



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

**SÍNDROME DEL QUEMADO POR EL TRABAJO –BURNOUT- EN MÉDICOS
DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA QUE SE ENCUENTRAN TRABAJANDO
EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE LA CIUDAD DE IBARRA**

Trabajo de Titulación presentado en conformidad a los requisitos
establecidos para optar por el título de
Psicóloga Organizacional

Profesor Guía
Pablo Xavier Molina Bravo

Autora
Karla Daniela Aguirre Zambonino

Año
2013

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con el/la estudiante, orientando sus conocimientos para un adecuado desarrollo del tema escogido, y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación.”

Pablo Xavier Molina Bravo
Psicólogo Organizacional
C.I.: 170678511-8

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes”.

Karla Daniela Aguirre Zambonino

C.I.: 100265225-1

AGRADECIMIENTOS

A Dios; por ser el Todopoderoso, el hacedor de las cosas y el dueño de mi existencia. Gracias infinitas por guiar mi camino y mantenerme con salud y con vida.

A mi familia; a mis padres y a mi hermana por brindarme su apoyo constante y ser mi soporte a lo largo de todos estos años. Muchas gracias por todo su amor y paciencia.

A mi novio; gracias por estar conmigo en todo momento y enseñarme que todo en la vida es posible cuando se lucha con el corazón.

A mi tutor; gracias por guiar el presente trabajo de titulación y aportar con su valioso conocimiento.

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a la mejor madre del mundo Teresa Zambonino, por ser mi razón de ser y por todo el amor y cariño que me ha dado durante toda mi existencia. Por su comprensión infinita, por su dedicación, por ser el mejor ejemplo de mujer y madre, y enseñarme el verdadero sentido de la vida.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación es de tipo transversal, descriptivo y correlacional y se realizó desde el enfoque cuantitativo. Nació con el objetivo de determinar la prevalencia del Síndrome del Quemado por el Trabajo - Burnout- en médicos de atención especializada que se encuentran trabajando en los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra, Ecuador. La muestra estuvo constituida por 65 médicos especialistas hombres y mujeres de diferentes áreas médicas, con edades que oscilan entre los 30 a 60 años. Del total de la muestra, 59 médicos participaron en el presente estudio, quienes se sometieron a los cuestionarios: Maslach Burnout Inventory- Human Survey Services y de variables sociodemográficas, diseñado por la autora de la investigación. Para analizar los datos se utilizó el procesador de SPS en su versión 20, mediante el uso de las diferentes pruebas estadísticas descriptivas e inferenciales, especialmente a través de la prueba Chi cuadrado.

En términos generales los resultados indicaron una prevalencia del Síndrome del 25.42% en la muestra estudiada. Con respecto a las tres dimensiones del Burnout, predominó un alto nivel de cansancio emocional con el 37.29%; un bajo nivel de despersonalización con el 47.46%, y bajos niveles de baja realización personal con el 76.27%. Respecto a las variables sociodemográficas estudiadas, se determinó que el mayor porcentaje de prevalencia se encuentra en el género masculino, en los casados y en aquellos profesionales que están trabajando por más de 10 años en el hospital. A pesar de obtener resultados importantes a nivel de variables sociodemográficas se identificó que éstos no fueron estadísticamente significativos para realizar inferencias estadísticas. En la actualidad las organizaciones están dando importancia a la calidad de la salud laboral en los entornos de trabajo, por esto el presente estudio da énfasis en los riesgos psicosociales, especialmente en el Burnout y la importancia de los factores organizacionales en el desarrollo del Síndrome.

Palabras claves: Riesgos del trabajo, riesgos psicosociales, Síndrome de Burnout, salud laboral.

ABSTRACT

The present research is cross-sectional, descriptive and correlational which ran from the quantitative approach. It is aimed to determine the prevalence of the Burnout Syndrome in specialized care doctors which are working in public hospitals of the city of Ibarra, Ecuador. The sample consisted of 65 medical specialists, both men and women from different medical areas, with ages ranging from 30 to 60 years old. Of the total sample 59 doctors participated in this study. Participants underwent the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey and a sociodemographic questionnaire designed by the author of this research. To analyze the data the SPS processor in the version 20 was applied, using different descriptive and inferential statistics, especially through Chi cuadrado test.

Overall results indicated a 25.42% prevalence of the syndrome in the study sample. In regards to the three dimensions of burnout, the prevailing high levels of emotional exhaustion consisted of 37.29%, a low level of depersonalization consisted of 47.46% and low levels of personal accomplishment consisted of 76.27%. Regarding sociodemographic variables, it was determined that the highest prevalence rate appeared in the male gender, which were married and those professionals who have been working for more than 10 years in the hospital. Despite important sociodemographic results, it was identified that these were not statistically significant enough in order to make statistical inferences. Today organizations are awarding higher importance to the quality of health in work environments, so the present study grants emphasis on psychosocial risks, especially in Burnout and the importance of organizational factors in the development of the syndrome.

Key words: Occupational risks, psychosocial risks, Burnout Syndrome, occupational health.

ÍNDICE

1. Introducción.....	1
2. Marco Teórico y Discusión Temática	5
2.1 Riesgos del Trabajo.....	7
2.1.1 Lesión o Accidente Laboral y Enfermedades Profesionales	8
2.1.2 Clasificación de los Factores de Riesgo	9
2.2 Factores de Riesgo Psicosociales.....	10
2.2.1 Causas y Consecuencias de los Riesgos Psicosociales	12
2.3 Síndrome de Burnout	14
2.3.1 Conceptualización del Burnout	15
2.3.2 Síntomas del Síndrome	18
2.3.3 Teoría Organizacional del Burnout	19
2.3.4 Antecedentes del Burnout.....	20
2.3.4.1 Antecedentes del Entorno Social de la Organización	21
2.3.4.2 Antecedentes del Sistema Físico de la Organización	27
2.3.4.3 Antecedentes del Sistema Social- Interpersonal de la Organización	29
2.3.4.4 Antecedentes del Sistema Personal de los Miembros de la Organización.....	32
2.3.5 Desarrollo del Burnout	33
2.3.6 El Burnout en el Personal Médico.....	37
2.3.7 Consecuencias Organizacionales.....	43
2.3.8 Prevención del Síndrome Burnout	45
3. Objetivos	46
3.1 Objetivo General.....	46
3.2 Objetivos Específicos	47
4. Pregunta	47
4.1 Hipótesis.....	47
5. Método.....	47
5.1 Tipo de Diseño y Enfoque	48
5.2 Muestreo/ Participantes.....	50
5.3 Recolección de Datos.....	52

5.3.1	Cuestionario Maslach Burnout Inventory Human Services Survey MBI-HSS	52
5.3.2	Cuestionario de Variables Sociodemográficas	54
5.4	Procedimiento	54
5.5	Análisis de Datos.....	56
5.5.1	Distribuciones Chi cuadrado	56
5.5.2	Tabla de Contingencia	58
5.5.3	Coefficiente de Contingencia	59
5.5.4	Alfa de Cronbach	59
5.5.5	Escala de Likert	59
6.	Resultados.....	60
7.	Discusión y Conclusiones	85
	Referencias.....	95
	Anexos	107

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Criterios de exclusión e inclusión del muestreo considerados por la investigadora del presente estudio	51
Tabla 2.	Escalas del Síndrome del Hospital A.....	60
Tabla 3.	Escalas del Síndrome del Hospital B.....	61
Tabla 4.	Escalas del Síndrome de los médicos especialistas de los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra.....	62
Tabla 5.	Prevalencia del Síndrome en los hospitales A y B.	63
Tabla 6.	Prevalencia del Síndrome en los médicos especialistas de los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra.	64
Tabla 7.	Relación entre prevalencia del Síndrome – Sexo en los médicos especialistas de los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra.	65
Tabla 8.	Relación entre prevalencia del Síndrome – Estado civil en los médicos especialistas de los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra.....	66
Tabla 9.	Relación entre prevalencia del Síndrome – Especialidad en los médicos especialistas de los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra.....	67
Tabla 10.	Relación entre prevalencia del Síndrome – Antigüedad en los médicos especialistas de los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra.....	68
Tabla 11.	Relación entre prevalencia del Síndrome – Antigüedad (≥ 10 años o < 10 años) en los médicos especialistas de los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra.....	69
Tabla 12.	Relación entre prevalencia del Síndrome – Antigüedad (≥ 10 años o < 10 años) en los hospitales A y B.....	70
Tabla 13.	Nivel alto del Síndrome en los médicos especialistas de los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra.....	71
Tabla 14.	Nivel Alto del Síndrome en los hospitales A y B.....	72
Tabla 15.	Características de toda la muestra	73

Tabla 16. Resultados obtenidos por la investigadora a través del programa SPS. Chi cuadrado agotamiento emocional – edad.	75
Tabla 17. Resultados obtenidos por la investigadora a través del programa SPS. Coeficiente de contingencia agotamiento emocional – edad.	75
Tabla 18. Resultados obtenidos por la investigadora a través del programa SPS. Chi cuadrado despersonalización – estado civil.	76
Tabla 19. Resultados obtenidos por la investigadora a través del programa SPS. Coeficiente de contingencia despersonalización – estado civil.	76
Tabla 20. Resultados obtenidos por la investigadora a través del programa SPS. Chi cuadrado realización personal – edad.	77
Tabla 21. Resultados obtenidos por la investigadora a través del programa SPS. Coeficiente de contingencia realización personal- edad.	77

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Tabla de contingencia	58
Figura 2. Resultados obtenidos por la investigadora a través del cuestionario MBI de los niveles de la escala EE hospital A.....	60
Figura 3. Resultados obtenidos por la investigadora a través del cuestionario MBI de los niveles de la escala DP hospital A.	60
Figura 4. Resultados obtenidos por la investigadora a través del cuestionario MBI de los niveles de la escala PA hospital A.....	60
Figura 5. Resultados obtenidos por la investigadora a través del cuestionario MBI de los Niveles de la escala EE hospital B.	61
Figura 6. Resultados obtenidos por la investigadora a través del cuestionario MBI de los niveles de la escala DP hospital B.	61
Figura 7. Resultados obtenidos por la investigadora a través del cuestionario MBI de los niveles de la escala PA hospital B.....	61
Figura 8. Resultados obtenidos por la investigadora a través del cuestionario MBI de los niveles de la escala EE en hospitales públicos de Ibarra.....	62
Figura 9. Resultados obtenidos por la investigadora a través del cuestionario MBI de los niveles de la escala DP en hospitales públicos de Ibarra.....	62
Figura 10. Resultados obtenidos por la investigadora a través del cuestionario MBI de los niveles de la escala PA en hospitales públicos de Ibarra.....	62
Figura 11. Resultados obtenidos por la investigadora a través del cuestionario MBI sobre la prevalencia del Síndrome de Burnout en el hospital A.	63
Figura 12. Resultados obtenidos por la investigadora a través del cuestionario MBI sobre la prevalencia del Síndrome de Burnout en el hospital B.	63
Figura 13. Resultados obtenidos por la investigadora a través del cuestionario MBI sobre la prevalencia del Síndrome de	

Burnout en los médicos especialistas de los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra.....	64
Figura 14. Resultados obtenidos por la investigadora a través del cuestionario MBI y el cuestionario de variables sociodemográficas sobre la prevalencia del Síndrome de Burnout – Sexo.....	65
Figura 15. Resultados obtenidos por la investigadora a través del cuestionario MBI y el cuestionario de variables sociodemográficas sobre la prevalencia del Síndrome de Burnout – Estado Civil.....	66
Figura 16. Resultados obtenidos por la investigadora a través del cuestionario MBI y el cuestionario de variables sociodemográficas sobre la prevalencia del Síndrome de Burnout – Especialidad.....	67
Figura 17. Resultados obtenidos por la investigadora a través del cuestionario MBI y el cuestionario de variables sociodemográficas sobre la prevalencia del Síndrome de Burnout – Antigüedad.....	68
Figura 18. Resultados obtenidos por la investigadora a través del cuestionario MBI y el cuestionario de variables sociodemográficas sobre la prevalencia del Síndrome de Burnout – Antigüedad (≥ 10 años o < 10 años).....	69
Figura 19. Resultados obtenidos por la investigadora a través del cuestionario MBI y el cuestionario de variables sociodemográficas sobre la prevalencia del Síndrome de Burnout – Antigüedad (≥ 10 años o < 10 años) en el Hospital A.....	70
Figura 20. Resultados obtenidos por la investigadora a través del cuestionario MBI y el cuestionario de variables sociodemográficas sobre la prevalencia del Síndrome de Burnout – Antigüedad (≥ 10 años o < 10 años) en el Hospital B.....	70

Figura 21. Resultados obtenidos por la investigadora a través del cuestionario MBI y el cuestionario de variables sociodemográficas sobre el nivel alto del Síndrome.....	71
Figura 22. Resultados obtenidos por la investigadora a través del cuestionario MBI y el cuestionario de variables sociodemográficas sobre el nivel alto del Síndrome hospital A.....	72
Figura 23. Resultados obtenidos por la investigadora a través del cuestionario MBI y el cuestionario de variables sociodemográficas sobre el nivel alto del Síndrome hospital B.....	72
Figura 24. Resultados obtenidos por la investigadora a través del cuestionario MBI y el cuestionario de variables sociodemográficas sobre el sexo de toda la muestra.....	73
Figura 25. Resultados obtenidos por la investigadora a través del cuestionario MBI y el cuestionario de variables sociodemográficas sobre Estado civil de toda la muestra.....	73
Figura 26. Resultados obtenidos por la investigadora a través del cuestionario MBI y el cuestionario de variables sociodemográficas sobre la especialidad de toda la muestra.	74
Figura 27. Resultados obtenidos por la investigadora a través del cuestionario MBI y el cuestionario de variables sociodemográficas sobre los años de antigüedad.....	74

1. Introducción

El hombre a lo largo de su existencia ha venido desarrollando la actividad laboral, la cual es considerada una de las actividades fundamentales en las que se organiza la sociedad. La interacción social producida entre el hombre y el entorno de trabajo ha tenido resultados beneficiosos y dañinos, llegando a ser la causa de importantes trastornos laborales que afectan al individuo, a la organización en donde se desempeña y a la sociedad en sí (Rodríguez, Zarco y Gonzáles, 2009, pp. 120-121). Al relacionar la actividad laboral con la salud, se puede observar que uno de los bienes más valorados actualmente por las personas, comunidades y países es la salud en el trabajo. (Barrios y Paravic, 2006, p. 136). Así, un entorno laboral saludable es esencial en el bienestar personal, organizacional y social.

El mundo organizacional ha experimentado cambios importantes, las nuevas exigencias de trabajo, los requerimientos en cuanto a formación académica basados en altos estándares, y las necesidades de productividad, rendimiento y de logro han sido determinantes para la aparición de riesgos psicosociales que no existían anteriormente.

En 1977, el Instituto Nacional de Salud e Higiene en el Trabajo [INSHT] (citado en Ramírez y Lee, 2011, p. 2) define a los riesgos psicosociales como “aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la realización de la tarea, y que tienen capacidad para afectar tanto al bienestar o a la salud (física, psíquica o social) del trabajador como al desarrollo del trabajo”.

Un riesgo psicosocial presente en las organizaciones es el Burnout descrito inicialmente por Maslach y Jackson en 1986. Cartwright y Cooper (2009, p. 90) brindan una definición producto del análisis de anteriores investigaciones. Lo conceptualizan como el Síndrome que se desarrolla en respuesta a factores

estresantes interpersonales crónicos en el trabajo, que presenta tres dimensiones claves las cuales son: el agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización personal.

En el periodo de diciembre del 2006 a septiembre del 2007, Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Bragaa (2009, pp. 215-223) realizaron un estudio a 11.530 profesionales sanitarios hispanohablantes, determinando que existe una mayor prevalencia del Síndrome en Argentina, España y Uruguay, en relación con otros países de habla hispana. En la Investigación se identificó que la prevalencia del Síndrome en otros países incluyendo al Ecuador se encuentra entre el 2,5% y 5,9%, lo cual es una evidencia de la presencia del Síndrome en el país. El personal sanitario más afectado es el médico con un 12,1% de prevalencia.

El personal médico en el ejercicio de su profesión se enfrenta a condiciones importantes que ocasionan Burnout, fundamentalmente por la interacción constante y directa con los destinatarios de su trabajo: los pacientes.

Considerando que la relación asistencial médico paciente es una de las más complejas dentro de las relaciones sociales, debido a sus dos aristas: técnicas y humanas, es lógico suponer que el médico va a sentir una importante presión por satisfacer estas dos condiciones en función del bienestar del paciente (Borrell, 2007, p. 2). Por ende, las consecuencias del Síndrome del Quemado por el Trabajo afectan tanto a la salud del trabajador como a la relación del mismo con la organización.

Sobrequés et al. (2003, pp. 227-233) realizaron un estudio que relacionó la satisfacción laboral con el Síndrome del Burnout en 603 médicos de atención primaria, en la ciudad de Barcelona, con el objetivo de determinar la influencia en la calidad asistencial que es de vital importancia en la gestión individual y organizacional. Como consecuencia de la investigación se obtuvo un resultado medio de satisfacción global pudiéndose determinar que “la satisfacción laboral

y el quemado por el trabajo presentan un comportamiento muy próximo y de sentido inverso, puesto que la satisfacción crece cuando el quemado por el trabajo adquiere valores bajos” (Sobrequés et al., 2003, p. 233).

Teniendo en cuenta los diferentes estudios realizados, uno de los principales intereses de esta investigación es considerar al Burnout en el personal médico desde una perspectiva organizacional, relacionándola con los riesgos psicosociales y con la salud laboral.

En Ecuador, este tipo de investigaciones no se han profundizado en ciudades pequeñas que se enfrentan a diferentes situaciones con relación a las grandes urbes como Quito y Guayaquil. La infraestructura, la oferta, la demanda, las condiciones laborales, la competencia profesional y la remuneración percibida son variables diferentes con las que los médicos que laboran en la ciudad de Ibarra tienen que enfrentarse. Considerando los aspectos que afronta el personal médico de dicha ciudad el objetivo de esta investigación es determinar la prevalencia del Síndrome del Quemado por el Trabajo –Burnout- en médicos de atención especializada que se encuentran trabajando en los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra.

Aranda et al. (2004, pp. 28-34) en el estudio realizado a médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social determinó la existencia del 42,3% de prevalencia del Síndrome Burnout en los médicos, los factores determinantes en la prevalencia constituían el ser solteros, tener estudios superiores o inferiores al puesto y contar con factores psicosociales negativos. Esta investigación ha demostrado que factores que a simple vista parecen no relevantes son los causantes fundamentales de este Síndrome. Entonces, ¿en los profesionales médicos de la salud de la ciudad de Ibarra que realizan una serie de actividades que los exponen a diferentes riesgos laborales, el Burnout sería uno de los principales riesgos psicosociales que sufren estos médicos?

Los estudios citados demuestran que existen niveles altos de prevalencia e incidencia de este Síndrome en la actualidad, convirtiéndolo en un problema social que se encuentra afectando a muchos campos profesionales y organizacionales, por ende, la necesidad de estudiarlo es de alta importancia para la sociedad y grupos de interés. La importancia de investigar el Síndrome de quemarse por el trabajo está asociada a la salud laboral y al derecho que tiene cada individuo de desenvolverse en un ambiente adecuado tomando en cuenta la protección de la salud de cada trabajador (Fidalgo, 2011, pp. 2-7).

Una de las principales deficiencias encontradas en las diferentes investigaciones guardan relación con los métodos empleados en la medición del Síndrome, los cuales han sido criticados por las debilidades en cuanto a criterios de validez y confiabilidad de los instrumentos de medición y “por la falta de rigurosidad en el análisis de los puestos de trabajo, lo que habría llevado a la pérdida de perspectiva respecto de las variaciones del fenómeno en contextos diversos de empleo” (Cornejo y Quiñónez, 2007, p. 76). Para evitar este tipo de inconvenientes, en el presente estudio se utiliza como instrumento de medición al cuestionario MBI-HSS, por su alto nivel de confiabilidad y consistencia interna, el cual evalúa tres dimensiones y está diseñado para aplicarse de una manera rápida y sencilla, constituyéndose como el método más aceptable y confiable (Bresó, Salanova y Schaufeli, 2011, pp. 2-3).

Por medio de la investigación, la población de la ciudad Ibarra, tanto autoridades, como pacientes y los propios médicos especialistas van a adquirir un mayor conocimiento acerca del Síndrome. Este estudio constituirá una fuente importante de información que permitirá a los interesados establecer sus propias estrategias de prevención y afrontamiento. De igual manera permite que los encargados de la administración pública y privada tomen medidas necesarias para adoptar nuevas políticas en función de sus necesidades con el objetivo de obtener el mejoramiento de la salud laboral y lograr en el trabajador

un bienestar integral dentro del entorno en donde desempeña sus actividades de carácter productivo.

2. Marco Teórico y Discusión Temática

El mundo del trabajo vive transformaciones importantes, muchas de las cuales se relacionan con la salud de los trabajadores. Álvarez y Faizal (2012, pp. 19-20) indican que el trabajo ha constituido la base para muchos de los cambios de la humanidad, por ello éste tiene un impacto significativo en la salud del trabajador y de la organización y al no ser adecuado puede enfermar o atacar a quien lo realiza. Las enfermedades y los accidentes laborales suscitados dentro de las organizaciones han ocasionado que éstas se enfrenten a ambientes cambiantes y dinámicos, demandantes de una adaptación y reestructuración.

Según Center for Disease Control and Prevention, 2009 (citado en Rodríguez et al., 2009, p. 118) “Cada año, unos 3,3 millones de trabajadores sufren algún tipo de accidente en sus respectivos puestos de trabajo, y un mínimo de cinco mil terminan perdiendo la vida como consecuencia de daños y lesiones. De otro lado, las enfermedades profesionales afectan anualmente a un total de 862.000 trabajadores, y se estima que en torno a 50.000 o 60.000 terminan falleciendo”.

