TRABAJO	CON CRITERIOS DE BURNOUT	
	FRECUENCIA	%
0-10 AÑOS	21	58.34
11-20 AÑOS	12	33.33
21-30 AÑOS	3	8.33
>30 AÑOS	-	-
TOTAL	36	100

Fuente: Datos obtenidos de los resultados de la aplicación de cuestionario MBI a los médicos del Hospital General Teófilo Dávila de Machala

Elaborado por: Marlon Gabriel Sinchire Jiménez

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los profesionales con 0-10 años de profesión se encuentran afectados en un mayor porcentaje con un 58.34%, mientras que los profesionales con 21-30 años de profesión se encuentran afectados en un menor porcentaje con un 8.33%.

CUADRO N° 5

DISTRIBUCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN RELACIÓN A SUS DIMENSIONES, EN 119 MÉDICOS DEL HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA DE MACHALA

DIMENSIONES DEL SÍNDROME	NIVEL ALTO		NIVEL MEDIO		NIVEL BAJO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
CANSANCIO EMOCIONAL	41	34.25	29	24.36	49	41.19	119	100
DESPERSONALIZACIÓN	56	47.05	20	16.82	43	36.13	119	100
REALIZACIÓN PERSONAL	64	53.78	13	10.93	42	35.29	119	100

Fuente: Datos obtenidos de los resultados de la aplicación de cuestionario MBI a los médicos del Hospital General Teófilo Dávila de Machala

Elaborado por: Marlon Gabriel Sinchire Jiménez

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Valorando las tres dimensiones que componen el Síndrome de Burnout, del total población en estudio observamos que tanto en los médicos residentes y tratantes la subescala realización personal fue la más afectada con un 53.78% en el nivel alto del síndrome lo que indica baja realización personal, el cansancio emocional con un 41.19% en el nivel bajo del síndrome y la despersonalización con un 47.05% en el nivel alto del síndrome también.

CUADRO N° 6

SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS TRATANTES vs MÉDICOS RESIDENTES EN EL HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA DE MACHALA

FUNCION QUE DESEMPEÑA	CON CRITERIOS DE BURNOUT	
	FRECUENCIA	%
MEDICO TRATANTE	12	33.34
MEDICO RESIDENTE	24	66.66
TOTAL	36	100

Fuente: Datos obtenidos de los resultados de la aplicación de cuestionario MBI a los médicos del Hospital General Teófilo Dávila de Machala

Elaborado por: Marlon Gabriel Sinchire Jiménez

ANALISIS DE RESULTADOS:

Al realizar la comparación entre médicos tratantes y residentes observamos que del total de la población en estudio que cumplen criterios para el Síndrome de Burnout se encontró que los médicos residentes se encuentran afectados en mayor medida con un 66.66%, mientras que los médicos tratantes se encuentran afectados en menor medida con un 33.34%.

7. DISCUSIÓN

En la actualidad el Síndrome de Burnout es motivo de preocupación, por las repercusiones que implica, ya sean emocionales, conductuales o psicosomáticas, así como por la repercusión en el ámbito laboral u organizacional, como ausentismo laboral, disminución del grado de satisfacción de los profesionales y usuarios y pérdida de productividad, lo cual va a repercutir en la salud del trabajador no solo psicológica sino también física.

Los resultados obtenidos en la presente investigación determinan que del total de la población estudiada un 30.26 % (36) padecen de Síndrome de Burnout, la subescala más afectada es realización profesional con un 53.78% (64), esta subescala evalúa los sentimientos de auto eficacia y realización personal en el área laboral del médico esta categoría termina reflejando la relación que se establece con los pacientes, y ante la sobrecarga que siente el profesional, éste instala esta defensa como medida protectora, tiene mayor porcentaje de presentación en el género masculino 66.66% (24), en la edad de 20 a 30 años 36.17%(13), dicho Síndrome se presenta con mayor frecuencia en los profesionales que laboran de 0 a 10 años 58.34%(21).