La Organización Internacional del Trabajo [OIT], en el informe de la Conferencia Internacional del Trabajo (2009, pp. 102-103) explica que las estadísticas referentes a enfermedades y accidentes de trabajo han disminuido en aquellos países industrializados que cuentan con sistemas de prevención seguros, mientras que se ha producido un aumento en los países que se encuentran en una creciente industrialización como son países de América Latina y Asia, debido a que estas regiones no cuentan con los recursos para mantener sistemas efectivos de seguridad y salud ocupacional.

Con los datos señalados y las drásticas transformaciones que se producen en la actualidad en el ámbito laboral, la preocupación por la salud en las organizaciones se ha convertido en una constante, es por ello que las empresas han hecho énfasis en la calidad de vida a nivel laboral de sus colaboradores, debido a que la satisfacción y el bienestar afectan directamente en la eficacia de una organización (André, De Juan, Escobar, Jarabo y Martínez, 2006, p. 3).

Donabedian, en 1984 (citado en Álvarez y Faizal, 2012, pp. 151-154) conceptualizó a la calidad de vida como: “La percepción del individuo de su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones”. El mejoramiento de la calidad de vida está cobrando una importancia significativa en la promoción de la salud laboral dentro de los sistemas organizacionales. Al hablar de sistemas organizacionales hacemos referencia a lo que las organizaciones representan en la actualidad, puesto que éstas constituyen un sistema integral que está en construcción continua y a su vez está compuesto por varios subsistemas o unidades, en donde la trasmisión de información entre todo el equipo organizacional, la interacción e interdependencia entre áreas y unidades es una necesidad primordial para el correcto funcionamiento del mismo (Creus y Mangosio, 2011, pp. 7-8).

Johansen (2004, p. 54) explica que el sistema “es un grupo de partes y objetos que interactúan y que forman un todo o que se encuentran bajo la influencia de fuerzas en alguna relación definida”.

Una vez entendido lo que es un sistema y a las organizaciones como sistemas integrales, es necesario recalcar sobre este tipo de organizaciones, puesto que actualmente son concebidas como colectividades que desarrollan la capacidad de implantar estrategias ante los cambios que se presentan en el entorno, con el objeto de lograr su supervivencia dentro de un mundo cambiante tal como afirma Rodríguez et al. (2004, pp. 103-112). Las estrategias de cambio

conlleven a la reorganización de todo el sistema organizacional, influyendo así en la cultura, clima, ambiente, visión y estructura, pues son factores que se encuentran íntimamente relacionados. Cascio y Guillén (2010, pp. 233-239) explican que el proceso de cambio en la actualidad está influyendo en el nuevo enfoque del manejo de las empresas dirigido al desarrollo integral que afecta a todas las personas que integran la organización.

La necesidad de cambio ha surgido como consecuencia de las diferentes transiciones en el mundo laboral: las nuevas políticas laborales, las maneras actuales en las que se organiza el trabajo, la innovación tecnológica, el desconocimiento de los trabajadores de los procesos de trabajo, las maneras de interacción en la organización, entre otras condiciones en las que los empleados se desenvuelven diariamente se han convertido en factores que han influido en la aparición de los diferentes riesgos laborales o del trabajo, constituyéndose en causantes del alto índice de accidentabilidad en el ambiente laboral y de la aparición de importantes enfermedades profesionales (Rodríguez et al., 2009, pp. 120-121).

2.1 Riesgos del Trabajo

El Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo (citado en SICE, 2013, p. 1) define a los riesgos laborales como la “probabilidad de que la exposición a un factor ambiental peligroso en el trabajo cause una enfermedad o lesión”. La presente definición no toma en consideración a las pérdidas o daños materiales, pues solamente considera riesgos laborales a aquellos que causan algún tipo de daño al trabajador. En contraposición y tomando en cuenta también a los daños materiales, González (2003, p. 4) indica que los riesgos laborales son aquellos factores que irrumpen el equilibrio integral psíquico, físico y social de la salud en el sistema de trabajo.

2.1.1 Lesión o Accidente Laboral y Enfermedades Profesionales

El Código del Trabajo. Registro Oficial Suplemento No.167 (2012, p. 92) explica que un accidente laboral es “todo suceso imprevisto y repentino que ocasiona al trabajador una lesión corporal o perturbación funcional, con ocasión o por consecuencias del trabajo que ejecuta por cuenta ajena”. Este suceso imprevisto y repentino se da como efecto del trabajo o también mientras se traslada a su domicilio o viceversa, tal como lo afirma el Seguro General de Riesgos del trabajo en la Resolución No. C.D.390 (2011, p. 5) en su Art. 6.

Las enfermedades profesionales “son aquellas afecciones agudas o crónicas causadas de una manera directa por el ejercicio de la profesión o labor que realiza el trabajador y que produce incapacidad” (Código del Trabajo. Registro Oficial Suplemento No.167, 2012, p. 92).

En el 2004, en el informe presentado por la agencia Eurostat (citado en Rodríguez et al., 2009, pp. 118-119) se expuso que en la Unión Europea se producen alrededor de 7.6 millones de accidentes laborales, mismos que ocasionan la baja o ausencia del trabajador, produciendo grandes pérdidas para las organizaciones europeas. El mismo informe señaló cifras importantes respecto a las enfermedades profesionales indicando que un total de ocho millones de trabajadores sufren problemas de salud a consecuencia del empleo actual o empleos anteriores.

En Latinoamérica los datos no son más gratos. La OIT, en el año 2012 (citado en El Telégrafo, 2012, párr.1) indicó que cada 15 minutos en América Latina un trabajador se encuentra sufriendo un accidente o enfermedad profesional, a causa de las condiciones de trabajo en las que se encuentra inmerso.

Por las estadísticas significativas citadas, las organizaciones para evitar accidentes y/o enfermedades profesionales deben tomar medidas preventivas significativas y realizar una evaluación constante y adecuada en la actividad

productiva, con el fin de minimizar la probabilidad de aparición de los riesgos y la severidad de los mismos.

2.1.2 Clasificación de los Factores de Riesgo

Existen diferentes factores que determinan los diversos riesgos presentes en el mundo laboral, y que la seguridad en el trabajo ha puesto gran interés en su estudio e investigación (Chinchilla, 2002, p. 52).

Cada uno de los trabajadores, sin excepción, se encuentran expuestos en menor o mayor medida a determinados tipos de riesgos según la actividad laboral que realizan, por tal motivo, es sumamente necesario identificarlos para poder actuar sobre ellos ya sea en la fuente, en el medio o en el trabajador.

Factores de riesgo físico

Son aquellas condiciones físicas que pueden afectar a la salud del trabajador y se derivan de las circunstancias ambientales. Entre los principales riesgos físicos se encuentran: la iluminación, la ventilación, la temperatura, el ruido y las radiaciones ionizantes y no ionizantes (Chinchilla, 2002, p. 53).

Factores de riesgo biológico

“Se definen los agentes biológicos como los microorganismos con inclusión de los genéticamente modificados, cultivos culturales y endoparásitos humanos, susceptibles de originar cualquier tipo de infección, alergia o toxicidad” (Díaz, 2010, p. 30).

Factores de riesgo químico

Tienen que ver con aquellos productos o sustancias naturales, sintéticas, orgánicas e inorgánicas que se encuentran en diferentes estados físicos

(humo, gases, vapores y polvos) dentro del entorno de trabajo (Álvarez y Faizal, 2012, pp. 19-20).

Factores de riesgo mecánico

La Universidad del Valle (2005, p. 1) contempla a los factores mecánicos como aquellos riesgos relacionados con las condiciones operativas, como los que se encuentran presentes en objetos, equipos, máquinas y herramientas que pueden ocasionar accidentes en el trabajo.

Factores de riesgo ergonómico.

Guardan relación con los riesgos que se producen por el diseño del puesto del trabajo. Son propios de la actividad laboral, de las relaciones del individuo con su medio de trabajo, de las posturas que adopte y de los esfuerzos del cuerpo (Mancera, Mancera, Mancera y Mancera, 2012, pp. 303- 304). Entre estos factores de riesgo se encuentran la mala postura corporal en el trabajo, la excesiva fuerza empleada, los movimientos repetitivos y continuos, los factores de riesgo de tipo ambiental y la organización de la actividad laboral (Chinchilla, 2002, p. 53).

2.2 Factores de Riesgo Psicosociales

El presente tema de estudio exige mayor profundización, puesto que el Síndrome del Burnout constituye el tema principal de la investigación, el cual se encuentra inmerso dentro de los riesgos psicosociales.

Moreno y Báez (2010, pp. 4-9) especifican que aproximadamente desde la década de los 70's, existe una mayor preocupación e interés formal por aquellos riesgos psicosociales producidos en el trabajo y su relación con la salud laboral. Desde ese momento se han publicado documentos relacionados con el tema, como aquella primera publicación anunciada en 1984 por la OIT

denominada “Los Factores Psicosociales en el Trabajo: Reconocimiento y Control” en la que profundiza sobre las condiciones laborales del trabajador dando interés a sus experiencia y percepción. A partir de ésta y otras publicaciones en los años ochenta se empezó a realizar aproximaciones conceptuales relevantes acerca del tema, en donde se vinculaba a los riesgos psicosociales con la salud del trabajador, con la organización y con el trabajo.

Con el interés que han puesto ciertos autores y organizaciones respecto a la relevancia de los riesgos psicosociales en la calidad de vida laboral, éstos se han convertido en uno de los problemas actuales más importantes del mundo laboral, debido a las altas cifras alcanzadas que dan como resultado un problema emergente en cuanto a salud pública (Villalobos, 2004, pp. 197-201). Por ende hacer énfasis en ellos se ha convertido en una necesidad organizacional.

El Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud [ISTAS] (2013, p. 1) los define como: “Aquellos factores de riesgo para la salud que se originan en la organización del trabajo y que generan respuestas de tipo fisiológico (reacciones neuroendocrinas), emocional (sentimientos de ansiedad, depresión, alienación, apatía, etc.), cognitivo (restricción de la percepción, de la habilidad para la concentración, la creatividad o la toma de decisiones, etc.) y conductual (abuso de alcohol, tabaco, drogas, violencia, asunción de riesgos innecesarios, etc.), conocidas popularmente como “estrés” y que pueden ser precursoras de enfermedad en ciertas circunstancias de intensidad, frecuencia y duración”.

En la actualidad, los trabajadores presentan mayor disconformidad con los aspectos organizativos que con los físicos; por ende el riesgo laboral proviene principalmente de factores organizacionales y psicosociales, llegando a considerarlos como elementos primarios de alta relevancia para la salud y seguridad laboral, según el estudio realizado en 1991 por la Fundación

Europea para las condiciones de trabajo (citado en Moreno-Jiménez, 2009, pp. 3-4).

Gil-Monte, 2005 (p. 23) indica que a nivel mundial entre “un 20 por 100 y un 25 por 100 de los trabajadores sufren de patologías de origen psicosocial”. Este Autor también indica que en el año 2000, el diario El Mundo (citado en Gil-Monte, 2005, p. 23) explicó que de cada 10 trabajadores pertenecientes a países industrializados al menos uno va sufrir de depresión, cansancio crónico y estrés. Europa es el continente con más avances en estudios e investigación sobre riesgos psicosociales. En el año 2000, el informe expuesto por la III Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo UE (citado en Unión General de Trabajadores de Madrid Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente, 2006, p. 4) indicó que 12.000.000 de trabajadores europeos padecen de riesgos psicosociales, constituyendo el 8% del total de trabajadores en Europa. Los más afectados fueron aquellos pertenecientes a sectores como sanidad, asistencia social y administración pública en donde la inseguridad, la sobrecarga y el nivel de exigencia eran superiores.

2.2.1 Causas y Consecuencias de los Riesgos Psicosociales

Los riesgos psicosociales son ocasionados por estresores laborales-organizativos y personales. Los primeros guardan relación con un conjunto de situaciones de carácter físico o psicosocial producidos por los entornos tóxicos en el ambiente de trabajo, por la influencia negativa de la organización, por las malas condiciones en las cuales se genera la actividad productiva, las formas negativas e inadecuadas de organizar el trabajo, así como por las relaciones sociales que se generan en la empresa y por cualquier otro factor ambiental propio de la actividad laboral. Los segundos se relacionan con estresores personales derivados de la capacidad del empleado, sus necesidades, su cultura y su situación individual. Estos factores al ser percibidos negativamente por el individuo se convierten en elementos de riesgo a nivel individual y laboral, mismos que generan consecuencias fisiológicas, psicológicas y efectos sociolaborales en la persona (Fernández, 2010, pp. 29-

32). Al igual que aumentan la probabilidad de que la salud física de los empleados y la salud de la organización se vea perturbada (Boada y Ficapal, 2012, pp. 51-53).

A nivel individual ocasiona daños importantes en su salud física o psíquica, afectando su desempeño y productividad, debido a que la persona se encontrará mentalmente ausente en el trabajo. Mientras que a nivel organizacional se produce una pérdida de rentabilidad y productividad, afectando a todo el sistema organizacional. Es preocupante que cada vez sean más frecuentes los casos de bajas por depresión, ausentismo laboral, y peticiones de jubilación anticipadas (Duque, 1999, p. 52).

Por todos los argumentos expuestos se ha logrado que los gobiernos den relevancia al estudio de los riesgos psicosociales en el trabajo, considerando las condiciones desencadenantes de los mismos y creando normas a favor de los trabajadores que hagan énfasis en la obligación del empleador de fomentar una cultura y una sensibilidad en el mundo laboral, enfatizando en la necesidad de identificar y prevenir diferentes riesgos (Gil-Monte, 2001, p. 21).

El INSHT, desde el año 1998 implementó un conjunto de normas técnicas de prevención (NTP), en donde se exponen estrategias de tipo técnico de prevención de dichos riesgos psicosociales aplicadas para la población y organizaciones españolas (Moreno y Báez, 2010, p. 5).

Teniendo como referencia a la correcta gestión realizada por ciertos países europeos como España, en cuanto al manejo de los riesgos psicosociales, en Ecuador es importante realizar una acertada intervención en el ambiente de trabajo, tomando en consideración al contenido y al entorno en el que se desarrolla el trabajo, sin olvidar las características individuales y al entorno extra-laboral del trabajador.

2.3 Síndrome de Burnout

El INSHT NTP 704 (2013, p. 1) explica que uno de los principales riesgos psicosociales es el Síndrome del Quemado por el Trabajo (SQT) o Burnout, que se produce cuando la persona no responde adecuadamente a las diferentes demandas propias del mundo laboral; estas respuestas dependen de los procesos cognoscitivos a nivel emocional y conductual que posee el individuo al enfrentarse a un evento que reconoce como estresante. El ambiente donde se desarrolla el sujeto es fundamental para la aparición del Síndrome, el cual se estudia desde hace más de treinta años debido a su prevalencia, especialmente en actividades laborales de carácter humano (Quinceno y Vinanccia, 2007, pp. 1-7).

El interés de estudiar este fenómeno se inició en Estados Unidos a mediados de los años setenta, el cual ha ido creciendo a nivel mundial por el incremento del Síndrome dentro de las organizaciones, pues cada día son más las personas quemadas por el trabajo. Hay que tener presente que al abordar la definición del Síndrome de Burnout, se tiene que subrayar que es una patología propia del trabajo, es por ello que es considerada como una manifestación proveniente de los riesgos psicosociales que aquejan al mundo organizacional en la actualidad, a la vez es entendida como una forma de acoso psicosocial dentro del ambiente laboral donde los trabajadores van a percibir una excesiva presión en sus labores y por ende se van a sentir agobiados y agotados. Por tal motivo es fundamental actuar con mayor énfasis sobre el entorno laboral, más que sobre el individuo, pues el problema radica en el trabajo y no en el trabajador (Gil-Monte, 2005, p. 35).

Maslach (2009, p. 38) indica que el Síndrome tuvo sus orígenes en aquellos trabajos de cuidado y servicio humano tales como cuidado de salud física y mental, asistencia social, educación, orientación, religión y actividades relacionadas con el sistema judicial de tipo criminalística. Estas profesiones comparten un fin común, que consiste en proveer servicio y ayuda a aquellas

personas problemáticas y necesitadas; creándose de esta manera una estrecha relación entre el prestador del servicio y el receptor del mismo.

El estudio realizado en el 2011, por Grant Thornton International Business Report, (citado en El Universal, 2012, p. 1) en la ciudad de México a seis mil empresas, determinó que este país se encuentra en séptimo lugar de prevalencia del Síndrome, después de Grecia, China, Taiwán, Vietnam, Tailandia y Perú. Entre las causas identificadas están en un 59% la tensión que genera en los empleados el cumplimiento de metas, y en un 10% las malas relaciones del trabajador con sus pares y la organización. El estudio demuestra que el Síndrome no sólo aqueja a países industrializados, sino también a los países en vía de desarrollo incluyendo a los de América Latina.

Otra información importante sobre la prevalencia del Síndrome, es aquella proporcionada por el Departamento de Salud Laboral de Correos y Telégrafo (citado en Bosqued, 2008, p. 31) en donde se explica que el 20% de las bajas laborales se deben a causas psicológicas, de esta cifra un tercio provienen del Síndrome de Burnout.

2.3.1 Conceptualización del Burnout

Freudenberger (1977, pp. 90-91) fue el primero en establecer el término lingüístico, Burnout, en el año 1974. Tomó la definición directamente del diccionario, estableciendo una terminología de carácter científico en donde el Burnout se definía como aquel desgaste y agotamiento que se producía por las excesivas demandas de recursos y energía. Esta delimitación produjo ventajas y desventajas a nivel conceptual (Gil-Monte, 2005, p. 45).

Algunos años más adelante, en 1981 Maslach (citado en Bosqued, 2008, pp. 19-20) dio a conocer en mayor medida el término, haciéndolo público en el Congreso Anual de la APA. Lo definió como un Síndrome tridimensional caracterizado por cansancio emocional, despersonalización y como una

reducción del sentido personal de logro y que puede ocurrir entre individuos que trabajan en contacto con clientes o pacientes (Leiter y Maslach, 1988, p. 298).

El concepto propuesto por Farber presta similitud en relación a la definición establecida por Cristina Maslach, pues los dos autores hacen hincapié en la tridimensionalidad del Síndrome del Burnout.

Farber, en el año 1983 (citado en Quinceno y Vinancia, 2007, pp. 2-3) conceptualizó al Burnout como: “Un síndrome relacionado con el trabajo que surge por la percepción del sujeto de una discrepancia entre los esfuerzos realizados y lo conseguido. Sucede con frecuencia en los profesionales que trabajan cara a cara con clientes necesitados o problemáticos. Se caracteriza por un agotamiento emocional, falta de energía, distanciamiento y cinismo hacia los destinatarios”.

Todos los conceptos citados anteriormente, así como los diferentes estudios y las conclusiones obtenidas fueron determinantes para lograr la delimitación del concepto de Burnout y para que esta definición sea aceptada por la comunidad científica, quedando el Burnout como: “Un Síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización en el trabajo que puede desarrollarse en aquellas personas cuyo objeto de trabajo son personas en cualquier tipo de actividad” (Gil-Monte, 2005, p. 45).

En el año 2009, se realizó un estudio por Grau et al. (pp. 215-223) a 11.530 profesionales sanitarios hispanoamericanos, residentes en España y Latinoamérica. El país con un mayor número de participantes fue Argentina con el 65.1%, seguido de México con el 9.8% de participación. Países como Perú, Colombia, Ecuador, España, Uruguay, El Salvador y Guatemala obtuvieron una intervención superior al 1%. Para la investigación se utilizó el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) como instrumento de medición, al igual que el cuestionario de elaboración propia de variables

sociodemográficas. Los resultados determinaron una prevalencia del Síndrome del 11,4% en países como Argentina, España y Uruguay, los cuales tuvieron una mayor prevalencia debido a que estos se encuentran expuestos a mayores demandas, por su desarrollo productivo superior en relación con otros países hispanos.

A nivel latinoamericano se han realizado diferentes estudios sobre el Síndrome, en el periodo del 2009 en los centros de salud de la ciudad de Reconquista, Argentina se investigó la prevalencia del SQT, a través de un estudio transversal, descriptivo y observacional en 71 profesionales (médicos, odontólogos, psicólogos, enfermeros y agentes sanitarios) por medio de la aplicación del cuestionario autoadministrado del Maslach Burnout Inventory y un cuestionario sociodemográfico. Los resultados evidenciaron que existe una prevalencia del 6.1% en la muestra (Benítez, Céspedes y Daveau, 2009, pp. 5-10).

En Ecuador también se ha otorgado importancia al estudio del Burnout, en el 2008, Zumárraga, García y Yépez (pp. 96-99) realizaron una investigación de tipo transversal en el periodo de diciembre y julio del año 2006, enfocada en determinar la presencia del Síndrome en 108 médicos de la ciudad de Quito pertenecientes a tres hospitales públicos, aplicando el Maslach Burnout Inventory como instrumento de medición. Los resultados determinaron la presencia del Burnout en los participantes. Los médicos obtuvieron 16.7% en despersonalización, 14.7% en agotamiento emocional, y 2.7% en baja realización personal.

Con todos estos antecedentes presentados en estudios realizados a nivel mundial, latinoamericano y local, el Síndrome se convierte en un indicador del clima psicológico organizacional y de su eficacia en la atención y servicio al cliente.

2.3.2 Síntomas del Síndrome

A nivel de investigaciones se habla de alrededor de 100 síntomas que se desarrollan por la presencia del Síndrome. En los años de 1977 y 1982, Maslach (citado en Cascio y Guillén, 2010, p. 195) clasificó a los síntomas en tres categorías: Síntomas cognitivos-afectivos, síntomas físicos y síntomas conductuales.

Síntomas cognitivos afectivos: Irritabilidad, falta de concentración y atención, recelo, indecisión y distanciamiento afectivo, pérdida de autoestima, falta de control, inseguridad, sensación de no tener mejoras.

Síntomas físicos: Cansancio, fatiga crónica, insomnio, dolores de cabeza, dolores musculares, pérdida de peso y aparición de problemas funcionales en el sistema nervioso, cardiovascular, digestivo, endócrino.

Síntomas conductuales: Abuso de drogas, absentismo laboral, aislamiento, falta de colaboración, comportamientos groseros al momento de responder, enfrentamientos. Bosqued (2008, pp. 67-68) añade otros síntomas conductuales característicos del Síndrome como olvido de compromisos, tendencia a adoptar conductas de riesgo, críticas exageradas hacia la empresa, entre otras conductas.

En el 2001, Gil-Monte (citado en Gil-Monte, 2005, p. 50) añadió los síntomas actitudinales a la clasificación realizada por Maslach, indicando que la irresponsabilidad, el fraccionamiento del entorno laboral, la indiferencia, el agobio de los pacientes, la disminución de las ganas de trabajar, la impaciencia, las quejas continuas y la deficiente comunicación con los demás, también forman parte de la sintomatología relacionada con el Síndrome.

2.3.3 Teoría Organizacional del Burnout

La necesidad de estudiar el Burnout de forma integral ha generado modelos de diferente índole enfocados a varias teorías, una de ellas es la organizacional.

La teoría organizacional estudia al Síndrome como una condición tridimensional que se presenta cuando el individuo tiene contacto periódico y directo con un tercero al cual le brinda un servicio asistencial. Involucra tres condiciones indispensables: Agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la realización personal, diferenciándose de teorías de carácter biológicas en donde se da un mayor énfasis a la energía, al idealismo y al propósito (Forbes, 2011, pp. 1-2). De igual manera este enfoque hace hincapié en los factores organizacionales y en las diversas condiciones laborales. Gil-Monte (2001, p. 4) indica que la teoría profundiza sobre la importancia de los estresores organizacionales y las estrategias de afrontamiento utilizadas en el momento de encontrarse frente a los diferentes antecedentes involucrados en la aparición del Síndrome.

“Esta teoría explica que el burnout se origina cuando se observa que las estructuras reales, organizativas y de otro tipo condenan al fracaso a la dedicación y el empeño profesional y no se vislumbran alternativas de cambio. Es entonces cuando aparece el desmoronamiento motivacional y la pérdida del contexto cognitivo justificativo que mantiene al profesional en el ejercicio vivo y activo de su profesión. La incongruencia organizacional puede considerarse como el polo opuesto de lo que en otros contextos se ha denominado -organizaciones saludables- o -Healthy Work-“ (Moreno-Jiménez, González y Garrosa, 2001, pp. 67-68).

Leiter, Cox y Kuk, en 1993 (citado en Martínez, 2010, pp. 14-18) establecieron un modelo transaccional que forma parte de la teoría organizacional, que parte de bases sólidas propuestas por Maslach y Leiter con ciertas modificaciones fundamentales. El modelo sugiere que el Burnout se manifiesta en personas

que realizan actividades laborales de carácter humanitario, y por el propio trabajo mantienen relación constante con terceros. El agotamiento emocional constituye la principal dimensión de este enfoque; sin dejar de lado a la despersonalización que se emplea como una estrategia de afrontamiento, y a la realización personal que produce en el individuo un sentimiento de frustración, puesto que las estrategias de afrontamiento se alejan del compromiso característico del trabajo asistencial. Hace hincapié en la salud laboral dentro de la organización, buscando coherencia en la integración de políticas relacionadas con la prevención de riesgos psicosociales como el Burnout.

El mismo modelo aclara la importancia de la salud laboral como variable moduladora entre la relación estrés y Burnout. Esta variable viene determinada por la manera racional en que perciben los trabajadores algunos elementos propios del comportamiento organizacional como son las políticas, los procedimientos y la estructura organizacional (Mansilla, 2011, p. 75).

Para Peiró (2000, pp. 21-24) en este enfoque el Burnout constituye una variable interviniente, reflejo de las transacciones entre el ambiente y la persona, que forma parte de un mismo sistema dinámico y cibernético. Como sistema cibernético se entiende aquel sistema que se basa en la retroalimentación y homeóstasis, en donde los comportamientos provenientes de los elementos del mismo se guían por propósitos que se llevan a cabo, por la capacidad de autocontrol y por la autoorganización (Johansen, 2004, p. 29).

2.3.4 Antecedentes del Burnout

El entorno en el cual se desarrolla el trabajo, así como las diferentes condiciones laborales son los únicos factores que intervienen en la etiología del Síndrome, es por ello que el Burnout es propio del trabajo. A pesar de ello, existen otros tipos de influencias provenientes de las diversas fuentes de estrés (variables de personalidad, variables sociodemográficas y condiciones

personales) que pueden intervenir y afectar directa o indirectamente al desarrollo de los síntomas y al progreso del Síndrome. La frecuencia e intensidad va a depender de la calidad de las relaciones que se produzcan dentro del entorno, así también como del tipo de organización a la que los trabajadores pertenecen. Por lo dicho anteriormente Velázquez (2005, pp. 49-50) explica que el Síndrome se desencadena por la respuesta inadecuada por parte de las organizaciones ante los diversos factores de riesgo psicosocial.

Gil-Monte (2005, pp. 60-101) afirma que las profesiones en donde existe una interrelación continua con personas externas se encuentran sometidas a condiciones laborales diferentes que convierten estas relaciones interpersonales en una mayor fuente de riesgo por el deterioro psicosocial que pueden acarrear. A las condiciones laborales este autor las ha clasificado en cuatro grandes grupos: Antecedentes de carácter social, antecedentes relacionados con las características tecnológicas y físicas de la organización, antecedentes interpersonales y por último antecedentes de carácter individual.

2.3.4.1 Antecedentes del Entorno Social de la Organización

Las organizaciones son entidades sociales que buscan la coordinación deliberada en sus sistemas y procesos, se encuentran formadas por dos o más personas que tienen objetivos individuales y que en su conjunto forman un equipo de trabajo encaminado a objetivos y metas organizacionales comunes (Robbins, 2004, pp. 5-6).

El mercado laboral, el entorno económico social, las actuales características del trabajo y la implantación de nuevas leyes laborales han creado la necesidad de trabajar mayor tiempo en contacto con clientes. Esta nueva exigencia tiene implicaciones emocionales por parte del trabajador con los clientes de las organizaciones de prestación de servicios, en algunos de los casos este involucramiento trae efectos negativos para el profesional haciéndolo más propenso a desarrollar el Síndrome de Burnout.

Cambios en las condiciones sociodemográficas

En la actualidad se ha generado diferentes fenómenos sociodemográficos como: la migración y las diversas tendencias sociales y comportamentales (Gil-Monte, 2005, pp. 69-70).

Las actuales organizaciones ya no se restringen por fronteras nacionales. La desaparición de estos límites, ha ocasionado una gran tendencia a la globalización; es decir a la expansión y creación de un solo mercado a nivel mundial, en donde la comunicación se ha vuelto más ágil y eficiente, permitiendo y facilitando la unión de pueblos y naciones, y trayendo como consecuencias un crecimiento demográfico acelerado por la concentración de población en determinadas zonas, especialmente en aquellas zonas industrializadas, en donde existe mayores oportunidades laborales (Robbins, 2004, p. 14).

Gil-Monte (2005, pp. 69-70) explica que esta población recurre al uso de servicios públicos, exigiendo una mayor calidad en el servicio. El problema se presenta cuando las instituciones de servicio son escasas, a nivel de estructura y de fuerza laboral, haciendo que se incremente el trabajo para los empleados, produciéndose con este incremento una sobre carga laboral. Maslach (2009, p. 40) manifiesta que los trabajadores van a sentirse llenos de trabajo y sin el tiempo ni recursos para el desarrollo correcto de sus tareas. De igual manera la sobrecarga de actividades laborales va a producir un desequilibrio entre la vida laboral y la familiar, pues muchas veces el empleado va a tener que sacrificar gran parte de su tiempo en familia para cumplir con las obligaciones que su trabajo demanda.

Es por esto que fenómenos sociodemográficos como la globalización se han convertido en condiciones determinantes en la generación de concepciones laborales que se han implantado en aquellas personas que recurren al uso de servicios públicos y privados. En la población se han creado tendencias

compartidas de comportamientos globales de acción, en donde prima la exigencia por la adquisición de servicios de calidad y es ahí cuando se genera un problema complejo puesto que se intenta distribuir recursos limitados para una población ilimitada que se encuentra inmersa en un proceso de crecimiento acelerado.

Cambios en la normativa y en la legislación

En Ecuador existe un cuerpo legal vigente para aquellos profesionales que brindan un servicio médico, como la Ley Orgánica de Salud que en su Art. 2 indica: “Todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud para la ejecución de las actividades relacionadas con la salud, se sujetarán a las disposiciones de esta Ley, sus reglamentos y las normas establecidas por la autoridad sanitaria nacional” (Ley Orgánica de Salud. Registro Oficial suplemento No.423, 2012, p. 2). Esta normativa tiene como finalidad el cumplimiento de aquellas normas que permitan precautelar el derecho universal de la salud.

Pero también, ciertos sectores buscan ampliar la regularización de la salud a través de la propuesta de Ley de Responsabilidad Profesional y Mala Práctica Médica, presentada por algunos Asambleístas y llevada a votación del pleno legislativo. Este cuerpo legal tiene como objeto establecer sanciones penales para el profesional que se ve inmerso en negligencias médicas y malas prácticas profesionales, es así que la ley alcanza a personas tanto naturales como jurídicas que se encuentran dedicadas a toda práctica de salud, ya sea informal o formal. Esta propuesta ha ocasionado un malestar en el sector médico, el cual considera que no existe una definición clara que plantee diferencias entre accidentes y malas prácticas. Esto sumado a que ni en la normativa vigente ni en la propuesta se especifica un marco legal que establezca políticas de prevención de los desvíos del ejercicio de la profesión. Estos profesionales también argumentan que muchas de las complicaciones se presentan por consecuencias naturales propias de la enfermedad y por tal motivo no tienen su causa en ninguna mala actuación médica. Muchos de los

destinatarios de los servicios de salud se han anclado de esta nueva ley para demandar aquellas irregularidades que consideran que son culpa de éstos profesionales (Propuesta de ley de Responsabilidad Profesional y Malas Prácticas Médica, 2010, pp. 2-4). Es por esto que los médicos ya no solamente se enfrentan a exigencias características de su profesión, sino que también se encuentran presionados por aquellos requerimientos legales considerados en algunos casos como exigencias ajenas a su control.

Para algunos profesionales las exigencias legales actuales y futuras constituyen una importante fuente de Burnout, pues en ciertas profesiones especialmente en las médicas se han establecido nuevos principios de juzgamiento y de responsabilidad jurídica.

Bascuñán (2004, pp. 11-12) explica que este tipo de inconvenientes están ocasionando deterioros en la relación médico-paciente. Esto conlleva el establecimiento de un nuevo modelo en el que el destinatario del servicio tiene el rol de protagonista y a pesar de encontrarse enfermo, se presenta como un ser humano independiente y autónomo que exige un servicio altamente eficaz.

Dentro de este ámbito legal de aplicación también se han creado leyes importantes en favor del trabajador, para la prevención de las distintas manifestaciones (entre ellas el Síndrome del Burnout) que se producen como consecuencia de los riesgos laborales.

La Unidad de Seguridad y Salud en el Trabajo, que forma parte del Ministerio de Relaciones Laborales del Ecuador (2013, párr.1-6) manifiesta que actualmente el propósito de esta unidad es salvaguardar los derechos del trabajador tomando medidas necesarias de protección de los mismos. Sustentándose en el marco legal del Art. 326, Convenios Internacionales de la OIT, numeral 5 de la Constitución del Ecuador, Reglamento de Seguridad y Salud de los trabajadores y el Acuerdo Ministerial 213/02 la Unidad hace referencia a la ley que establece que todos los riesgos del trabajo son de

cuenta del empleador y que el empleador tiene la obligación de proporcionar programas de prevención de riesgos laborales y psicosociales entre ellos el Burnout. Estos programas han logrado que dentro de los distintos centros de trabajo se establezcan estrategias enfocadas en la disminución de la siniestralidad en el ámbito laboral y de esta manera que se produzca un aumento de la productividad y de la calidad laboral.

Cambios en la cultura de la población

En los últimos años han surgido cambios de comportamiento en la población que han causado un fuerte impacto en los sectores asistenciales de instituciones de tipo público y privado, ocasionando importantes transformaciones dentro de los mismos. Uno de estos cambios es la democratización que afecta directamente a la cultura de la comunidad, especialmente en el comportamiento en cuanto a sus necesidades de salud, convirtiendo a la ciudadanía en un usuario exigente, cada vez más individualista y propenso a la disolución de normas y valores sociales (Gil-Monte, 2005, pp. 72-75).

Una arista que ha influido en este cambio poblacional es el acceso ilimitado a la información. Actualmente el internet se ha convertido en una fuente de información que permite al usuario conocer generalidades y especificidades de las enfermedades, creyéndose capaz de saber qué mal le aqueja y cómo debe ser tratado, lo cual lo manifiesta ante el servicio médico exigiéndole un diagnóstico y tratamiento basado en su falso criterio. Es decir, que en virtud de la información que ha recabado por diferentes medios, el paciente “se cree de cierta forma capaz de decirle al médico como hacer su trabajo”. Esto sumando a que el ciudadano conoce sus derechos como consumidor y tiene vías de queja en caso de incumplimiento de los mismos por parte del personal médico. En estos tiempos el ciudadano no sólo demanda de atención necesaria para resolver problemas de salud, si no que exige una excesiva eficacia, efectividad y calidad en los servicios, y que esta calidad no simplemente se traduzca en

expectativas, si no que se convierta en una realidad observable (Rodríguez, 2005, pp. 1-3).

Cambios en las condiciones tecnológicas

El mundo laboral se encuentra inmerso en una revolución tecnológica, que genera cambios repentinos y apresurados en todo el sistema organizacional, principalmente en los sistemas de trabajo, en las transformaciones en las tareas y en la estructura de la organización, así como también puede disminuir o aumentar el rendimiento produciendo en el trabajador afecciones en la salud psicosocial. Estas transiciones repentinas ponen en manifiesto problemas técnicos, sociales, humanos y organizacionales (Peiró, 2000, pp. 62-63; Salanova, Cifre y Martín, 1999, pp. 18-21).

Cambios en la concepción del trabajo

Las concepciones de la población acerca del trabajo han ido variando de acuerdo a cada realidad temporal, llegando a una reconceptualización del trabajo en la sociedad actual. En la modernidad nace una nueva visión del trabajo, en donde a toda actividad productiva se le otorga un valor, el cual permite constituir a la actividad laboral como medio de realización humana, generando un sentido personal y social en el individuo, por medio del cual este puede llegar a crecer y a la vez representa un medio decisivo para la construcción de la sociedad (Izquierdo, 2006, pp. 87-88).

Las nuevas concepciones de trabajo pueden originar discrepancias entre la forma de concebir el trabajo por parte de las algunas organizaciones y del trabajador, sumado al cambio cultural de la población en general que se evidencia cuando el gobierno, las empresas y los clientes reclaman en los profesionales una buena atención, exigiendo que el comportamiento emocional del trabajador se encuentre equiparado a las necesidades de sus clientes, y al mismo tiempo deba estar acorde a las normas y políticas internas de la

organización y del estado, en donde los empleados tienen que aportar con sus conocimientos, experiencia y emociones positivas en función de lograr satisfacción en el otro.

Nogareda, García, Martínez y Salanova (2008, pp. 1-4) explican que en el caso del Burnout, al establecerse relaciones frecuentes y constantes con terceros, el trabajador se expone a demandas de tipo emocional durante continuos y largos lapsos, ocasionando en la persona deterioros de su salud psicosocial, es por ello que se necesita que el empleado desarrolle competencias relacionadas con el trabajo emocional (TE), que ayuden en el individuo a realizar sus tareas de una mejor manera. Al mismo tiempo el TE puede generar una disonancia emocional respecto a lo que realmente el trabajador es y lo que pretende ser. Hochschild, en 1983 (citado en Nogareda et al., 2008, p. 2) definió como trabajo emocional: “Al control de los sentimientos para crear una expresión facial y corporal observable públicamente que se realiza a cambio de un salario y tiene un valor de intercambio”.

Esto se ha vuelto un tema controversial puesto que en la actualidad se espera mucho de los colaboradores hasta el punto de ocasionar un conflicto interno en los sujetos, al perder su propia identidad para estar acorde con la política organizacional.

2.3.4.2 Antecedentes del Sistema Físico de la Organización

Las organizaciones tienen la función de velar por la calidad de vida y bienestar de sus trabajadores y clientes, como en el caso de las empresas de servicio. El inconveniente se genera cuando éstas se rigen por un sistema de normas y políticas confusas, en donde manda la excesiva burocracia, trayendo consecuencias negativas, pues, este tipo de administración retarda la consecución de procesos, ocasionando en los trabajadores frustración, ya que se les niega los recursos necesarios para cumplir a cabalidad y con calidad su trabajo. De igual manera se sienten abrumados por el cumplimiento de un

exceso de normas y procedimientos para los cuales ellos no han sido tomados en cuenta (Gil-Monte, 2005, pp. 77-78).

Configuración estructural de la organización

Existen diversas características estructurales propias de cada organización que influyen en la aparición del Síndrome del Burnout. Las diferentes configuraciones de dichas estructuras tienen efectos significativos en el comportamiento y actitudes de todo el sistema organizacional (Peiró, 2000, pp. 71-72).

Al hablar de estructura organizacional se toma en cuenta a la burocracia maquinal y profesional.

“El término burocracia hace referencia a un modo de organización, aquél descrito por Max Weber en su modelo ideal de dominación, como un sector de los funcionarios públicos o empleados del Estado, aquellos que por su posición en las estructuras administrativas tienen acceso a los centros de decisión (...). Es la forma de organización basada en la división de competencias y responsabilidades, según una línea jerárquica de mando y autoridad, y regida por normas impersonales, la que hace posible el poder de un sector de los que en ella sirven” (De Lima, 2009, párr. 3).

Val-Pardo (1997, pp. 175-177) explica que la burocracia maquinal es característica de aquellas organizaciones que llevan muchos años en funcionamiento y que cuentan con elementos claves como la tecnoestructura y la normalización de sus procesos y sistemas. Estas empresas desarrollan normas y reglamentos claros, establecidos y socializados a todos sus miembros, con el objeto de facilitar la rapidez, regularidad y precisión en los resultados. De esta manera el proceso operativo resulta sencillo, repetitivo y altamente normalizado con un importante control sobre los sistemas. Gil-Monte

(2005, p. 80) afirma que en las organizaciones maquinales el Burnout se debe al agotamiento emocional que se genera en los miembros como consecuencia de diferentes condiciones derivadas de la estructura como monotonía, rutina y falta de control.

La burocracia profesional se caracteriza porque el principal mecanismo de coordinación y estructura viene dado externamente, este tipo de burocracia se encuentra basada en la normalización de las habilidades de sus miembros. Las organizaciones que emplean la burocracia profesional contratan a profesionales entrenados y con experiencia en la realización de sus funciones, otorgándoles mayor control sobre su trabajo y decisiones inherentes al mismo. Para que ellas sean funcionales es necesario que cuente con un ambiente estable y un excelente clima laboral (Gil- Estallo, 2010, pp. 269-270). El Burnout en la burocracia profesional se debe al agotamiento emocional provocado por la falta de firmeza de la estructura que ocasiona una confrontación entre sus miembros, así también genera conflictos interpersonales y disfunciones de rol (Gil-Monte, 2005, p. 80).

2.3.4.3 Antecedentes del Sistema Social-Interpersonal de la Organización

Cada organización tiene características propias que la diferencian de las demás, la filosofía de empresa influye en el comportamiento de todos sus miembros. Una atmósfera socio-laboral no saludable y poco facilitadora de las relaciones interpersonales es un elemento favorecedor en la aparición del Burnout (Bosqued, 2008, p. 39).

Disfunciones de roles laborales

Los procesos de interacción social son determinantes en la integración de un conjunto de expectativas y demandas de conductas estandarizadas en los miembros de una misma organización, a éste conjunto se lo denomina rol laboral. Estos roles tienen que ser claros y deben encontrarse alineados con

las expectativas del propio individuo y con las expectativas del otro (par, colaborador, superior). El inconveniente se origina cuando el trabajador no tiene claro la tarea que debe realizar, o cuando el otro pretende que el individuo realice algo diferente. Al presentarse estos desacuerdos se produce disfunciones importantes en los roles como son la ambigüedad y conflicto de rol (Aamodt, 2010, pp. 561-562). Estas disfunciones conllevan al apareamiento de consecuencias negativas para la organización y generan una mayor probabilidad de desarrollo del Burnout o Síndrome del Quemado por el trabajo.

Llaneza (2009, p. 524) hace referencia a la ambigüedad como el grado de incertidumbre que presenta el sujeto sobre el rol que desempeña dentro de su posición laboral, misma que se genera por la falta de información de tipo cualitativa y/o cuantitativa sobre ciertas características del rol (métodos o procedimientos adecuados para desempeñar el rol, niveles de comunicación a los que debe responder el trabajador, métodos de evaluación del trabajador y límites de la competencia del mismo), esto de cierta manera va a impedir el correcto desempeño.

Mientras que el conflicto de rol, se presenta cuando se produce un conflicto entre expectativas, el cual se origina al presentarse una contradicción entre las órdenes recibidas, los recursos reales en el desarrollo del trabajo, y las propias habilidades y metas del trabajador. No se traduce en un conflicto interpersonal, se trata de discrepancias entre lo que el individuo realiza y lo que el otro espera que realice; o cuando la discrepancia proviene de dos o más individuos que tienen expectativas encontradas, ocasionando confusión en el sujeto referente a las tareas u objetivos que tiene que cumplir (Hellriegel y Slocum, 2009, p. 360).

Tanto la ambigüedad de rol, así como el conflicto de rol conllevan a que en el trabajador se presente sentimientos negativos referentes a la realización personal, y a la vez repercuten en el desarrollo de niveles significativos de agotamiento emocional y despersonalización (Llaneza, 2009, p. 525).