El Síndrome de Burnout a nivel continental tiene una alto porcentaje 20-40 % de afectación, lo cual concuerda con nuestro estudio ya que hemos encontrado una prevalencia del 30.26%, pero al compararlo con Europa, y tomando como referencia España en donde la prevalencia del síndrome es 14.9 % (Grau et al., 2012) según un estudio publicado por el ministerio de higiene y salud de España en el año 2012, se puede observar que existe una prevalencia mayor.

(Matia Cubillo et al., 2012) reportan en su estudio “Evolución del burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria”, un nivel de desgaste emocional de 51.3%, despersonalización en el 41.3% y alta realización personal en el 41.9%; en comparación, el presente estudio muestra niveles de desgaste emocional de 41.19%, despersonalización en el 47.05% y baja realización personal en el 53.78%.

(Galvana et al., 2012) en su estudio titulado “Síndrome de desgaste profesional (Burnout) en médicos de unidades de cuidados intensivos pediátricos en la Argentina” determina que el 40% de la población en estudio tiene alto riesgo de Síndrome de Burnout, y la subescala afectada con mayor frecuencia es la de realización personal con un 46 % lo cual guarda relación con el resultado del presente estudio.

En el estudio realizado en México por (Aranda Beltrán, Pando Moreno, & Torres López, 2011) y denominado “Factores psicosociales y Síndrome de Burnout en médicos de familia. México”; se concluye que el 61.8 % padece Síndrome de Burnout, y la subescala más afectada es la de cansancio emocional con un 31.2%, El grupo de edad más numeroso fue el de 45 a 49 años 37,3%, en cuanto a la antigüedad se observó que 54 (27,4%) tenían entre 10 y 14 años de antigüedad, 48 (24,4%) entre 15 y 19 años y 45 (22,8%) entre 20 y 24 de labor, el género más afectado fue el femenino con un 62.9%. Al compáralo con nuestro estudio podemos ver una realidad completamente distinta ya que encontramos una prevalencia de 30.26 % de médicos afectados por el Síndrome, el grupo de edad más afectado es el de 20 a 30 años 36.17%, la subescala más afectada es realización profesional con un 53.78%, en cuanto a la antigüedad nuestro estudio reporta un mayor número de casos en los profesionales que laboran de 0 a 10 años 58.34%, el género masculino es el más afectado 66.66%.

En el estudio realizado por la UNAM en México el cual se titula “El Síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos” (Hernández-Vargas, 2011), establece que el Síndrome de Burnout puede afectar a personas de cualquier edad, aunque existe un predominio en edades donde se alcanza la madurez y en los profesionales con más años de labor lo cual no coincide con los resultados obtenidos ya que nosotros encontramos que la edad más afectada fue el rango entre 20-30 años, pero en cambio coincide con el estudio realizado en Colombia “Síndrome de desgaste profesional (Burnout) en médicos especialistas de un hospital universitario, de la ciudad de Santa Marta, Colombia” (Ferrel, 2010) en

donde la edad más afectada es la comprendida entre los 25 a 34 años con un 30%.

En cuanto a los años laborables en nuestro estudio los profesionales con menos de 10 años de profesión son los más afectados por el Síndrome con un 58.34%, en contraste con lo encontrado por (Ferrel, 2010) donde señala que la mayor incidencia la presentan los que laboran más de 10 años con un 46.25% , pero podemos ver que se relaciona con el estudio realizado (Galvana et al., 2012) donde establecen que los médicos que presentan mayor antigüedad presentan menor porcentaje de Síndrome de Burnout relacionándose así con los resultados de nuestro estudio.

En nuestro país vecino Perú en el estudio realizado por (Mariños et al., 2011) en el Hospital Nacional de Lima titulado “Coexistencia de Síndrome de Burnout y síntomas depresivos en médicos residentes” se encontró un porcentaje de Burnout en el personal sanitario del 54.9 % el estudio también encontró la presencia de síntomas depresivos en el 32,9% lo cual nos hace notar la relación existente entre ambos trastornos, lo cual no se relaciona con nuestro estudio en donde encontramos una prevalencia del 30.26% y encontrándose también por arriba de la media para la región la cual es del 20-40%.

En nuestro país la realidad no es muy distinta. Si bien en los últimos años ha mejorado la infraestructura el número cada vez más creciente de pacientes hace que los profesionales de la salud tiendan a estar más estresados por acumulación de tareas y por el limitado personal contratado en relación a la cantidad de pacientes que son asignados.