Falta de apoyo social en el trabajo

Dentro del trabajo la persona se enfrenta con ciertas demandas psicológicas, para las cuales va a ser determinante el apoyo general de parte de las redes tanto internas (dentro del ambiente de trabajo) como externas (ambiente extralaboral), el cual va incrementar la habilidad que tiene el trabajador para afrontar situaciones demandantes que le generan estrés. Este apoyo se compone de dos elementos importantes, el primero consiste en el soporte instrumental, es decir, los recursos y la información necesaria que recibe el trabajador, y el segundo que se refiere a las relaciones emocionales que generan en el sujeto sentimientos de retribución dentro del ambiente laboral. Debido a ello el apoyo social laboral hace referencia al clima social de ayuda que se va a generar dentro del entorno del trabajo (Karasek y Jonhson 1986, citado por INSHT NTP 603, 2011, p. 2). Para Landy y Conte (2006, p. 455) el apoyo social va incrementar en el individuo el logro de metas personales establecidas. Al no contar con un apoyo social necesario dentro de la organización el sujeto va a ser más propenso a desarrollar Burnout.

Conflictos interpersonales

El INSHT, mediante la V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (citado en Velázquez, 2005, pp. 35, 38-40) publicó datos referentes a las relaciones interpersonales que se establecen dentro de los ambientes de trabajo, en donde se señala que los obstáculos más frecuentes para entablar dichas relaciones laborales constituyen en un 12.6% el ritmo de trabajo y en un 11.7% el mantenerse enfocado en el trabajo, puesto que a los encuestados les resulta imposible desviar la atención del mismo. Del total de los encuestados el 31.5% resultó con dificultades en el establecimiento de relaciones laborales con sus pares. En algunas ocasiones el trabajador se enfrenta a relaciones conflictivas, desconfiadas, destructivas con carencia de apoyo social y falta de cooperación, ocasionando en el individuo sentimientos de frustración, desesperanza, desconfianza y desvalorización; es por esto que las relaciones interpersonales

que se generan dentro del ambiente de trabajo con jefes, pares, clientes y usuarios de servicios representa una característica fundamental que se debe poner en consideración como posible causante de factores de riesgos psicosociales como el Burnout.

Falta de reciprocidad en los intercambios sociales

El ser humano se encuentra en una búsqueda constante de intercambio de recompensas, ya sea en bienes materiales, afecto, amor, ayuda y cortesía. En este intercambio el sujeto asigna valor a lo que da y lo que recibe. El problema se genera cuando el trabajador percibe una falta de reciprocidad por parte de la organización o de los clientes (Gil-Monte, 2005, pp. 92-93). A nivel organizativo los empleados consideran que no están siendo recompensados por su trabajo. Más que recompensas monetarias, éstos demandan otro tipo de reconocimientos, en donde sea valorado su esfuerzo y dedicación. Esta reciprocidad va a influir en el estado de ánimo y comportamiento de los colaboradores dentro de la organización (Maslach, 2009, p. 40).

2.3.4.4 Antecedentes del Sistema Personal de los Miembros de la Organización

Autoeficacia

Salanova et al. (2004, p. 31) explican que en la autoeficacia el individuo se juzga a sí mismo sobre su capacidad de ejecutar alguna conducta eficazmente en determinadas situaciones y con cierto nivel de dificultad, esto va a influir en las metas que establece cada trabajador y en sus reacciones emocionales ante los logros obtenidos. Bandura, 1997; Jex y Bleise, 1999 (citado en Gil-Monte, García y Caro, 2008, pp. 114-113) indican que la autoeficacia tiene un papel amortiguador en el desarrollo del Burnout, al sentirse el individuo con la confianza necesaria para realizar una tarea de manera eficiente va a aumentar su nivel de realización personal, este se va a sentir mayormente competente en el ejercicio de su profesión.

Motivación para la ayuda

“La motivación se usa para describir las fuerzas que actúan sobre un organismo o en su interior para que inicie y dirija la conducta” (Petri y Govern, 2006, p. 16).

La motivación debe estar dirigida hacia una causa, un objetivo o un fin específico. En el caso de aquellas profesiones de servicio su motivación va encaminada hacia diversos fines, uno de ellos es la ayuda al prójimo, mientras que los otros se relacionan con la aceptación social, el crecimiento profesional, la remuneración, etc. Sea cual fuese la causa de la motivación en estos profesionales se va producir una discrepancia entre lo esperado y obtenido, al percibir barreras y obstáculos (ambigüedad de rol, desajuste entre los valores de la persona y la organización, falta de apoyo social) dentro del ejercicio de su profesión que retardan el cumplimiento de los objetivos, se desarrolla una reducción de la fuerza que los dirigía hacia realizar un determinado comportamiento (Länge, 2003, pp. 112-114).

2.3.5 Desarrollo del Burnout

Martínez (2010, p. 8) expone que por las diferencias sintomáticas presentadas entre los sujetos que han desarrollado Burnout se han propuesto diferentes modelos cuyo sustento teórico se basa en el primer síntoma que se presenta y en la secuencia del proceso de desarrollo. Como se expuso anteriormente en esta investigación se ha tomado como enfoque al modelo organizacional-transaccional, el cual se fundamenta en la tridimensionalidad del Burnout. Maslach en 1993 (citado en Maslach, 2009, p. 37) manifestó que en el proceso se presentan tres dimensiones importantes que son agotamiento extenuante, sentimiento de desapego o despersonalización por el trabajo, y por último la sensación de falta de logros o falta de realización personal. Esta autora expone que el SQT se inicia con la aparición del agotamiento emocional, posteriormente aparece despersonalización o cinismo y como consecuencias

de las dos dimensiones anteriores se presenta por último la baja realización personal en el trabajo.

En 1988, Leiter (citado en Gil-Monte, 2005, p. 106) reformuló las relaciones establecidas por Maslach y desarrolló un nuevo modelo en donde el agotamiento emocional antecede a la despersonalización, pero la realización personal aparece como un síntoma que no presenta una relación causal con las otras dos dimensiones.

Pero, la mayoría de investigaciones y estudios realizados se han enfocado en la tridimensionalidad del Síndrome tomando como referencia a lo expuesto por Maslach en el año de 1993.

Las diferentes escalas propuestas por el modelo tridimensional de Cristina Maslach son:

Agotamiento emocional: “Representa el componente de estrés individual básico del Burnout” (Maslach, 2009, p. 37). Se caracteriza por una continua y creciente fatiga a nivel físico, mental y emocional que no corresponde con la cantidad de trabajo realizado (Bosqued, 2008, pp. 25-26). El sujeto presenta un excesivo involucramiento emocional, sintiendo agobio por las exigencias emocionales impuestas por otras personas, o por el miedo en donde se desenvuelve, pues considera que no cuenta con los suficientes recursos emocionales para hacer frente a estas demandas y es ahí cuando se porta sobre exigente consigo mismo produciéndose en él una frustración y tensión, al no encontrarse con las condiciones necesarias de gastar energía (Maslach, 2003, p. 3).

El modelo transaccional toma como partida a esta dimensión, considerando que el agotamiento o cansancio emocional es la esencia del Síndrome (Moreno-Jiménez et al., 2001, p. 5).

Despersonalización: Representa el componente interpersonal del Síndrome, tiene que ver con la respuesta negativa hacia diversos aspectos del trabajo (Maslach, 2009, p. 37). En el sujeto se produce un distanciamiento e indiferencia por la actividad laboral generando en él apatía y cinismo hacia la persona a la que se le ofrece un servicio asistencial. Ocasiona una insensibilidad emocional desarrollando un rechazo al otro (cliente o colega) que es visto como un objeto. La teoría organizacional explica que la despersonalización se emplea como una estrategia de afrontamiento ante los diferentes estresores; es decir constituye un mecanismo de defensa del propio afectado hacia el exceso de cansancio emocional (Bosqued, 2008, p. 26). Gil-Monte y Moreno (2007, p. 47) explican que esta dimensión constituye el fracaso del sujeto en el manejo de los problemas de adaptación a la actividad laboral; de igual manera representa el fracaso en el afrontamiento de la anterior escala (agotamiento emocional).

Realización personal: Constituye el componente de autoevaluación del Síndrome. En el individuo se produce una sensación subjetiva que nace como resultado de las anteriores dimensiones, el profesional va a realizar constantemente evaluaciones negativas de sí mismo, produciéndose en él un sentimiento de frustración al determinar que su comportamiento es diferente al que solía tener, desarrollando una pobre evaluación de su éxito profesional y de la relación con los pacientes a los que se les brinda asistencia (Haya, 2003, p. 3).

Uno de los resultados de la falta de realización personal es la disminución exacerbada de la autoeficacia en el sujeto, misma que se presenta “por una carencia de recursos de trabajo, así como por una falta de apoyo social y de oportunidades para desarrollarse profesionalmente” (Maslach, 2009, pp. 37-38).

En la investigación realizada por Fernández, Hidalgo, Tapia, Moreno y García del Río (2007, pp. 116-120) en la ciudad de Granada, que tuvo como objetivo

determinar el grado de desgaste laboral en 92 médicos residentes que realizan guardias, se aplicó como instrumentos de medición del Síndrome en la muestra dos cuestionarios anónimos y autoadministrados, el primero fue de variables laborales y sociodemográficas y el segundo cuestionario empleado fue el MBI en versión castellana. Como conclusión del estudio “el 60% presentó puntuaciones medias altas para despersonalización, el 74% para cansancio emocional y el 70% bajas para realización personal en el trabajo” Fernández et al. (2007, p. 116), es decir, el 90% de los encuestados presento el Síndrome con niveles altos en el 43%.

En Colombia, los autores Guevara, Henao y Herrera (2004, pp. 173-177) investigaron el Síndrome y sus dimensiones en el año 2002, en 150 médicos internos y residentes del Hospital Universitario del Valle, para la investigación se aplicó un cuestionario de variables sociodemográfica y como segundo instrumento de medición del Burnout se aplicó el MBI- Maslach Burnout Inventory. Se obtuvo como resultado un indicador bastante alto del Síndrome: 76% de los encuestados presentaban niveles entre severo y moderado de desgaste emocional, 60% despersonalización y 50% alta realización personal. Como conclusión del estudio se determinó un alto nivel de Burnout en médicos internos y residentes del Hospital Universitario del Valle.

Los estudios anteriores expuestos demuestran que la mayoría de las investigaciones realizadas a nivel mundial analizan las dimensiones mencionadas anteriormente para comprender la prevalencia del Síndrome de Burnout.

Actualmente se han realizado diferentes estudios enfocados en otro tipo de profesiones como deportistas, vigilantes penitenciarios, docentes, administrativos y auxiliares (Ortega y López, 2004, p. 140).

Quinceno y Vinancia (2007, p. 21) explican que el Síndrome del Burnout no sólo afecta a las organizaciones de ayuda, sino que tiene repercusiones en

todo tipo de ocupaciones, es por ello que muchos de los estudios realizados por estos autores emplean como muestra a vendedores y directivos. No existe oficio o profesión que no haya sido estudiada a profundidad con el Síndrome del Burnout, por esto a lo largo de estos últimos años se han creado diversos instrumentos generales como específicos de medición para definidas profesiones.

2.3.6 El Burnout en el Personal Médico

Al ser el Burnout un Síndrome que se presenta como reacción a la exposición continua a ciertos estresores laborales tóxicos, este Síndrome no sólo se desarrolla en profesionales que brindan algún tipo de servicio.

Al determinarse que el Burnout evolucionó primero en trabajos de servicio humano, gran parte de los investigadores se han enfocado en analizar el Síndrome dentro de estas ocupaciones.

El informe presentado en el 2001 por el diario Europa Press (citado en Gil-Monte, 2005, p. 26) expuso que los profesionales más afectados son los pertenecientes al colectivo de la sanidad y de la enseñanza. El mismo informe señala los resultados del estudio realizado por el Instituto Nacional de la Administración Pública, el cual indica que el Burnout afecta en mayor medida a aquellos trabajadores que se encuentran en contacto permanente con terceros, estos profesionales están agobiados por las demandas del público y controlados por los superiores. Por lo general este tipo de ocupaciones exigen un buen servicio, entrega y dedicación. Son profesiones que “se asientan sobre una personalidad perfeccionista con un alto grado de autoexigencia, y con una gran tendencia a implicarse en el trabajo” (Gil-Monte, 2005, p. 26).

La mayoría de estudios relacionados con profesionales que realizan actividades de carácter humanitario hacen énfasis en el personal sanitario, especialmente en el médico, debido a que constituye el grupo más afectado, tal

como afirma el estudio citado en líneas anteriores realizado por Grau et al. (2009, p. 226) que explica que los médicos fueron los que desarrollaron en mayor medida el Síndrome con el 12.1% de prevalencia, mientras que otras profesiones como odontología, psicología, enfermería y nutrición tuvieron valores inferiores al 6%.

Los médicos se encuentran dentro de un sistema sanitario, el cual representa un sistema organizado de elementos y componentes que tienen el efecto de actuar sobre la salud de una población. Este sistema tiene como objeto enfocarse en la prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación en lo que se refiere a la salud de la comunidad y se encuentra estructurado por varios niveles de atención, en los cuales los médicos han ido formando parte constante de éstos, desde los más sencillos hasta los más complejos (Kleczkowsky, Elling y Smith, 1984, pp. 9-19).

La Organización Médica Colegial (2012, p. 1) denomina médico a aquella persona titulada con conocimiento especializado, con alto espíritu de servicio y comprometida con la profesión médica, la cual se encuentra encaminada al diagnóstico de las enfermedades y al afrontamiento de los diversos problemas de salud tanto de la persona como de la comunidad.

Éstos profesionales brindan atención en diferentes instituciones sanitarias, ya sea en centros de salud, clínicas u hospitales.

La Organización Mundial de la Salud (2013, p. 1) explica que los hospitales “son instituciones sanitarias que disponen de personal médico, de otros profesionales organizados y de instalaciones para el ingreso de pacientes, ofrecen servicios médicos y de enfermería durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana”. El ritmo de vida de los médicos dentro de los hospitales ocasiona que se enfrenten a demandas mayores y a la presión de cumplir con el compromiso característico de su profesión, siendo propensos a desarrollar el Síndrome del Burnout.

Los hospitales públicos funcionan por medio del gasto público, el cual se invierte en el mejoramiento de los servicios de salud. Orellana (2003, p. 221) explica que al ser instituciones del estado responden y dependen de las políticas implantadas del gobierno de turno, de la inestabilidad política y de las características sociodemográficas que se presentan en determinado momento, ocasionando desventaja frente a aquellas instituciones, clínicas u hospitales privados que generan su propio presupuesto y establecen sus políticas internas de acuerdo a sus necesidades como organización.

Suárez et al. (1987, pp. 2-12) manifiestan que en el Ecuador desde el año de 1908 se implanta la práctica médica estatal, mediante la creación del Servicio de Sanidad Pública, instituida en el Gobierno del Eloy Alfaro. Fue en el año de 1967 donde este servicio pasó a formar parte del Ministerio de Salud Pública, teniendo un importante atraso en relación con otros países de América Latina. Con el tiempo se han modificado ciertas políticas públicas en función de lograr un importante desarrollo en la calidad de servicios relacionados con el campo de la salud. Con este antecedente en los años setenta se inaugura en Quito y Guayaquil dos grandes hospitales de concentración nacional pertenecientes al Seguro Social. Orrellana (2003, pp. 214-222) indica que en los años anteriores a la década de los 80 la salud estaba en proceso de desarrollo, tal como se mencionó anteriormente, pero, luego existió un declive en la salud pública debilitando seriamente a aquellas políticas sociales que traían beneficios para toda la comunidad, trayendo consecuencias negativas para el personal médico y haciéndole propenso al desarrollo del Síndrome del Burnout.

Diferentes autores explican sobre los factores que influyen en la prevalencia del Síndrome en los médicos. En 1991, Álvarez, Gallego y Fernández-Ríos (citado en Ortega y López, 2004, p. 142) manifestaron que la profesión médica se enfrenta a tareas sumamente complejas, que implican afrontar circunstancias específicas características de su labor como profesionales, entre las que se encuentran, la frustración por no cumplir con el objetivo característico de su profesión “curar a la gente” en casos excepcionales, horarios irregulares de

trabajo por los turnos que realizan los médicos, sobrecarga de trabajo por la alta proporción de enfermos, ambigüedad y conflicto de rol, poca cohesión en el equipo de trabajo, burocracia dentro de las instituciones de servicio sanitario y falta de control de las emociones del paciente, familiares del paciente o de sus propias emociones.

En 1982, Maslach (citado en Marrau, 2004, p. 56) indicó la existencia de pautas que indican la aparición del Síndrome en estos profesionales médicos:

- 1.- Exceso de trabajo.
- 2.- Sobre esfuerzo elevado que trae consigo fatiga y ansiedad.
- 3.- Pérdida de ilusión y desmoralización.
- 4.- Disminución de la vocación.

En el estudio realizado por Grau et al. (2009, p. 226) se encontró que los médicos generales, presentan un nivel de Burnout inferior en relación con aquellos médicos especialistas, y al mismo tiempo se determinó que los especialistas médicos más afectados por el Síndrome de Burnout son los emergenciólogos, los internistas, y los ortopedistas, mientras que los menos afectados son los dermatólogos. En otro estudio realizado por Añon et al. (2012, pp. 130-139) para determinar la prevalencia del Síndrome en 174 funcionarios de un hospital público de la ciudad de Montevideo, mediante la aplicación de dos cuestionarios el de variables sociodemográficas y el MBI, se evidenció que a nivel del personal sanitario, los más afectados por el Síndrome fueron los médicos cirujanos.

Jaramillo (2005, pp. 148-151) indica la existencia de dos clases de médicos: los generales y los especialistas. Los médicos generales son profesionales con conocimiento y con el estudio adecuado para ejercer su profesión, tienen menor tiempo de preparación que aquellos médicos especialistas, estos médicos representan la primera instancia a la que acude el paciente; generalmente son conocidos como médicos de cabecera. Los médicos especialistas son aquellos profesionales que han tenido un mayor tiempo de

preparación, puesto que una vez obtenido el título de médico, han continuado adquiriendo conocimientos específicos focalizados en un área del cuerpo determinada, estos últimos representan una segunda y última instancia a donde acude el paciente. Agüir y Muñoz (2002, pp. 487-488, 494) explican que los médicos especialistas tienen una mayor probabilidad de encontrarse expuestos a factores de riesgo psicosociales entre ellos el Burnout por la incertidumbre que genera la práctica profesional, por la posibilidad de ser demandados por mala práctica de su profesión y por la transmisión de malas noticias a los familiares. Cuando éstos se encuentran trabajando en hospitales públicos los estresores organizacionales cobran una mayor relevancia, puesto que los médicos van a tener mayor sobrecarga del trabajo por la escasez de personal que caracteriza a las instituciones públicas frente a la excesiva demanda de pacientes o clientes y por la falta de tiempo que origina el hecho de tener que realizar otras tareas de tipo administrativo además de las actividades asistenciales.

En los últimos años se han generado normas jurídicas en el ámbito de la salud, que han ocasionado cambios importantes en la gestión que anteriormente se manejaba. El Acuerdo Ministerial 12, publicado en el Registro Oficial No. 921 (2013, p. 1) tiene por objeto el establecimiento de parámetros que garantizan procesos adecuados de reclutamiento y selección de cargos de profesionales de la salud (entre los que constan médicos, obstetrices, psicólogos clínicos, odontólogos y entre otras profesiones sanitarias) enfocados en la evaluación de competencias técnicas y conductuales que garanticen el correcto desempeño del profesional dentro del puesto de trabajo específico.

Los profesionales de la salud tienen una gran tensión por cumplir con los requerimientos necesarios del cargo para poder cubrir la vacante en la institución hospitalaria y mantenerse dentro del cargo.

De igual manera se han creado nuevas normas enfocadas a la jornada de trabajo dentro de las Instituciones de Servicio de Salud Pública. El Acuerdo

Ministerial 1849, publicado en el Registro Oficial No 798 (2013, pp. 1-3) dispone para aquellas instituciones y unidades que brindan atención médica:

“Que los puestos de profesionales de la salud, médicos, odontólogos, enfermeras, tecnólogos, médicos, obstetras y psicólogos clínicos deberán cumplir una jornada de ocho horas diarias efectivas y continuas, y, si es necesario regular la aplicación de la jornada especial de trabajo, para las Unidades de la Red Pública Integral de Salud”.

Los argumentos expuestos y los estudios citados anteriormente demuestran que el personal humanitario con mayor prevalencia de Burnout es el médico especialista.

Entre los factores que acentúan la presencia del Síndrome se encuentra la antigüedad del personal médico en la institución hospitalaria o en el cargo tal como expone Osorio (2011, p. 77).

Algunas investigaciones demuestran una relación positiva en la aparición del Síndrome en dos periodos importantes, en los dos primeros años de ejercer la carrera y después de 10 años de brindar servicios en la institución, otros investigadores como Naisberg y Fenning (citado en Illera, 2006, p. 4) “encuentran una relación inversa debido a que los sujetos que más Burnout experimentan acaban por abandonar su profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo serían los que menos Burnout presentarían y por ello siguen presentes”.

Por ello, la relación entre antigüedad y Burnout en los médicos, se ha convertido en importante objeto de investigación, tal es el caso del estudio realizado por Zazzetti, Carricaburu, Ceballos y Miloc (2011, pp. 120-127) a 62 médicos y 40 enfermeros para determinar la prevalencia del Síndrome en las clínicas privadas de Villamaría, Córdoba en Argentina, utilizando como instrumento de medición al cuestionario MBI. Dando como resultado que los

profesionales que desarrollaron el Síndrome, eran en su mayoría jóvenes con poca antigüedad dentro de las instituciones. En contraposición a esta investigación se encuentra un estudio descriptivo - transversal realizado por Cabana, García, García, Mellis y Dávila (2009, pp. 1-6) a 22 profesionales entre médicos y enfermeras del hospital de Matanzas, aplicando el cuestionario MBI, dando como resultado una tendencia superior a desarrollar el Síndrome en el personal femenino, de estado civil casado, con antigüedad mayor a 10 años. Este estudio concuerda con el realizado por Añon et al. (2012, p. 139) citado en páginas anteriores en donde se determinó que el personal más afectado es aquel con mayor antigüedad en el hospital.