En el estudio “Prevalencia y factores influyentes del Síndrome de Burnout en internos y residentes de los hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga, Cuenca-Ecuador, Enero-Julio 2012” se demostró que la incidencia de Síndrome de Burnout en esta casa de salud era del 41.03 % (Vera et al., 2012) siendo esta cifra alta pero estando muy cerca de las cifras arrojadas por este estudio en el cual las cifras alcanzaron un 30.26% del total de profesionales a los cuales se les realizó el cuestionario.

Después de todo lo analizado podemos decir que este trabajo de investigación se acerca mucho a otras realidades que se viven tanto en nuestro país como en la región, en el continente y a nivel mundial, ya que las cifras de Burnout en los profesionales de la salud son altas.

8. CONCLUSIONES

Luego de realizada la tabulación y el respectivo análisis del presente trabajo investigativo, se llegó a las siguientes conclusiones:

- La prevalencia del Síndrome de Burnout en el Hospital General Teófilo Dávila de Machala es del 30.26%.
- Se determinó que los factores de riesgo que se relacionan con una mayor presentación del Síndrome de Burnout son:
 - El Síndrome de Burnout se presenta con mayor frecuencia en el género masculino en un porcentaje de 66.66%.
 - La edad más afectada en relación al Síndrome de Burnout es la comprendida en el rango de 20 a 30 años que representa un 36.17%.
 - En relación a los años de ejercicio laboral, los profesionales con menos de 10 años de profesión son los más afectados por el Síndrome con un 58.34%
- Valorando las tres dimensiones que componen el Síndrome de Burnout, la subescala más afectada es la de realización personal con un porcentaje de 53.78%
- Los médicos que presentan con mayor frecuencia El Síndrome de Burnout son los médicos residentes con un 66.66%.

9. RECOMENDACIONES

Al concluir la presente investigación se presentan las siguientes recomendaciones:

- Al Hospital General Teófilo Dávila planificar y realizar charlas a los médicos de esta institución sobre el manejo del estrés, técnicas de resolución de conflictos, de relaciones interpersonales y mejoras del autocontrol, por medio de los departamentos de medicina laboral y psicología clínica.
- A las Facultades de Medicina para que realicen la orientación y concientización de los nuevos profesionales que en ellas se forman, con preferencia desde antes de su incorporación al trabajo en las casas de salud, los futuros médicos deberían realizar de un modo programado y rutinario cursos de formación en el afrontamiento del estrés, mejora de recursos instrumentales y de aumento de la competencia psicosocial y profesional como manera efectiva de afrontar el Síndrome de Burnout.
- Al Departamento de Psicología Clínica del Hospital Teófilo Dávila para que brinde ayuda psicológica al personal con presencia de este síndrome, ya que optar por una corrección a tiempo de las conductas que puedan acelerar la presencia de este Síndrome ayuda a la pronta recuperación del enfermo para que así vuelva a realizar sus tareas con total normalidad y disminuyendo así sus niveles de estrés en el trabajo.
- Al Departamento de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria considerar esta patología como una de las que presenta riesgo laboral e incluirlo en el sistema de vigilancia epidemiológica.

- Al personal médico que labora en la institución para que realice regularmente actividades extra laborales (físicas, de ocio y grupales): la Medicina es una profesión absorbente, cuya influencia en la vida personal debe saber acotar el propio individuo.