Las divergencias en los resultados obtenidos nos dan la pauta para que en la investigación actual se tenga presente al factor antigüedad y se logre determinar si constituye una causa en la prevalencia del Síndrome en los médicos especialistas que se encuentran trabajando en los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra.

2.3.7 Consecuencias Organizacionales

El Síndrome afecta a todo el sistema organizacional, debido a que éste es un sistema abierto en donde todos sus elementos están interactuando e interconectados, por ello el daño es global. Para Shirom (2009, p. 50) el Síndrome ha sido vinculado con diversos resultados organizacionales negativos como poco compromiso organizacional, aumento de rotación, ausentismo y bajas laborales, conflictos interpersonales, surgimiento de sentimientos de indiferencia y desesperación frente al trabajo, disminución de la motivación, deficiencia en la calidad de los servicios que la organización ofrece a los clientes y disminución de la capacidad de trabajo, del desempeño y eficacia.

Clima laboral

El clima laboral de la organización también se va a encontrar afectado, en el caso que se desarrolle el Síndrome dentro de la organización. Chiavenato (2012, pp. 260-261) explica que el clima organizacional constituye la suma y la calidad de las características ambientales que se originan por la interacción producida entre los miembros de una organización. Éste influye en la motivación y en el desempeño del trabajador, pues si se encuentra en un estado de desgaste laboral no va a rendir de la mejor manera, presentando malestar en su trabajo, hacia sus compañeros y principalmente hacia las personas que brinda servicio asistencial. Por ende muchos investigadores han centrado su estudio en identificar la relación entre Burnout y el clima organizacional.

Salud laboral

El Síndrome trae consecuencias negativas en la salud laboral de la organización. Una buena salud laboral es un principio fundamental de la política económica y social en muchos de los países, entendida como el bienestar integral del individuo en sus actividades productivas dentro de un entorno laboral (Álvarez y Faizal, 2012, pp. 15-16, 40). Al ser el trabajo una actividad a la que las personas dedican gran parte de su tiempo, resulta imposible que cualquier ambiente laboral no conlleve algún grado de estrés, pero el hecho que el estrés sea algo inevitable no quiere decir que la exposición prolongada y recurrente a la situación de estrés no se pueda o deba evitar. De Nicolas y Serrano (2005, párr. 13) indica que el Burnout ocasiona desequilibrios en la salud de los trabajadores y por ende en la salud de la organización, puesto que el sujeto tiene que enfrentarse a condiciones de vida precaria, en donde las relaciones interpersonales se encuentran deterioradas produciendo en éste emociones negativas que interrumpen su correcto desempeño dentro de la organización, las cuales se verán afectadas por

trabajadores insatisfechos y desmotivados que encontrarán al ambiente laboral como un entorno hostil asociado al tedio y sufrimiento.

El Burnout en la actualidad constituye un tema de gran interés pues compromete la salud laboral de la sociedad (Martin, Vera, Cano y Molina, 2004, pp. 189-192). El INSHT en su NTP 705 (citado en Prevención Psicosocial en las Pymes, 2009, p. 1) explica que los diversos efectos del Síndrome en la organización conllevan a una serie de costes tanto directos como indirectos, los cuales son:

Los costes directos se relacionan con la disminución salarial durante los periodos de baja, la asistencia médica y hospitalaria de los trabajadores y las diferentes indemnizaciones por parte de la empresa al trabajador. Los costes indirectos guardan relación con las multas hacia la empresa, la pérdida de tiempo y por tanto pérdida de productividad, accidentes y consecuencias comerciales como deterioro de la imagen de la organización, pérdida de clientes ocasionando una gran desventaja competitiva de la organización frente a las otras empresas.

2.3.8 Prevención del Síndrome Burnout

Es necesario que se tomen acciones preventivas y correctivas, dirigidas a tres niveles importantes, con el fin de dotar a la organización y a los individuos de destrezas y habilidades necesarias para afrontar saludablemente las demandas que se presentan dentro del ambiente de trabajo.

Trabajar con la organización y con todos los individuos que forman parte de la misma resulta indispensable. Así se trabaja a nivel organizacional, con el fin de proporcionar a los trabajadores de un entrenamiento en cambio organizacional y acciones de desarrollo. Se tomará en cuenta de igual forma al nivel interpersonal considerando a los grupos que se forman dentro del entorno laboral y a la interacción social que se producen entre ellos, en éste nivel las

acciones y programas deberán ir encaminados en el desarrollo de habilidades sociales, liderazgo y autoeficacia. Por último es necesario trabajar a nivel individual con el objetivo de obtener por parte del trabajador respuestas óptimas ante las necesidades individuales sobre el afrontamiento de estrés (Gil-Monte, 2005, p. 149).

De esta manera no se pretende solamente disminuir o prevenir el Burnout, lo que se busca en los colaboradores es que éstos puedan llegar al engagement, término que Maslach et al., en el 2001 (citado en Maslach, 2009, p. 42) lo definieron como: “Un estado persistente afectivo-emocional positivo de realización en los empleados que se caracteriza por el vigor, dedicación y absorción”. En el engagement el empleado se siente comprometido con la empresa y al mismo tiempo se encuentra entusiasmado con su trabajo. Esto va a influir en la productividad y en la satisfacción del trabajador, pues él no sólo va a realizar su trabajo por la responsabilidad que las tareas conllevan, lo hace por gusto. La organización tiene que tomar en cuenta algunos factores para que se produzca engagement en el sujeto, pues si esta actúa de manera efectiva el trabajador se va a sentir valorado por sus superiores o pares, va a percibir equidad y una preocupación de los otros sobre su aspecto emocional, sintiéndose comprendido y apoyado por la organización y generando una mayor lealtad hacia la misma (Llaneza, 2009, pp. 481-482).

3. Objetivos

3.1 Objetivo General

Determinar la prevalencia del Síndrome del Quemado por el Trabajo -Burnout- en médicos de atención especializada que se encuentran en un rango de edad entre 30 a 60 años en los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra.

3.2 Objetivos Específicos

- Determinar el nivel de cada dimensión del Síndrome de Burnout (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) en el personal médico especialista.
- Identificar si la antigüedad en los hospitales públicos tiene relación con la prevalencia del Síndrome en la muestra.

4. Pregunta

¿Cuál es la prevalencia del Síndrome del Quemado por el Trabajo -Burnout- en médicos de atención especializada que se encuentran en un rango de edad entre 30 a 60 años en los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra?

4.1 Hipótesis

H1: Existe alto nivel de burnout (puntuación \geq a 27 puntos en cansancio emocional, \geq a 10 puntos en despersonalización y \leq a 33 puntos en realización personal) en los médicos especialistas de los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra.

H2: Existe una mayor prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos especialistas que se encuentran trabajando por 10 años o más en los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra, con respecto a aquellos cuyo trabajo es menor a 10 años.

5. Método

Se trata de un estudio de corte transversal de tipo descriptivo correlacional desde el enfoque cuantitativo, que busca determinar la prevalencia del Síndrome del Quemado por el Trabajo -Burnout- en médicos de atención

especializada que se encuentran en un rango de edad entre 30 a 60 años en los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra.

5.1 Tipo de Diseño y Enfoque

Diseño

Según el periodo y secuencia del estudio

Transversal

La presente investigación realizó el estudio de una variable en un determinado momento, efectuando un corte en el tiempo. Se investigó y se recopiló datos sobre la prevalencia del Síndrome del Burnout en un momento único dentro del periodo del 2013.

Según el análisis y alcance de los resultados

Descriptivo

El presente estudio contempló la observación de la variable sin realizar alguna intervención o aplicación sobre la misma.

Se utilizó este diseño debido a que la investigación se apoyó en la búsqueda de soportes fundamentados (probados en otros estudios) y en soportes empíricos (no verificados) que paulatinamente se fueron investigando y que revelaron resultados sobre la prevalencia del Síndrome en este tipo de profesionales. Es decir, partió de la existencia de información teórica previa como antecedentes, hallazgos y estudios realizados en la población médica.

Para realizar el estudio se profundizó tanto en la investigación teórica conceptual, como en la aplicación procedimental, pasando de la etapa

conceptual a la empírica para la medición del Síndrome en los médicos especialistas.

Correlacional

Esta investigación tiene un diseño correlacional debido a que uno de los objetivos específicos buscó relacionar dos variables, la prevalencia del Síndrome y la antigüedad en los hospitales públicos. Este diseño “describe la relación entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado, en términos correlacionales” (Hernández, Fernández y Baptista, 2006, p. 213).

Enfoque

Cuantitativo

El estudio se apoyó en este enfoque puesto que generalizó los resultados a través de una muestra representativa que infirió en el universo poblacional. Se basó en la recolección de datos para probar las dos hipótesis, tomando como base a la medición numérica y al análisis estadístico, con el fin de establecer una generalización de resultados.

La investigación es catalogada como cuantitativa puesto que midió la prevalencia del Síndrome en el personal médico de la ciudad de Ibarra, mediante la aplicación del MBI-HSS a la muestra. Se involucró a varios sujetos (médicos especialistas) que necesariamente se caracterizaron por ser una muestra representativa de la población, esta característica permitió generalizar los datos del estudio arrojando resultados numéricos y en porcentajes, que representaron a toda la población estudiada.

5.2 Muestreo/ Participantes

El universo poblacional se encuentra constituido por 87 médicos especialistas, hombres y mujeres de diferentes áreas médicas, con edades que oscilan entre los 30 a 60 años, que laboran en dos hospitales de la ciudad de Ibarra.

La población elegible (muestra) está integrada por 65 médicos especialistas de diferentes especialidades (cirugía general 6, anestesiología 8, cardiología 2, cirugía vascular 1, emergenciológica 3, endocrinología 1, fisiatría 2, gastroenterología 1, ginecología-obstetricia 8, terapia intensiva 4, medicina interna 5, medicina familiar 1, neurología 1, neurocirugía 1, oftalmología 2, otorrinolaringología 1, patología 1, pediatría 4, traumatología 5, cirugía plástica 1, urología 2, imagenología 1, alergología 1, dermatología 1, nefrología 1, y salud pública 1) que se encuentran dentro de los criterios de inclusión y no cumplen con los criterios de exclusión. De los 65 médicos pertenecientes a la muestra, 59 contestaron los cuestionarios (MBI-HSS) lo que corresponde al 90.907% de la muestra elegida, porcentaje considerado como una fracción de muestreo de carácter satisfactorio. De los 59 médicos que contestaron los cuestionarios el 81.35% son de sexo masculino, y el 18,94% son de sexo femenino.

El hospital A cuenta con un universo poblacional constituido por 41 médicos especialistas hombres y mujeres de diferentes áreas médicas, con edades entre los 30 a 60 años. La población elegible (muestra) está integrada por 33 médicos de diferentes especialidades (cirugía general 3, anestesiología 4, cardiología 2, cirugía vascular 1, emergenciológica 2, endocrinología 1, fisiatría 1, gastroenterología 1, ginecología 3, intensivistas 1, internistas 2, medicina familiar 1, neurología 1, neurocirugía 1, oftalmología 1, otorrinolaringología 1, patología 1, pediatría 3, traumatología 2 y urología 1) que se encuentran dentro de los criterios de inclusión y no cumplen con los criterios de exclusión. De los 33 médicos pertenecientes a la muestra, 30 contestaron los cuestionarios (MBI-HSS) lo que corresponde al 90.909% de la muestra elegida.

El hospital B cuenta con un universo poblacional constituido por 46 médicos especialistas hombres y mujeres de diferentes áreas médicas, con edades entre los 30 a 60 años. La población elegible (muestra) está integrada por 32 médicos de diferentes especialidades (imagenología 1, alergología 1, anestesiología 4, cirugía general 3, cirugía plástica 1, dermatología 1, emergenciólogía 1, fisiatría 1, ginecología-obstetricia 5, medicina interna 3, nefrología 1, oftamología 1, pediatría 1, salud pública 1, terapia intensiva 3, traumatología 3 y urología 1) que se encuentran dentro de los criterios de inclusión y no cumplen con los criterios de exclusión. De los 32 médicos pertenecientes a la muestra, 29 contestaron los cuestionarios (MBI-HSS) lo que corresponde al 90.625% de la muestra elegida.

Unidad de análisis: médicos especialistas de un hospital de la ciudad de Ibarra.

Tipo de muestreo

Se intentó trabajar con una muestra de tipo censal que abarca a todo el colectivo, es decir la población elegible (65 médicos especialistas) constituyó la muestra, puesto que era necesario contar con un grupo representativo para que el estudio sea confiable. De esos 65 médicos especialistas que cumplían con los criterios de inclusión y estaban por fuera de los criterios de exclusión, el 90.769% contestó los cuestionarios, porcentaje correspondiente a la cantidad de 59 médicos.

Tabla 1. Criterios de exclusión e inclusión del muestreo considerados por la investigadora del presente estudio.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Médicos especialistas.	Médicos que presentan algún trastorno mental.
Médicos especialistas mujeres y hombres.	Médicos con menos de 1 año de antigüedad en el hospital.
Médicos especialistas que se encuentran en un rango de edad de 30 a 60 años.	

Córdova et. al. (2011, p. 288) explican que factores como la corta antigüedad dentro del tipo de trabajo y de la institución son confusos para la evaluación de Síndrome del Burnout, es por ello que en el estudio realizado por Riveri, Sánchez, Castellanos, Cordie y Cobas (2008, párr. 6) a 62 enfermeros del Hospital Saturnino Loratoman, tomaron como criterios de exclusión a los enfermeros que han laborado menos de un año en el hospital. Por tal motivo se ha considerado la antigüedad como un criterio de exclusión en la presente investigación.

5.3 Recolección de Datos

Se utilizaron instrumentos de recolección acordes con el planteamiento propuesto en la investigación. Fueron aplicados en el orden que se presenta a continuación:

5.3.1 Cuestionario Maslach Burnout Inventory Human Services Survey MBI-HSS

El cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), fue creado en el año 1970, por Maslach y Jackson (Cartwright y Cooper, 2009, p. 90). En los años posteriores, en 1981 se realizó la primera publicación del cuestionario. Pero fue en 1986, cuando se inició la comercialización del MBI en su segunda edición (Gil-Monte y Moreno, 2007, p. 45). La medida original del Burnout fue diseñada para profesionales que brindan servicio asistencial como médicos, enfermeras, psicólogos y asistentes sociales (Maslach, Jackson y Leiter, 1986, p. 10).

Maslach Burnout Inventory ha sido reconocido en la actualidad como la medida principal de Burnout, debido a su alta consistencia interna y confiabilidad cercana al 90.00%. Las investigaciones iniciales se basaron en datos obtenidos de países como Estados Unidos y Canada y con el tiempo se han realizado un sin número de estudios en muchos países alrededor del mundo,

es por ello que el MBI ha sido traducido a varios idiomas. (Maslach, Jackson y Leiter, 1986, pp. 9-10). Los derechos del cuestionario fueron adquiridos por Mind Garden Inc, empresa editorial independiente líder en evaluaciones y material de desarrollo psicológico (Statictis Solutions, 2011, p. 1).

El MBI incluye tres cuestionarios: the Human Services Survey (MBI-HSS), the General Survey y the Educators Survey. En esta investigación se utilizó el MBI- Human Services Survey aplicado para la medición del Síndrome en personas que realizan actividades asistenciales. El cuestionario MBI-HSS se encuentra compuesto por 22 ítems, se realiza de 10 a 15 minutos y mide los 3 aspectos del Síndrome: cansancio emocional, despersonalización y realización personal (Cartwright y Cooper, 2009, pp. 90-94; Maslach, Jackson y Leiter, 1986, pp. 3-9).

El instrumento MBI fue adaptado al castellano y fue validado en Tenerife España por Gil-Monte y Peiró en 1999. En Chile se realizó diferentes validaciones factoriales del MBI HSS, una de las más recientes fue la validación factorial realizada por Jélvez e Ibáñez (2011, pp. 176-179) obteniendo una fiabilidad según alfa de Cronbach para las diferentes escalas de 0,87 para agotamiento emocional; 0,72 para despersonalización y 0,77 para realización personal, por lo tanto se pudo concluir que es apto para ser utilizado como herramienta en la estimación global del Síndrome. En Cali, Colombia, Córdoba et al. (2011, pp. 286-292) realizaron la adaptación y validación del Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey, tomando como muestra a 314 profesionales de la salud que trabajaban en una institución hospitalaria en la ciudad de Cali, en el proceso se utilizó el cuestionario original para realizar la traducción necesaria al idioma español y nuevamente se tradujo al idioma original con el objetivo de observar la correspondencia en los idiomas. Como resultado de la adaptación y validación del instrumento se determinó que el MBI-HSS, en general, presenta una adecuada consistencia interna global de 0,767 y cumple con los criterios de validez factorial, por ello es apto para ser utilizado en la evaluación del Síndrome en profesionales sanitarios.

Tomando en cuenta a las diferentes validaciones y adaptaciones realizadas del cuestionario Maslach Burnout Inventory- Human Services Survey en países latinoamericanos especialmente en Colombia y en Chile se puede concluir que el instrumento cumple con los requerimientos necesarios, por lo tanto es factible aplicarlo en Ecuador, ya que estos países comparten una cultura semejante. Por ello en el presente estudio se utilizó el instrumento original traducido al español y adquirido en Mind Garden. Inc con todos sus derechos y licencias, cuya consistencia interna para cada una de las sub-escalas del MBI-HSS es de 0.90 para cansancio emocional, 0,79 para despersonalización, y 0.71 para realización personal (Córdova et al., 2011, pp. 286-292).

5.3.2 Cuestionario de Variables Sociodemográficas

Es un cuestionario diseñado por la autora de la presente investigación que tiene la finalidad de recolectar datos pertinentes de tipo personal y laboral en la muestra de estudio. Los datos recolectados son: edad, sexo, hijos, estado civil, años de experiencia como médico, años de antigüedad en el hospital, especialidad y número de horas de trabajo en el hospital.

5.4 Procedimiento

Fase previa

Autorización de la Investigación: Para realizar el estudio y poder acceder a la muestra se efectuó el contacto con los directores de los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra, y con el subdirector de uno de los hospitales, quienes autorizaron la realización de la presente investigación en dichas instituciones hospitalarias.

Solicitud de la Información: Posteriormente el área de talento humano de cada uno de los hospitales aportó con la información necesaria (marco muestral) para determinar el número exacto de la población elegible. Así como con datos extras que facilitaron la realización de la investigación.

Fase de administración de los instrumentos

Introducción a los participantes:

Hospital A: El día previo a la administración de los instrumentos se estableció una reunión con el Director del Hospital, quien dio la autorización de proceder con la aplicación inmediata de los dos cuestionarios tanto del MBI-HSS y del cuestionario de variables sociodemográficas. El Director del Hospital dirigió un comunicado al área de Talento Humano, para que ésta sea la encargada de enviar vía mail, un aviso a la población de médicos especialistas que trabajan dentro del hospital, explicándoles brevemente del proyecto de titulación y de la aplicación de los instrumentos de medición. Este comunicado se lo realizó con el fin de lograr mayor colaboración y participación por parte de los médicos especialistas.

Hospital B: El área de Talento Humano facilitó el establecimiento del primer contacto con los participantes. Uno de los analistas de Talento Humano introdujo a la investigadora personalmente con la mayoría de los participantes.

Entrega de los cuestionarios:

Para la entrega de los instrumentos de medición se buscó en las diferentes áreas pertenecientes a los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra a cada médico especialista que formó parte de la muestra, se le proporcionó personalmente una breve orientación acerca del estudio y una explicación sobre la forma correcta de llenar los cuestionarios. De igual manera se le informó acerca de la confidencialidad del proceso y se le otorgó personalmente a cada participante los dos cuestionarios (MBI-HSS y el cuestionario de variables sociodemográficas). Una vez contestados los cuestionarios, fueron retirados personalmente para tener un correcto manejo de la información y cumplir con los criterios éticos de confidencialidad. Al momento del proceso de llenado de los instrumentos de medición se aclararon algunos términos que resultaron ambiguos y confusos para algunos de los encuestados.

5.5 Análisis de Datos

El instrumento que se utilizó manejó una escala tipo Likert que contuvo 7 afirmaciones, que fueron desde nunca con puntuación de 0, a todos los días con puntuación de 6. El sujeto tuvo que elegir una de las siete categorías de la escala. Cada categoría o punto tuvo un valor numérico asignado. Los datos se contabilizaron sumando las puntuaciones obtenidas con respecto a cada afirmación.

Una vez recolectados los datos, éstos fueron codificados, transferidos a una matriz, guardados en archivos y limpiados de errores para la realización del análisis de los mismos mediante el programa Excel y el procesador de datos IBM SPSS Statistics 20 versión español.

El procesador de datos SPS versión 20, mediante el uso de las diferentes técnicas estadísticas permitió aceptar o rechazar las hipótesis del presente estudio, para esto fue conveniente utilizar estadísticos descriptivos e inferenciales, en el caso de los descriptivos se utilizaron para las variables como: edad, años de antigüedad y años de experiencia que son consideradas variables numéricas. Para las variables categóricas o cualitativas como las frecuencias del cuestionario MBI (preguntas del 1 al 22) y para relacionar las variables antigüedad (categorizadas como mayor o igual a 10 años y menor a 10 años) con prevalencia del Burnout se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado que analizó la dependencia o independencia entre variables. En esta investigación se intentó identificar la relación perfecta positiva o aceptable, es decir a mayor antigüedad en los hospitales mayor prevalencia del Síndrome.

5.5.1 Distribuciones Chi cuadrado

Se utiliza para observar la relación estadísticamente significativa entre las variables, ya sean cuantitativas o cualitativas. La prueba estadística permite contrastar y analizar la significancia, en caso que la probabilidad sea menor al

valor de alfa (Galindo, 2011, p. 237). La distribución Chi cuadrado se relaciona con la tabla de contingencia de filas y columnas r y c.

La función Chi cuadrado es

$$f(x; v) = \frac{1}{2^{n/2} \Gamma\left(\frac{n}{2}\right)} x^{\frac{n}{2}-1} e^{-\frac{x}{2}}; \text{ si } x \geq 0$$

(Ecuación 1)
(Galindo, 2011, p. 237).

Hipótesis de la distribución Chi cuadrado

$$\begin{cases} H_0: \text{Existe independencia entre las variables } p > \alpha = 0.05 \\ H_A: \text{Existe dependencia entre las variables } p < \alpha = 0.05 \end{cases}$$

(Ecuación 2)
(Adaptado de Galindo, 2011, p. 237).

Carlos Suárez, catedrático estadístico explica que:

La hipótesis nula significa que existe la independencia entre las variables cruzadas (filas y columnas).

La hipótesis alternativa significa que existe la dependencia entre las variables cruzadas e indica las características que tienen entre ellas.

Fórmula del estadístico de prueba:

$$\chi^2_{\text{calculado}} = \sum_{i=1}^{i=n} \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

(Ecuación 3)
(Galindo, 2011, p. 237).

La distribución Chi cuadrado se utilizó en la presente investigación para determinar la correlación entre las diferentes variables, ya sean cuantitativas,

cualitativas o combinaciones entre ellas. En este caso se utilizó la distribución Chi cuadrado para analizar la relación entre las frecuencias de las 22 preguntas, las variables como la edad el sexo, el estado civil, la especialidad, y la más representativa la variable antigüedad.

5.5.2 Tabla de Contingencia

La tabla de contingencia es una tabla de variables cruzadas A y B, que está compuestas por filas y columnas. Los valores cruzados observados en la tabla de contingencia, son útiles para obtener valores esperados, es decir para hallar el valor test Chi cuadrado (Galindo, 2011, p. 276).

Valores de y	y_1	y_2	....	y_j	...	y_e	Total
Valores de x							
x_1	f_{11}	f_{12}	....	f_{1j}	...	y_{1e}	f_1
x_2	f_{21}	f_{22}	....	f_{2j}	...	y_{2e}	f_2
.
.
.
x_i	f_{i1}	f_{i2}	....	f_{ij}	...	y_{ie}	f_i
.
.
.
x_k	f_{k1}	f_{k2}	....	f_{kj}	...	y_{ke}	f_k
Total	$f_{.1}$	$f_{.2}$	....	$f_{.j}$	...	$y_{.e}$	$n = \sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^e f_{ij}$

Figura 1. Tabla de contingencia
Tomado de (Galindo, 2011, p. 276).

5.5.3 Coeficiente de Contingencia

El coeficiente de contingencia indica la relación entre las variables representativas del análisis de la tabla, es decir muestra el grado de cohesión que existe entre ellas (Galindo, 2011, p. 277).

$$\left\{ \begin{array}{l} R^2 = 1 \text{ tiene un ajuste perfecto} \\ 0.50 \leq R^2 < 1 \text{ tiene un ajuste fuerte que es aceptable} \\ 0.00 < R^2 < 0.50 \text{ tiene un ajuste débil} \\ R^2 = 0, \quad \text{no existe ajuste} \end{array} \right.$$

(Ecuación 4)
(Galindo, 2011, p. 277).

5.5.4 Alfa de Cronbach

Es un índice que determina la confiabilidad o fiabilidad de cada una de las preguntas del cuestionario MBI, de acuerdo a la escala de Likert.

Sus mediciones son las siguientes:

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{Coeficiente alfa } >0.9 \text{ es excelente.} \\ \text{Coeficiente alfa } >0.8 \text{ es bueno.} \\ \text{Coeficiente alfa } >0.7 \text{ es aceptable.} \\ \text{Coeficiente alfa } > 0.6 \text{ es cuestionable.} \\ \text{Coeficiente alfa } >0.5 \text{ es pobre} \\ \text{Coeficiente alfa } <0.5 \text{ es inaceptable.} \end{array} \right.$$

(Ecuación 5)
(George y Allery, 2003, citado en Universidad de Valencia, 2012, p. 1)

5.5.5 Escala de Likert

Es una escala que se aplica con el objetivo de que las personas encuestadas tengan mayor posibilidad de escoger la opción con la que más se identifiquen. En el presente estudio el procesamiento de los datos de las encuestas realizadas a los médicos especialistas de los hospitales públicos de la ciudad

de Ibarra, se lo realizó mediante la aplicación de una encuesta que utiliza la técnica de Likert, que permite la elección de la alternativa con la que mejor se identifique el encuestado. En esta encuesta se tiene como variables categóricas a las frecuencias del 1 al 22, que permiten medir la presencia del Síndrome de Burnout en la muestra.

6. Resultados

Tabla 2. Escalas del Síndrome del Hospital A.

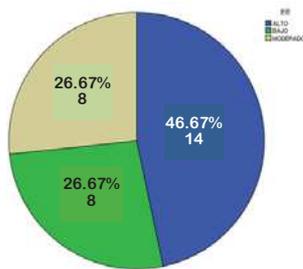
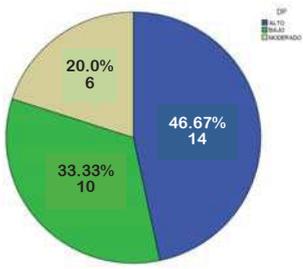
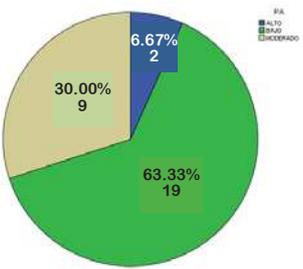
HOSPITAL A		
Escalas del Síndrome		
Agotamiento Emocional EE	Despersonalización DP	Realización Personal PA
 <p>Figura 2. Resultados obtenidos por la investigadora a través del cuestionario MBI de los niveles de la escala EE hospital A.</p>	 <p>Figura 3. Resultados obtenidos por la investigadora a través del cuestionario MBI de los niveles de la escala DP hospital A.</p>	 <p>Figura 4. Resultados obtenidos por la investigadora a través del cuestionario MBI de los niveles de la escala PA hospital A.</p>
<p>Predomina un alto nivel de agotamiento emocional con el 46.67% en los médicos especialistas del hospital A, seguido por niveles moderados y bajos con el mismo porcentaje del 26.67%.</p>	<p>La figura indica un alto nivel en la escala de despersonalización con el 46.67%, seguido de un nivel bajo 33.33% y por último un nivel moderado de la escala con un 20.00% en los médicos especialistas del hospital A de la ciudad de Ibarra.</p>	<p>En el gráfico se puede observar que predomina un bajo nivel con el 63.33%, seguido de un nivel moderado con el 30.00% y por último un nivel alto con el 6.67% en los encuestados del hospital A. Al actuar esta escala de manera inversa un bajo nivel de PA significa que los médicos especialistas presentan alta realización personal.</p>
<p>Conclusión: Se observa que en los médicos especialistas de la ciudad de Ibarra pertenecientes al hospital A predominan altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización, y bajos niveles de baja realización personal; es decir para los médicos especialistas de este hospital su trabajo les resulta frustrante, les ocasiona tensión y preocupación; este malestar conlleva a que estos presentes actitudes negativas hacia los demás; pero a la vez los médicos se sienten satisfechos de los resultados obtenidos por el cumplimiento del compromiso característico de su profesión.</p>		

Tabla 3. Escalas del Síndrome del Hospital B.

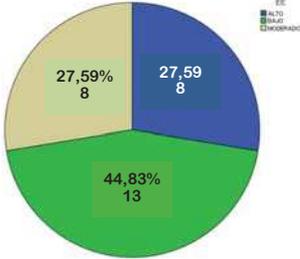
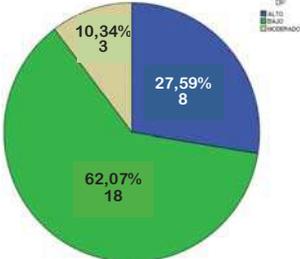
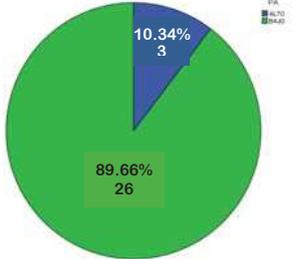
Escalas del Síndrome		
Agotamiento Emocional EE	Despersonalización DP	Realización Personal PA
 <p>Figura 5. Resultados obtenidos por la investigadora a través del cuestionario MBI de los Niveles de la escala EE hospital B.</p>	 <p>Figura 6. Resultados obtenidos por la investigadora a través del cuestionario MBI de los niveles de la escala DP hospital B.</p>	 <p>Figura 7. Resultados obtenidos por la investigadora a través del cuestionario MBI de los niveles de la escala PA hospital B.</p>
<p>Se observa un bajo nivel de agotamiento emocional con el 44.83%, seguido de niveles altos y bajos con el mismo porcentaje del 27.59% en los médicos especialistas del hospital B de la ciudad de Ibarra.</p>	<p>La figura indica predominio de bajo nivel de la escala despersonalización con el 62.07%, en segundo lugar se observa un nivel alto de la escala con el 27.59% y por último un nivel moderado del 10.34% en la muestra del hospital B de la ciudad de Ibarra.</p>	<p>El gráfico indica un bajo nivel de la escala PA con el 89.66%, seguido de un nivel alto con el 10.34%. Se evidencia ausencia de niveles moderados. Al actuar esta escala de manera inversa un bajo nivel de PA significa que la muestra presenta alta realización personal.</p>
<p>Conclusión: Se evidencia que en los médicos especialistas de la ciudad de Ibarra pertenecientes al hospital B predominan bajos niveles de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Por lo tanto, los médicos no presentan agobio por las exigencias emocionales propias de su trabajo, al contrario tienen actitudes positivas hacia los beneficiarios del mismo.</p>		

Tabla 4. Escalas del Síndrome de los médicos especialistas de los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra.

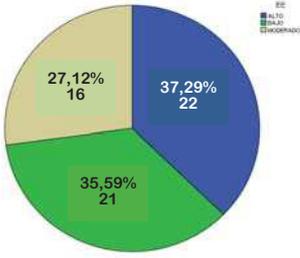
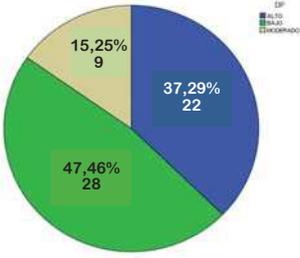
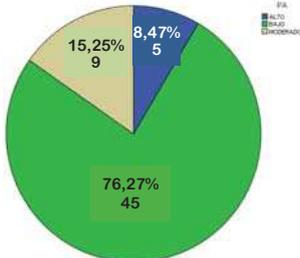
Agotamiento Emocional EE	Despersonalización DP	Realización Personal PA
 <p><i>Figura 8.</i> Resultados obtenidos por la investigadora a través del cuestionario MBI de los niveles de la escala EE en hospitales públicos de Ibarra.</p>	 <p><i>Figura 9.</i> Resultados obtenidos por la investigadora a través del cuestionario MBI de los niveles de la escala DP en hospitales públicos de Ibarra.</p>	 <p><i>Figura 10.</i> Resultados obtenidos por la investigadora a través del cuestionario MBI de los niveles de la escala PA en hospitales públicos de Ibarra.</p>
<p>En los médicos especialistas de los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra se evidencia en primer lugar un alto nivel de EE con el 37.29%; en segundo lugar se observa un bajo nivel de agotamiento emocional con el 35.59%, y por último un nivel moderado del 27.12%.</p>	<p>La figura indica predominio de bajo nivel de la escala despersonalización con el 47.46%, seguido de un nivel alto con el 37.29% y por último un nivel moderado del 15.25% en los médicos especialistas pertenecientes a los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra.</p>	<p>El gráfico indica un bajo nivel de la escala PA con el 76.27%, le sigue un nivel moderado con el 15.25% y finalmente un alto nivel con el 8.47%. Al actuar esta escala de manera inversa un bajo nivel de PA significa que la muestra presenta alta realización personal.</p>
<p>Conclusión: En los médicos especialistas de los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra predomina un alto nivel de EE con el 37.29% que representa a 22 personas de la muestra. En cuanto a la escala DP hay preponderancia del nivel bajo con el 47.46% que representa a 28 personas del total de los participantes. Referente a la escala PA se evidencia niveles bajos de baja realización personal con el 76.27% que representa a 45 personas. Gran porcentaje de los encuestados presentan alta realización personal, esta escala actúa de manera inversa. Los participantes presentan una continua fatiga mental, física y emocional que ocasiona en ellos una excesiva tensión, pues sienten agobio por las exigencias emocionales características de su profesión, pero a la vez se encuentran motivados por su trabajo, ya que consideran que están realizando algo positivo por los demás.</p>		

Tabla 5. Prevalencia del Síndrome en los hospitales A y B.

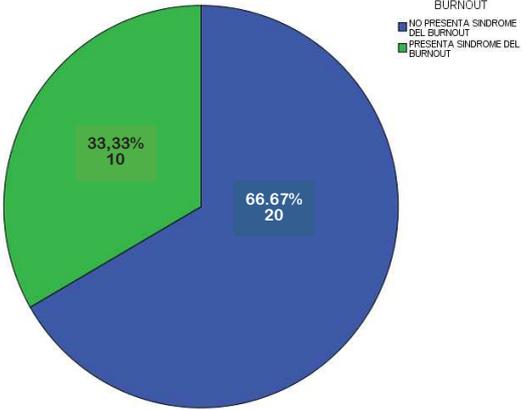
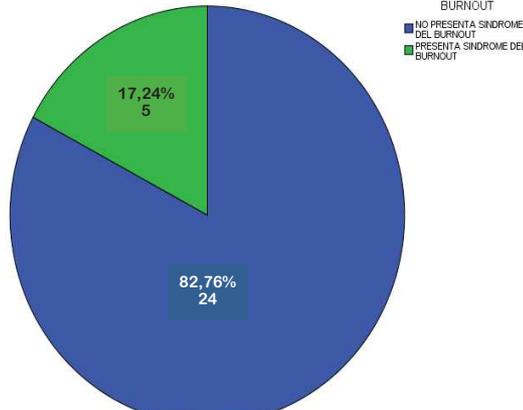
Hospital A	Hospital B
 <p data-bbox="233 770 799 891"><i>Figura 11.</i> Resultados obtenidos por la investigadora a través del cuestionario MBI sobre la prevalencia del Síndrome de Burnout en el hospital A.</p>	 <p data-bbox="813 786 1396 907"><i>Figura 12.</i> Resultados obtenidos por la investigadora a través del cuestionario MBI sobre la prevalencia del Síndrome de Burnout en el hospital B.</p>
<p data-bbox="233 987 799 1200">Se observa un 33.33% de prevalencia del Síndrome del Burnout que representa a 1/3 de la muestra, es decir a 10 personas del total de los participantes, pero se evidencia mayor porcentaje de la ausencia del Síndrome con un 66.67% en los médicos especialistas del hospital A de la ciudad de Ibarra.</p>	<p data-bbox="813 987 1396 1227">La figura muestra una prevalencia del Síndrome de Burnout del 17.24% en los médicos especialistas del hospital B de la ciudad de Ibarra, este porcentaje representa a 5 personas del total de la muestra. Se visualiza en mayor medida ausencia del Síndrome en el 82.76% que representa a 24 personas del total de la muestra.</p>
<p data-bbox="233 1267 421 1294">Conclusiones:</p> <p data-bbox="233 1312 1396 1402">Se evidencia una mayor prevalencia del Síndrome en el hospital A. A pesar de ser hospitales públicos, cada uno tiene características organizacionales que los diferencia uno del otro y les genera identidad propia.</p>	

Tabla 6. Prevalencia del Síndrome en los médicos especialistas de los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra.

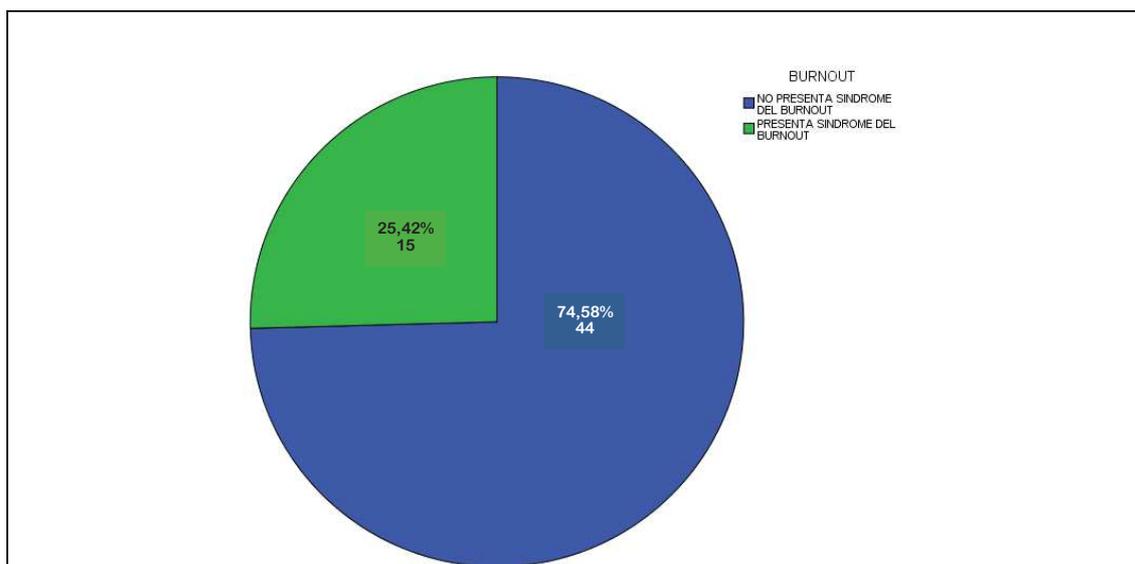


Figura 13. Resultados obtenidos por la investigadora a través del cuestionario MBI sobre la prevalencia del Síndrome de Burnout en los médicos especialistas de los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra.

Conclusiones:

De 59 médicos especialistas que equivalen al total de la muestra, en el 25.42% se evidencia una prevalencia del Síndrome, este porcentaje representa a 15 personas del total de los participantes. Mientras que se observa que en la mayoría de los encuestados no existe prevalencia de Burnout, pues el porcentaje de ausencia del Síndrome es del 74.58% que representa a 44 médicos especialistas. Este resultado se asemeja a los presentados en el estudio realizado por Illera (2006, pp. 1, 10) en el que se evidenció que la prevalencia del Síndrome en la muestra estudiada se encontró entre el 17.5% y el 28.1%.

A pesar de encontrar un porcentaje menor de prevalencia, éste se convierte en un indicador significativo que determina la importancia de la implementación de acciones correctivas y preventivas dentro de los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra.

Tabla 7. Relación entre prevalencia del Síndrome – Sexo en los médicos especialistas de los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra.

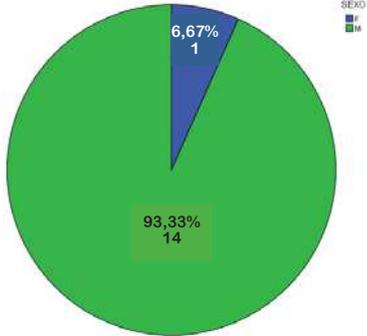
Sexo																																																																																																																		
 <p>Figura 14. Resultados obtenidos por la investigadora a través del cuestionario MBI y el cuestionario de variables sociodemográficas sobre la prevalencia del Síndrome de Burnout – Sexo.</p>																																																																																																																		
<p>Conclusiones:</p> <p>Mediante la interpretación del gráfico y de las tablas se observa que de las personas que presentan el Síndrome la mayoría son de sexo masculino con el 93.33%, solamente el 6.67% son de sexo femenino. Sin embargo al realizar el análisis estadístico mediante la prueba Chi cuadrado se determinó que no existe una relación estadísticamente significativa entre las dos variables (sexo y prevalencia del Burnout). Este resultado se puede generar debido a que dentro de la muestra no hay una proporción equitativa entre hombres y mujeres.</p>																																																																																																																		
<p>Tabla 7.1. Resultados obtenidos por la investigadora a través del programa SPS. Tabla de contingencia presencia-sexo.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="7">Resumen del procesamiento de los casos</th> </tr> <tr> <th rowspan="3"></th> <th colspan="6">Casos</th> </tr> <tr> <th colspan="2">Válidos</th> <th colspan="2">Perdidos</th> <th colspan="2">Total</th> </tr> <tr> <th>N</th> <th>Porcentaje</th> <th>N</th> <th>Porcentaje</th> <th>N</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PRESENCIA *</td> <td>15</td> <td>100.0%</td> <td>0</td> <td>0.0%</td> <td>15</td> <td>100.0%</td> </tr> <tr> <td>SEXO</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">Tabla de contingencia PRESENCIA * SEXO</th> </tr> <tr> <th colspan="5">Recuento</th> </tr> <tr> <th rowspan="2"></th> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">SEXO</th> <th rowspan="2">Total</th> </tr> <tr> <th>F</th> <th>M</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">PRESENCIA</td> <td>ALTO NIVEL DE BURNOUT</td> <td>0</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>SIN ALTO NIVEL DE BURNOUT</td> <td>1</td> <td>11</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Total</td> <td>1</td> <td>14</td> <td>15</td> </tr> </tbody> </table> <p>Tabla 7.2. Resultados obtenidos por la investigadora a través del programa SPS. Prueba Chi cuadrado- Sexo.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">Pruebas de chi-cuadrado</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Valor</th> <th>gl</th> <th>Sig. asintótica (bilateral)</th> <th>Sig. exacta (bilateral)</th> <th>Sig. exacta (unilateral)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Chi-cuadrado de Pearson</td> <td>.268^a</td> <td>1</td> <td>.605</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Corrección por continuidad^b</td> <td>.000</td> <td>1</td> <td>1.000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Razón de verosimilitudes</td> <td>.464</td> <td>1</td> <td>.496</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Estadístico exacto de Fisher</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>1.000</td> <td>.800</td> </tr> <tr> <td>N de casos válidos</td> <td>15</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Resumen del procesamiento de los casos								Casos						Válidos		Perdidos		Total		N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje	PRESENCIA *	15	100.0%	0	0.0%	15	100.0%	SEXO							Tabla de contingencia PRESENCIA * SEXO					Recuento							SEXO		Total	F	M	PRESENCIA	ALTO NIVEL DE BURNOUT	0	3	3	SIN ALTO NIVEL DE BURNOUT	1	11	12	Total		1	14	15	Pruebas de chi-cuadrado							Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Chi-cuadrado de Pearson	.268 ^a	1	.605			Corrección por continuidad ^b	.000	1	1.000			Razón de verosimilitudes	.464	1	.496			Estadístico exacto de Fisher				1.000	.800	N de casos válidos	15				
Resumen del procesamiento de los casos																																																																																																																		
	Casos																																																																																																																	
	Válidos		Perdidos		Total																																																																																																													
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje																																																																																																												
PRESENCIA *	15	100.0%	0	0.0%	15	100.0%																																																																																																												
SEXO																																																																																																																		
Tabla de contingencia PRESENCIA * SEXO																																																																																																																		
Recuento																																																																																																																		
		SEXO		Total																																																																																																														
		F	M																																																																																																															
PRESENCIA	ALTO NIVEL DE BURNOUT	0	3	3																																																																																																														
	SIN ALTO NIVEL DE BURNOUT	1	11	12																																																																																																														
Total		1	14	15																																																																																																														
Pruebas de chi-cuadrado																																																																																																																		
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)																																																																																																													
Chi-cuadrado de Pearson	.268 ^a	1	.605																																																																																																															
Corrección por continuidad ^b	.000	1	1.000																																																																																																															
Razón de verosimilitudes	.464	1	.496																																																																																																															
Estadístico exacto de Fisher				1.000	.800																																																																																																													
N de casos válidos	15																																																																																																																	

Tabla 8. Relación entre prevalencia del Síndrome – Estado civil en los médicos especialistas de los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra.