10. BIBLIOGRAFIA

- Alvarez, Fernandez, L. (2011). El Síndrome de “Burnout” o el desgaste profesional : revisión de estudios. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 7(1), 257–265. <https://doi.org/10.1016/j.sumneg.2015.10.004>
- Aranda, C., Manuel, B., Moreno, P., Torres, T. M., José, L., & Estado, T. D. E. L. (2006). Síndrome de burnout y manifestaciones clínicas en los médicos familiares que laboran en una institución de salud para los trabajadores del Estado, *16(33)*, 15–21.
- Aranda Beltrán, C., Pando Moreno, M., & Torres López, T. (2011). Factores psicosociales y síndrome de burnout en médicos de familia. México. *Anales de La Facultad de Medicina*, 66(3), 225–231. <https://doi.org/10.15381/anales.v66i3.1346>
- Cañadas-De La Fuente, G. A., Luis, C. S., Lozano, L. M., Vargas, C., García, I., & De La Fuente, E. I. (2014). Evidencia de validez factorial del Maslach Burnout Inventory y estudio de los niveles de burnout en profesionales sanitarios. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(1), 44–52. [https://doi.org/10.1016/S0120-0534\(14\)70005-6](https://doi.org/10.1016/S0120-0534(14)70005-6)
- Carlin, M. (2014). *EL SINDROME DE BURNOUT: COMPRENSION DEL PASAO, ANALISIS DEL PRESENTE Y PESPECTIVAS DEL FUTURO*. (WANCELUN EDITORIAL, Ed.) (1ra ed.). MEXICO: 2014.
- Carrillo-Esper, R., Gómez, K., & Estrada, I. (2012). Síndrome de burnout en la práctica médica. *Med Int Mex*, 28(6), 579–584. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2012/mim126j.pdf>
- Casa Tacar, P. P., Rincón Rodríguez, Y. Z., & Vila Candel, R. (2012). Síndrome de Burnout: enfermedad silenciosa. *Enfermería Integral: Revista Científica Del Colegio Oficial de A.T.S de Valencia*, (100), 19–24. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4866341&info=resumen&idioma=SPA>

- Castañeda, E., & García, J. (2010). Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. *Rev Colomb Psiquiat*, 39(1), 67–84. [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(14\)60237-7](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60237-7)
- Ferrel, R. E. S. y M. R. (2010). Síndrome de desgaste profesional (burnout) en médicos especialistas de un hospital universitario, de la ciudad de Santa Marta, Colombia. *Revista Duazary*, 7, 12.
- Galvana, E., Vassallo, J. C., Rodr, S. P., Otero, P., Montonati, M., Cardigni, G., ... Pedi, T. I. (2012). Síndrome de desgaste profesional (burnout) en médicos de unidades de cuidados intensivos pediátricos en la Argentina, 110(6), 446–473.
- Gil-monte, P. R. (2003). El síndrome DE QUEMARSE POR EL TRABAJO (SÍNDROME DE BURNOUT) EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 70(1), 19–33.
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M., & Braga, F. (2012). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2012). *Revista Espanola de Salud Publica*, 83(2), 215–230.
- Hernández-Vargas, C. (2011). El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos. *Revista de La Facultad de Medicina UNAM.*, 51(2007), 1–4. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2008/un081c.pdf>
- Herrera, M. E. O., Viveros, G. R. O., & Brizio, P. G. C. (2013). Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente. *Psicología Y Salud*, 17(1), 5–16. <https://doi.org/ISSN: 1405-1109>
- Lourel, M., Gueguen, N., & Mouda, F. (2011). L'évaluation du burnout de Pines: adaptation et validation en version française de l'instrument Burnout Measure Short version (BMS-10). *Pratiques Psychologiques*, 13, 353–364. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2007.06.001>

- Maidana, W. D. (2011). Síndrome de Burnout en médicos anestesiólogos del Paraguay durante el año 2010; Prevalence of Burnout syndrome in anesthesiologists of Paraguay during 2010. *Mem. Inst. Invest. ...*, 7(1), 13–20. Retrieved from <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=618676&indexSearch=ID>
- Manso-Pinto, J. F. (2006). Estructura factorial del maslach burnout inventory-version human services survey-en Chile. *Interamerican Journal of Psychology*, 40(1), 111–114.
- Mariños, A., Otero, M., Málaga, G., & Tomateo, J. (2011). Coexistencia de síndrome de Burnout y síntomas depresivos en médicos residentes: Estudio descriptivo transversal en un hospital nacional de Lima. *Revista Medica Herediana*, 22(4), 162–169. Retrieved from http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2011000400003&script=sci_arttext
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). Maslach Burnout Inventory--ES Form. *PsycTESTS*. <https://doi.org/10.1037/t05190-000>
- Matia Cubillo, A. C., Cordero Guevara, J., Mediavilla Bravo, J. J., Pereda Riguera, M. J., Gonzalez Castro, M. L., & Gonzalez Sanz, A. (2012). Evolucion del burnout y variables asociadas en los medicos de atencion primaria. In *Atencion Primaria* (Vol. 44, pp. 532–539). <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.05.021>
- Patlán Pérez, J. (2013). Effect of burnout and work overload on the quality of work life Efeito do burnout e a sobrecarga na qualidade de vida no trabalho. *Estudios Gerenciales*, 29(29), 445–455. <https://doi.org/10.1016/j.estger.2013.11.010&domain=pdf>
- Prieto-Miranda, S. (2010). Desgaste profesional y calidad de vida en médicos residentes. *Medigraphic.Com*, 51(5), 7–10. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im135m.pdf>

- Quiroz Valdivia, R., & Saco Méndez, S. (2010). FACTORES ASOCIADOS AL SINDROME BURNOUT EN MEDICOS Y ENFERMERAS DEL HOSPITAL NACIONAL SUR ESTE DE ESSALUD DEL CUSCO.
- Rivera-Ávila, D. A., Rivera-Hermosillo, J. C., & González-Galindo, C. (2016). Validación de los cuestionarios CVP-35 y MBI-HSS para calidad de vida profesional y burnout en residentes. *Investigación En Educación Médica*. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.05.010>
- Rojas, E., Obregón-hernández, G., González-maraña, M., Al-, S., Meneses-garcía, A., Riveros-rosas, A., & Sánchez-sosa, J. J. (2012). Factores asociado con el síndrome de burnout en el equipo médico y paramédico en el Instituto Nacional de Cancerología de México, *1*(55), 72–81.
- Roldan, M. (2015). Síndrome por quemarse en el trabajo y variables familiares y laborales de los médicos generales de Bogotá. Una estrategia de calidad laboral, *4*(44), 198–205. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.05.017>
- Ruiz, F., & Sancho, Y. A. Z. (2014). Análisis de la motivación en corredores de maratón españoles. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *46*(1). [https://doi.org/10.1016/S0120-0534\(14\)70001-9](https://doi.org/10.1016/S0120-0534(14)70001-9)
- Suñer-solera, R., & Grau-martína, A. (2014). Síndrome de Burnout en médicos.
- Tejada, P., & Gómez, V. (2012). Prevalencia y factores demográficos y laborales asociados al burnout de psiquiatras en Colombia. *Universitas Psychologica*, *11*(3), 863–873. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-1.vfmb>
- Vera, J. B., Medina, H. C., & Bailón, J. C. (2012). Prevalencia y factores influyentes del síndrome de burnout en internos y residentes de los hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga, Cuenca-, 1–73. Retrieved from <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3518>

ANEXOS

ANEXO # 1

“UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA” “SINDROME DE BURNOUT EN MEDICOS DEL HOSPITAL GENERAL TEOFILO DAVILA DE MACHALA”



DATOS GENERALES DEL INVESTIGADO:

Edad: 20-30() 31-40 () 41-50 () 51-60() ≥61 () Genero: M () F ()

Estado civil: Soltero/a() Casado/a() Unión libre() Divorciado/a() Viudo/a()

Años de servicio: 0-10 () ; 11-20() ; 21-30 () ; >30()

Puesto que Ocupa: A) Tratante:.....

B) Médico residente.....

Le solicito muy comedidamente que marque con una X la respuesta que usted considere, recordándole que los datos serán manejados confidencialmente

TEST DE MASLASCHE BURNOUT INVENTORY (MBI)

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

0= NUNCA. 1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS. 2= UNA VEZ AL MES O MENOS.

3= UNAS POCAS VECES AL MES. 4= UNA VEZ A LA SEMANA. 5= POCAS VECES A LA SEMANA.

6= TODOS LOS DÍAS.