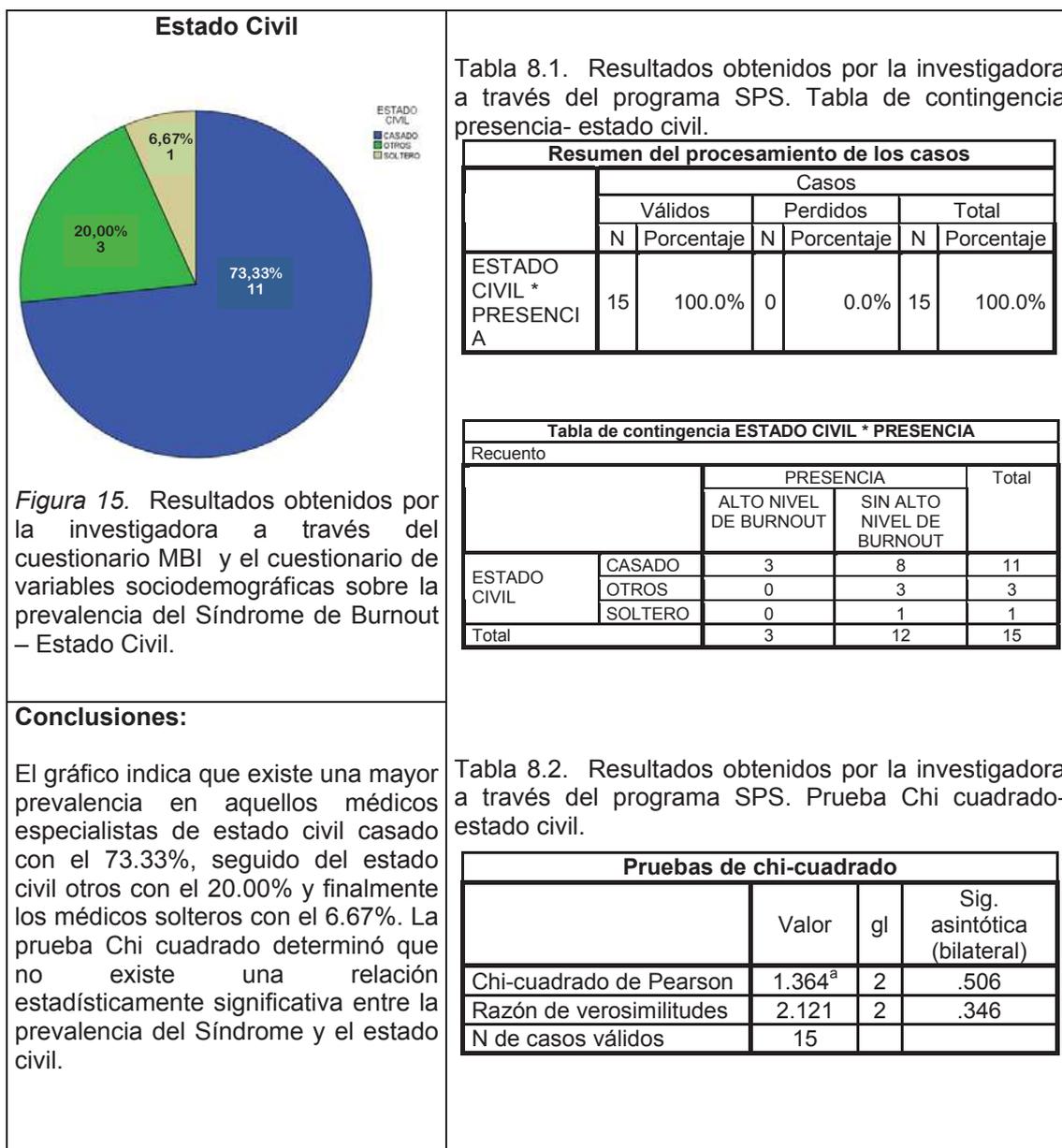


Tabla 9. Relación entre prevalencia del Síndrome – Especialidad en los médicos especialistas de los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra.

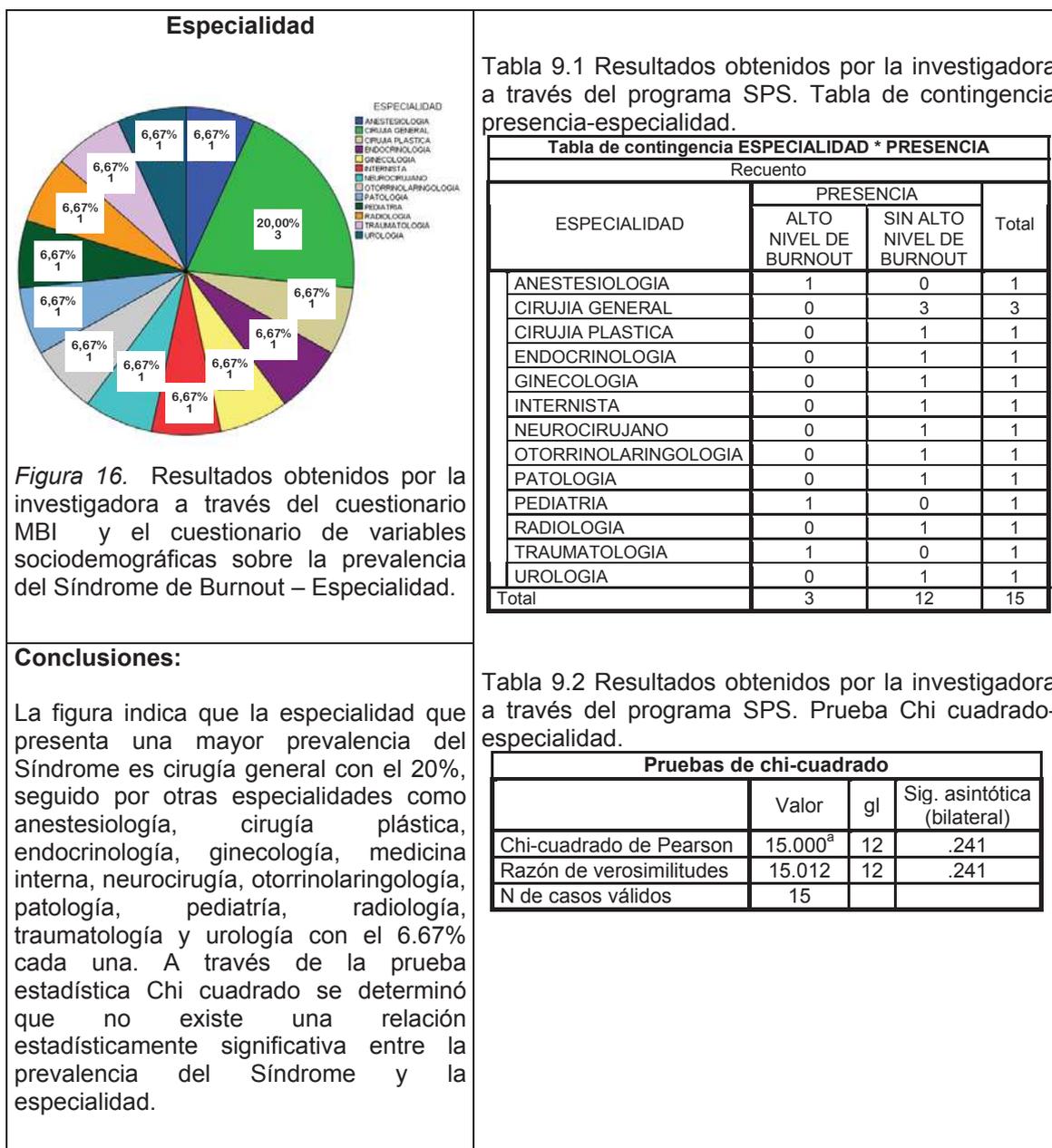


Tabla 10. Relación entre prevalencia del Síndrome – Antigüedad en los médicos especialistas de los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra.

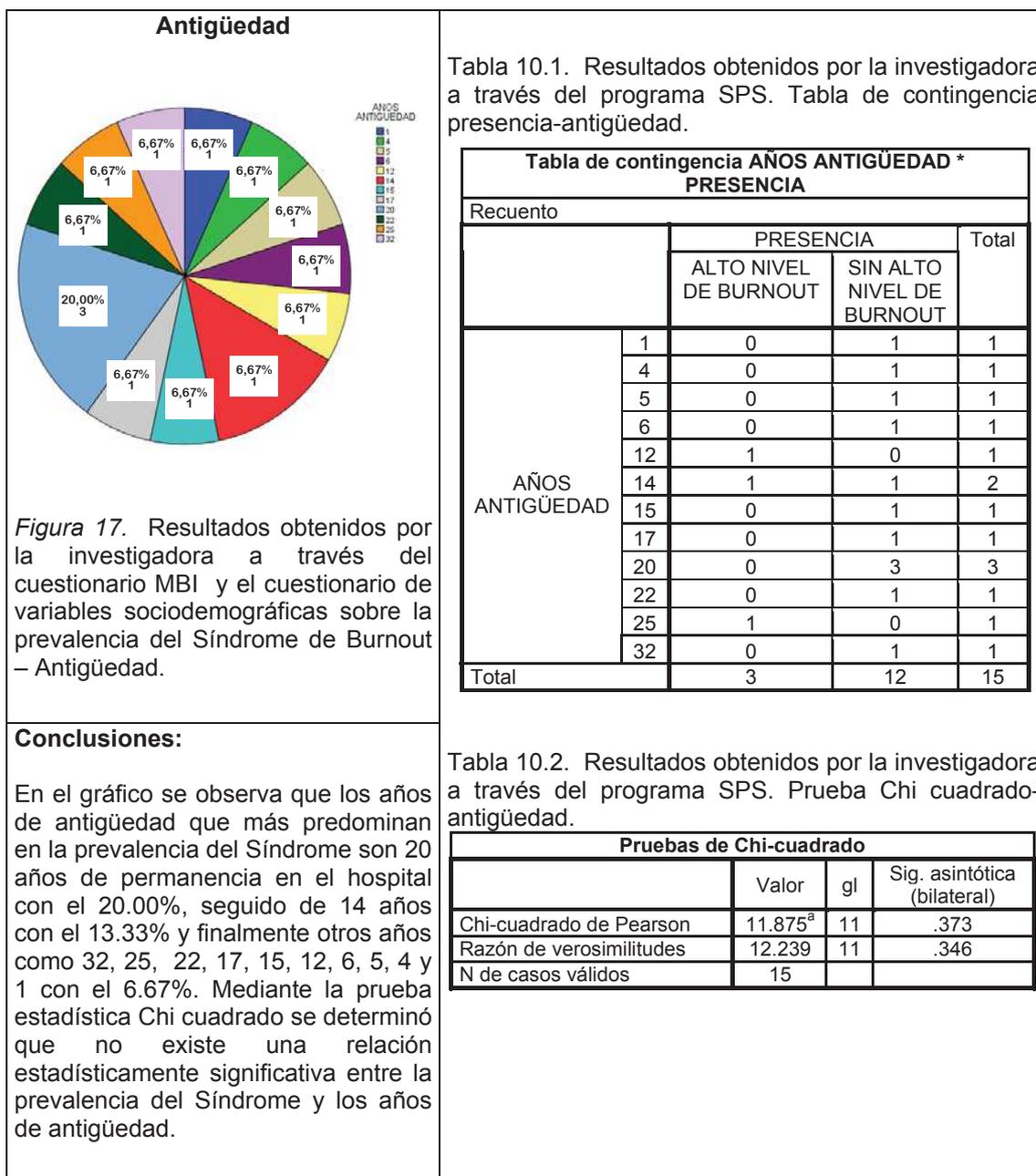


Tabla 11. Relación entre prevalencia del Síndrome – Antigüedad (≥ 10 años o < 10 años) en los médicos especialistas de los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra.

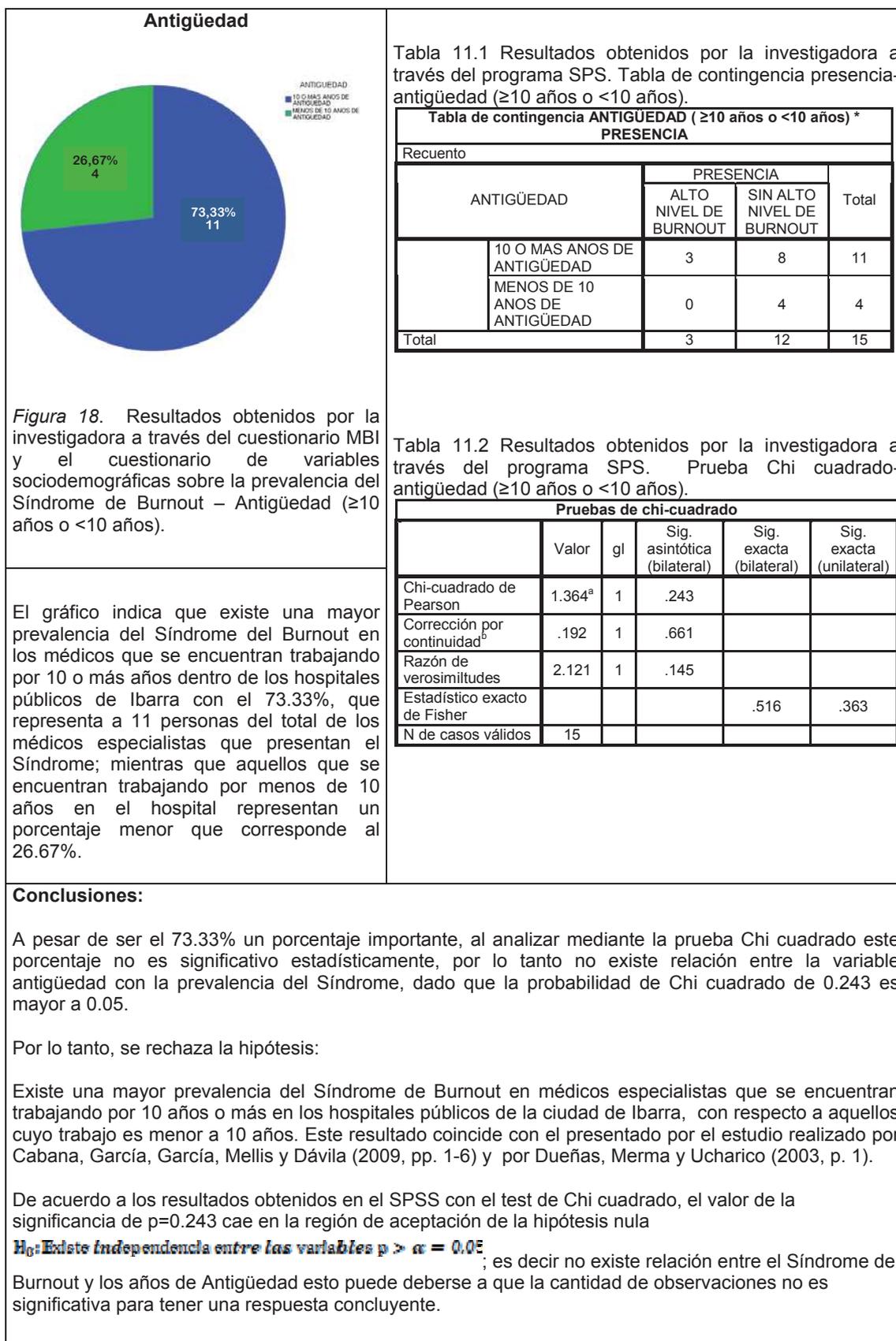


Tabla 12. Relación entre prevalencia del Síndrome – Antigüedad (≥ 10 años o < 10 años) en los hospitales A y B.

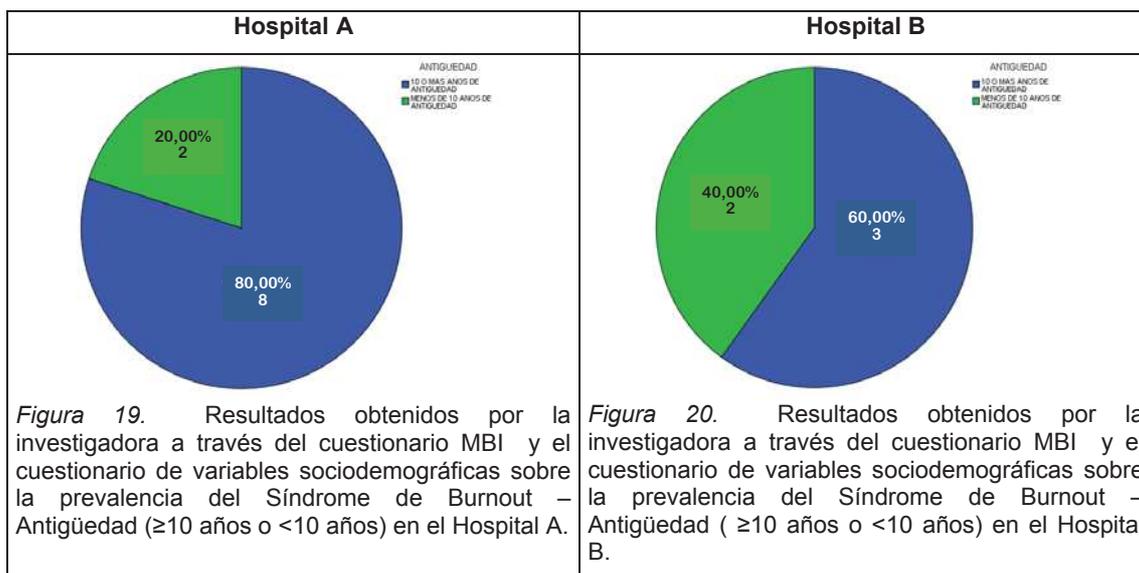


Tabla 12.1. Resultados obtenidos por la investigadora a través del programa SPS. Prueba Chi cuadrado- antigüedad (≥ 10 años o < 10 años) en el hospital A.

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.278 ^a	1	.598		
Corrección por continuidad ^b	.000	1	1.000		
Razón de verosimilitudes	.473	1	.491		
Estadístico exacto de Fisher				1.000	.800
N de casos válidos	10				

a. 3 casillas (75.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .20.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Se observa que de las personas con prevalencia del Síndrome del hospital A el 80% se encuentra trabajando 10 o más años dentro del mismo, mientras que los médicos especialistas del porcentaje restante correspondiente al 20% se encuentran trabajando menos de 10 años en el hospital A. Al analizar la relación presente entre antigüedad y prevalencia mediante la prueba estadística Chi cuadrado, se observa que no existe una relación estadísticamente significativa.

Tabla 12.2. Resultados obtenidos por la investigadora a través del programa SPS. Prueba Chi cuadrado- antigüedad (≥ 10 años o < 10 años) en el hospital B.

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.222 ^a	1	.136		
Corrección por continuidad ^b	.313	1	.576		
Razón de verosimilitudes	2.911	1	.088		
Estadístico exacto de Fisher				.400	.300
N de casos válidos	5				

a. 4 casillas (100.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .80.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

El gráfico indica que el 60% de los médicos con prevalencia del Síndrome pertenecientes al hospital B se encuentran trabajando por 10 o más años dentro del mismo, mientras que el 40% restante de los médicos se encuentran trabajando menos de 10 años dentro de la institución hospitalaria. Al realizar el análisis estadístico mediante la prueba Chi cuadrado se determinó que existe independencia entre la variable antigüedad y prevalencia, por este motivo no existe una relación estadísticamente significativa entre estas variables dentro del hospital B.

Conclusiones:

A pesar de evidenciar a través de los gráficos una relación importante entre la antigüedad y la prevalencia del Síndrome, puesto que un gran porcentaje de las personas con prevalencia pertenecientes a los dos hospitales se encuentran trabajando 10 a más años dentro del hospital, esta relación no es estadísticamente significativa, resultado que se pudo determinar mediante el análisis de la prueba Chi cuadrado.

Tabla 13. Nivel alto del Síndrome en los médicos especialistas de los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra.