INTERROGANTES		0	1	2	3	4	5	6
1	<i>Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo</i>							
2	<i>Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío</i>							
3	<i>Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado</i>							
4	<i>Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes</i>							
5	<i>Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.</i>							
6	<i>Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa</i>							

7	<i>Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes</i>								
8	<i>Siento que mi trabajo me está desgastando</i>								
9	<i>Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo</i>								
10	<i>Siento que me he hecho más duro con la gente</i>								
11	<i>Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.</i>								
12	<i>Me siento con mucha energía en mi trabajo</i>								
13	<i>Me siento frustrado en mi trabajo.</i>								
14	<i>Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.</i>								
15	<i>Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes</i>								
16	<i>Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa</i>								
17	<i>Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.</i>								
18	<i>Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes.</i>								
19	<i>Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.</i>								
20	<i>Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades</i>								
21	<i>Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.</i>								

22	<i>Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.</i>							
----	--	--	--	--	--	--	--	--

ESPACIO PARA USO ESTRICTO DEL INVESTIGADOR

<i>Aspecto evaluado</i>	<i>Preguntas a evaluar</i>	<i>Valor total</i>
<i>Cansancio emocional</i>	1-2-3-6-8-13-14-16-20	
<i>Despersonalización</i>	5-10-11-15-22	
<i>Realización personal</i>	4-7-9-12-17-18-19-21	

ANEXO # 2

Econ. Carlos Márquez Granja

GERENTE DEL HOSPITAL GENERAL TEOFILO DAVILA

Ciudad.

De mis consideraciones:

Yo, Marlon Gabriel Sinchire Jiménez, con cédula de ciudadanía 1105579195, Estudiante de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja; me dirijo a usted muy respetuosamente deseándole éxitos en el desempeño de sus funciones, el motivo de la misma es para solicitarle ya que por motivo de estar en etapas de culminar mi carrera profesional y como requisito es realizar el estudio de Tesis previo grado de Médica General, me digno pedir el permiso correspondiente para realizarla en los médicos que trabajan en nuestro querido hospital que responsablemente usted dirige, para poder desarrollar y llevar a cabo mi Tesis cuyo tema es: **“SINDROME DE BURNOUT EN MEDICOS DEL HOSPITAL GENERAL TEOFILO DAVILA DE MACHALA”**

Por la atención prestada y esperando una respuesta positiva desde ya antelo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente

Marlon Gabriel Sinchire Jiménez

CI: 1105579195

ANEXO # 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ afirmo que he sido informado y acepto participar de manera voluntaria en el estudio **“SINDROME DE BURNOUT EN MEDICOS DEL HOSPITAL GENERAL TEOFILO DAVILA DE MACHALA”**, realizado por el Sr. Marlon Gabriel Sinchire Jiménez, estudiante de la Carrera de Medicina, como tesis para obtener el título de Médico General.

Según la información ofrecida, en el estudio se requiere contestar un Test, lo cual no implica ningún tipo de riesgo para mí, o la institución, los datos suministrados serán manejados con la debida confidencialidad y los resultados obtenidos serán socializados sin dar a conocer datos personales y utilizados sólo con fines académicos

Tengo claro que durante la aplicación del instrumento puedo desistir de mi decisión de participar en este estudio, sin que esto motive consecuencia alguna para mí en los procesos de oferta de servicios de la institución.

Como constancia de mi autorización firmo el presente documento.

Firma: _____

Fecha: _____

ANEXO # 4



Líderes en la Enseñanza del Inglés

Lic. Yohana Novillo
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis titulada: "SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS DEL HOSPITAL GENERAL TEOFILO DÁVILA DE MACHALA", autoría de la Sr. Marlon Gabriel Sinchire Jiménez con número de cédula 1105579195, egresado de la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Loja.

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

Loja, 19 de Enero de 2017

Lic. Yohana Novillo
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.



Líderes en la Enseñanza del Inglés

uned English Cía. Ltda. | Teléfono 2578899 | Email venalfine@finetunedenglish.edu.ec | www.finetunedenglish.edu.ec

LOJA: Fine-Tuned English, Macará entre Miguel Riofrio y Rocafuerte. 2578899, 2563224, 2574702
ZAMORA: Fine-Tuned Zamora, García Moreno y Pasaje 12 de Febrero. Teléfono: 2608169
CATAMAYO: Fine-Tuned Catamayo, Av. 24 de Mayo 08-21 y Juan Montalvo. Teléfono: 2678442