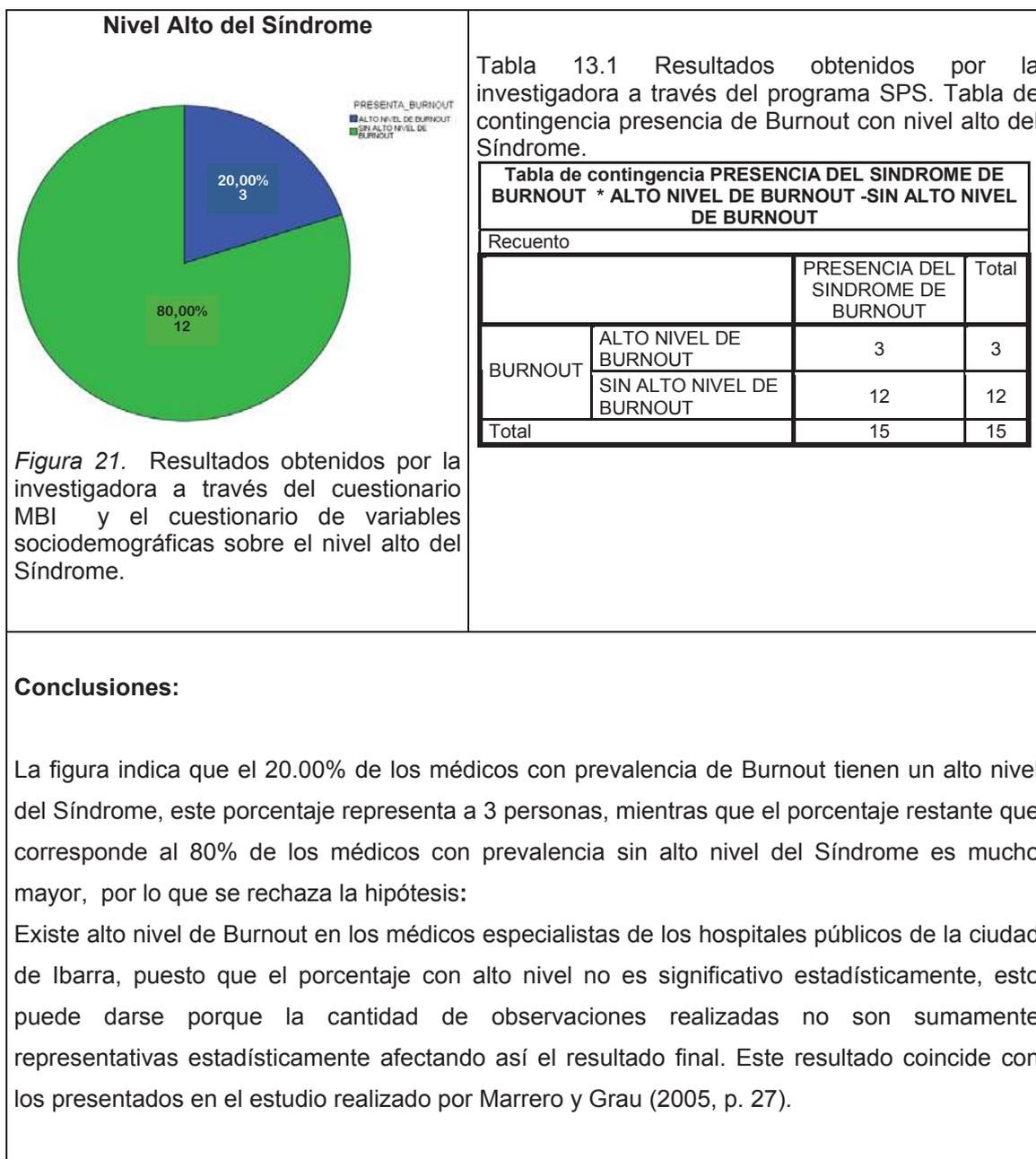


Tabla 14. Nivel Alto del Síndrome en los hospitales A y B.

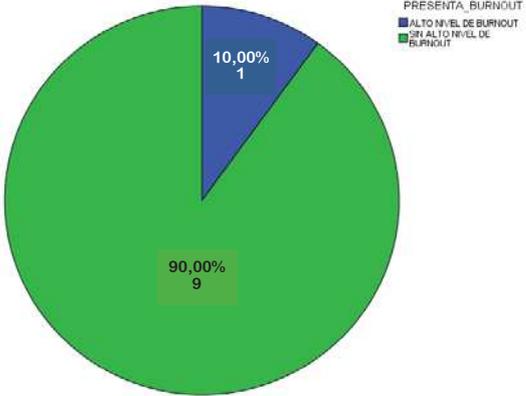
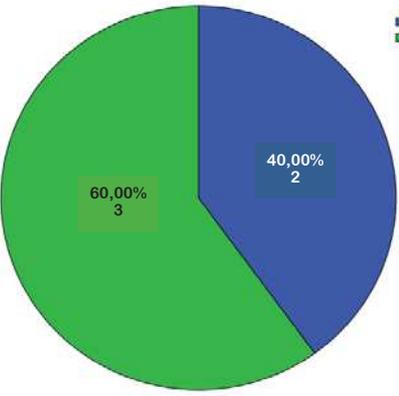
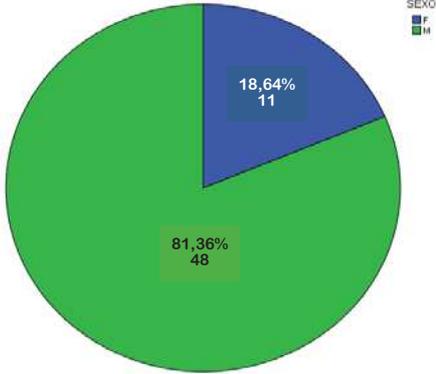
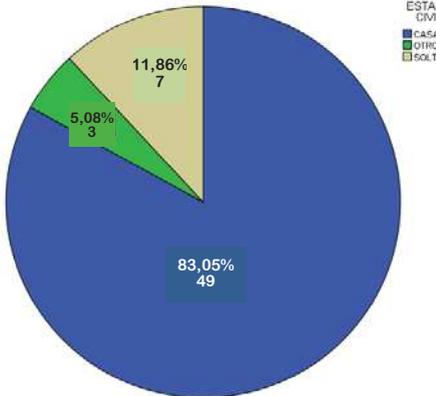
Hospital A	Hospital B
 <p data-bbox="236 801 762 958"><i>Figura 22.</i> Resultados obtenidos por la investigadora a través del cuestionario MBI y el cuestionario de variables sociodemográficas sobre el nivel alto del Síndrome hospital A.</p>	 <p data-bbox="783 801 1366 920"><i>Figura 23.</i> Resultados obtenidos por la investigadora a través del cuestionario MBI y el cuestionario de variables sociodemográficas sobre el nivel alto del Síndrome hospital B.</p>
<p data-bbox="236 1032 762 1384">Se observa un 10.00% de nivel alto del Síndrome dentro de los médicos con prevalencia del mismo. Se evidencia un porcentaje mayor de médicos sin niveles altos con el 90.00%, por lo tanto en los médicos especialistas del hospital A que presentan el Síndrome, no predomina un nivel alto de Burnout.</p>	<p data-bbox="783 1032 1366 1384">La figura muestra nivel alto del Síndrome en los médicos del hospital B con el 40.00% que corresponde a 2 médicos especialistas, pero se observa un predominio de médicos sin alto nivel del Síndrome con el 60.00%. Es por ello que en el hospital B se evidencia una mayor preponderancia de médicos especialistas sin alto nivel de Burnout.</p>
<p data-bbox="236 1491 427 1525">Conclusiones:</p> <p data-bbox="236 1541 1366 1704">Se evidencia mayor predominio en cuanto a alto nivel de Burnout en los médicos especialistas del hospital B que en los del hospital A, a pesar que el hospital A presenta mayor prevalencia del Síndrome, por lo tanto en el hospital B se observa mayor desgaste laboral alto por el trabajo, más no un mayor porcentaje de Burnout.</p>	

Tabla 15. Características de toda la muestra

<p style="text-align: center;">Sexo</p>  <p><i>Figura 24.</i> Resultados obtenidos por la investigadora a través del cuestionario MBI y el cuestionario de variables sociodemográficas sobre el sexo de toda la muestra.</p>	<p>Conclusiones:</p> <p>Los encuestados son mayormente de sexo masculino con el 81.36%, seguido del sexo femenino con el 19.94% del total de la muestra.</p>
<p style="text-align: center;">Estado civil</p>  <p><i>Figura 25.</i> Resultados obtenidos por la investigadora a través del cuestionario MBI y el cuestionario de variables sociodemográficas sobre Estado civil de toda la muestra.</p>	<p>Conclusiones:</p> <p>El diagrama evidencia que los participantes casados representan el 83.05%, seguido de los solteros con el 11.68%, y por último los encuestados de otros estados civiles con el 5.08%.</p>

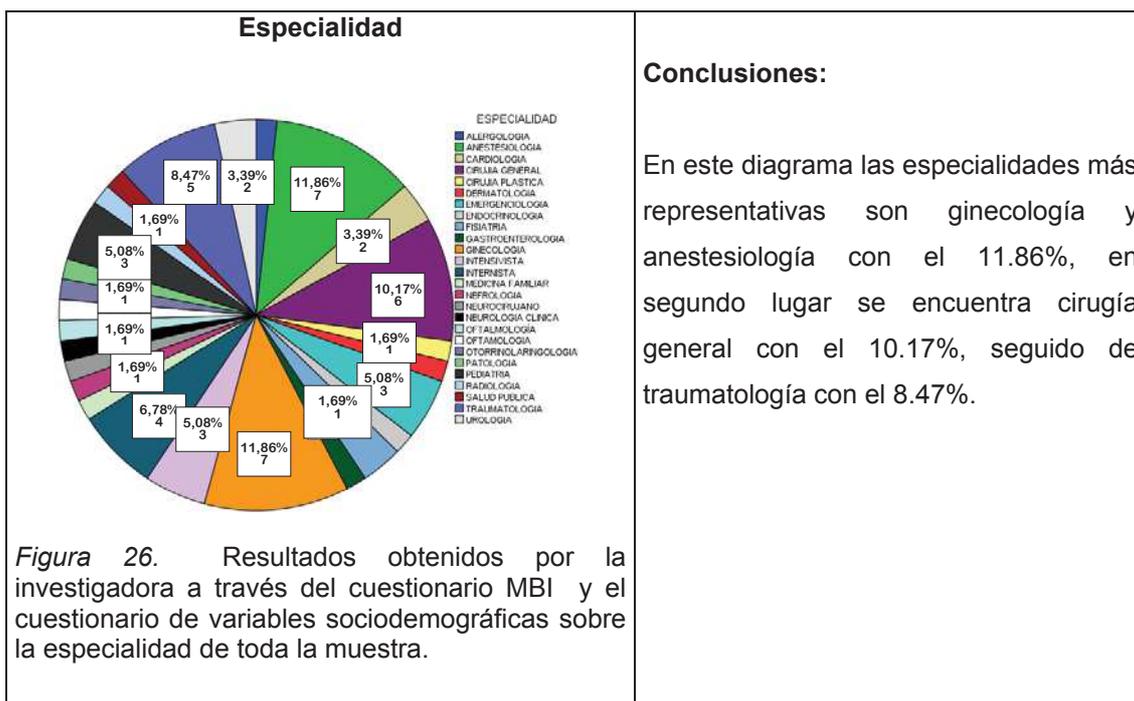


Figura 26. Resultados obtenidos por la investigadora a través del cuestionario MBI y el cuestionario de variables sociodemográficas sobre la especialidad de toda la muestra.

Conclusiones:

En este diagrama las especialidades más representativas son ginecología y anestesiología con el 11.86%, en segundo lugar se encuentra cirugía general con el 10.17%, seguido de traumatología con el 8.47%.

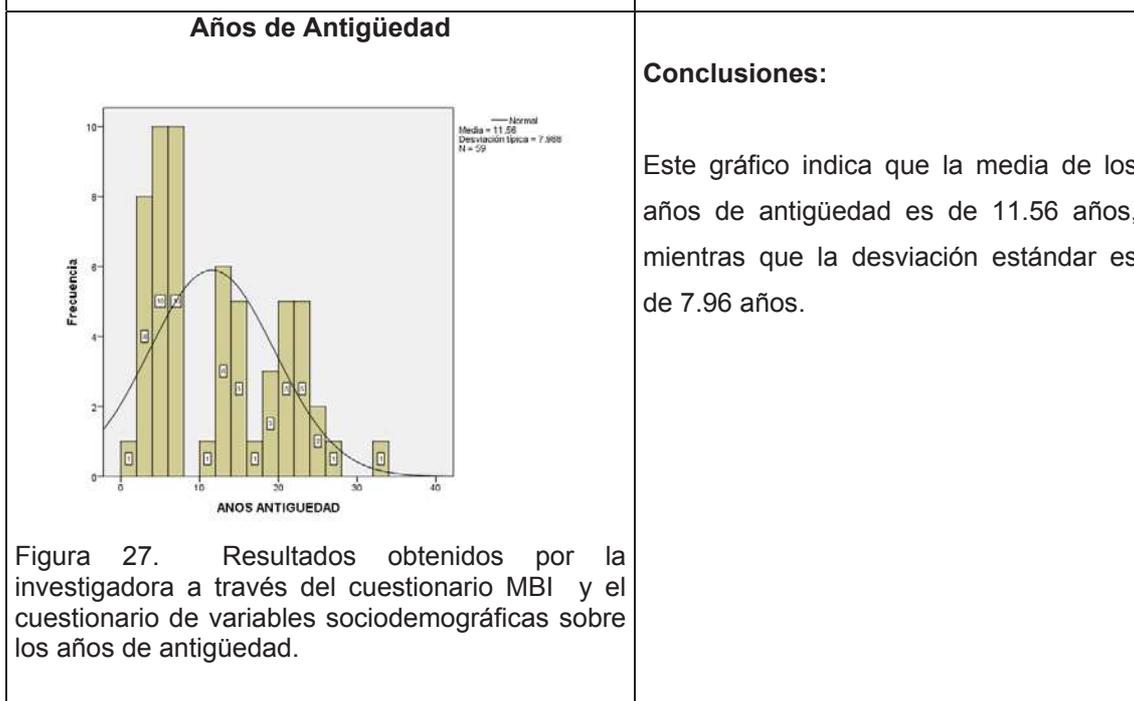


Figura 27. Resultados obtenidos por la investigadora a través del cuestionario MBI y el cuestionario de variables sociodemográficas sobre los años de antigüedad.

Conclusiones:

Este gráfico indica que la media de los años de antigüedad es de 11.56 años, mientras que la desviación estándar es de 7.96 años.

VARIABLES QUE GUARDAN RELACIÓN (AGOTAMIENTO EMOCIONAL* EDAD).

Tabla 16. Resultados obtenidos por la investigadora a través del programa SPSS. Chi cuadrado agotamiento emocional – edad.

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1014,800 ^a	936	,037
Likelihood Ratio	312,821	936	1,000
Linear-by-Linear Association	,008	1	,928
N of Valid Cases	59		
999 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,02.			

Conclusiones:

La tabla indica relación estadísticamente significativa entre las variables agotamiento emocional y la edad en los médicos especialistas de los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra, dado que el valor de la significancia es 0.037, mismo que es menor a 0.05, por lo tanto se acepta la hipótesis alternativa H_A .

$$\begin{cases} H_0: \text{Existe independencia entre las variables} & p > \alpha = 0.05 \\ H_A: \text{Existe dependencia entre las variables} & p < \alpha = 0.05 \end{cases}$$

Tabla 17. Resultados obtenidos por la investigadora a través del programa SPSS. Coeficiente de contingencia agotamiento emocional – edad.

Symmetric Measures ^c					
		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,972			,037
Interval by Interval	Pearson's R	-,012	,122	-,090	,929 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-,015	,131	-,113	,910 ^c
N of Valid Cases		59			
a. Not assuming the null hypothesis.					

La tabla indica un buen ajuste de relación entre las variables agotamiento emocional y edad en los médicos especialistas que forman parte de la muestra, debido a que el valor de la significancia R^2 es 0.972, el cual es mayor a 0.50.

$$\begin{cases} R^2 = 1, \text{ tiene un ajuste perfecto} \\ 0.50 \leq R^2 < 1 \text{ tiene un ajuste fuerte aceptable} \\ 0.00 < R^2 < 0.50 \text{ tiene un ajuste débil} \\ R^2 = 0, \text{ no existe ajuste} \end{cases}$$

VARIABLES QUE GUARDAN RELACIÓN (DESPERSONALIZACIÓN- ESTADO CIVIL).

Tabla 18. Resultados obtenidos por la investigadora a través del programa SPSS. Chi cuadrado despersonalización – estado civil.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	53,935 ^a	34	,016
Likelihood Ratio	34,823	34	,429
N of Valid Cases	59		

a. 51 cells (94,4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,05.

Conclusiones:

El cuadro analiza el valor del test Chi cuadrado que es 0.016, el cual es menor a 0.05, por lo tanto se acepta la hipótesis alternativa H_A , ya que existe dependencia entre la despersonalización y el estado civil en los médicos especialistas de los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra.

$$\begin{cases} H_0: \text{Existe independencia entre las variables} & p > \alpha = 0.05 \\ H_A: \text{Existe dependencia entre las variables} & p < \alpha = 0.05 \end{cases}$$

Tabla 19. Resultados obtenidos por la investigadora a través del programa SPSS. Coeficiente de contingencia despersonalización – estado civil.

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,691	,016
N of Valid Cases		59	

a. Not assuming the null hypothesis.
 b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
 c. Correlation statistics are available for numeric data only.

Conclusiones:

La tabla indica un ajuste aceptable de relación estadística entre las variables despersonalización y estado civil en los médicos especialistas que forman parte de la muestra, dado que el coeficiente de contingencia es 0.691, el cual es mayor a 0.50.

$$\begin{cases} R^2 = 1, \text{ tiene un ajuste perfecto} \\ 0.50 \leq R^2 < 1 \text{ tiene un ajuste fuerte aceptable} \\ 0.00 < R^2 < 0.50 \text{ tiene un ajuste débil} \\ R^2 = 0, \text{ no existe ajuste} \end{cases}$$

VARIABLES QUE GUARDAN RELACIÓN (AGOTAMIENTO EMOCIONAL* EDAD).

Tabla 20. Resultados obtenidos por la investigadora a través del programa SPSS. Chi cuadrado realización personal – edad.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	526,574 ^a	442	,003
Likelihood Ratio	226,656	442	1,000
Linear-by-Linear Association	,105	1	,746
N of Valid Cases	59		

a. 486 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,02.

Conclusiones:

La tabla detalla el valor del test Chi cuadrado de 0.003, el cual es menor a 0.05 por lo que se acepta la hipótesis alternativa debido a la dependencia existente entre las variables realización personal y edad.

$$\begin{cases} H_0: \text{Existe independencia entre las variables} & p > \alpha = 0.05 \\ H_A: \text{Existe dependencia entre las variables} & p < \alpha = 0.05 \end{cases}$$

Tabla 21. Resultados obtenidos por la investigadora a través del programa SPSS. Coeficiente de contingencia realización personal- edad.

Symmetric Measures ^c		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	,749	,019
N of Valid Cases		59	

a. Not assuming the null hypothesis.
 b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.
 c. Correlation statistics are available for numeric data only.

Conclusiones:

La tabla muestra un ajuste fuerte aceptable entre las variables realización personal y edad en los médicos especialistas de los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra, puesto que el coeficiente de contingencia es de 0.749, este valor es mayor a 0.50.

$$\begin{cases} R^2 = 1, \text{ tiene un ajuste perfecto} \\ 0.50 \leq R^2 < 1 \text{ tiene un ajuste fuerte aceptable} \\ 0.00 < R^2 < 0.50 \text{ tiene un ajuste debil} \\ R^2 = 0, \text{ no existe ajuste} \end{cases}$$

- El análisis estadístico fue realizado mediante el programa SPSS V20 Español.
- Se utilizó como instrumento de medición dos cuestionarios. El primero fue el cuestionario Maslach Burnout Inventory Human Services Survey, y el segundo un cuestionario de variables sociodemográficas como sexo, estado civil, edad, años de experiencia como médico, años de antigüedad y especialidad, realizado por la investigadora del presente estudio.
- La mayor cantidad de variables empleadas en el estudio son de carácter cualitativo como las 22 preguntas del MBI-HSS, la especialidad, el sexo, el estado civil y la antigüedad (al hacer referencia a ≥ 10 años o < 10 años); seguido de las variables de carácter cuantitativo como la edad, los años de experiencia, las horas de trabajo y los años de antigüedad.
- Existió una alta fiabilidad en las encuestas realizadas, que se determinó a través de la prueba estadística Alfa de Cronbach. Este resultado se puede observar en los anexos, en la tabla 21.
- El universo poblacional estuvo constituido por 87 médicos especialistas hombres y mujeres de diferentes áreas médicas. La población elegible que se encontró dentro de los criterios de inclusión y no cumplía con los criterios de exclusión fueron 65 médicos, de los cuales 59 contestaron los dos cuestionarios lo que corresponde al 90.907% de la muestra elegida, porcentaje considerado como una fracción de muestreo de carácter satisfactorio, de esta manera se demostró el interés de los participantes respecto a los riesgos psicosociales, especialmente el interés referente al tema del Burnout.
- De los 59 médicos a los que se les aplicó los dos cuestionarios para determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout, la mayoría fueron de sexo masculino con el 81.36%, casados con el 83.05%, de especialidades

médicas como ginecología y anestesiología con el 11.86%, y con una media de 11.56 años de antigüedad dentro del hospital.

- La prevalencia del Síndrome de Burnout en los médicos especialistas que se encuentran trabajando en los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra fue del 25.42%, resultado similar al obtenido en otros estudios realizados en el personal médico, como en el caso de la investigación desarrollada en Colombia, en la ciudad de Popayán por Illera en el 2006 (pp. 1, 10) que indicó que la prevalencia en la muestra estudiada se encontró entre el 17.5% y el 28.1%. De igual manera este autor expuso la validez de los resultados, ya que se localizan dentro de los rangos referenciados por Maslach y Jackson en el año 1982, de 20 al 35%. Si bien la prevalencia del Síndrome no es muy significativa, resulta ser un porcentaje alto de prevalencia al compararla con investigaciones realizadas en el país, en profesionales de la salud; tal es el caso del estudio desarrollado por Rosales (2012, p. 108) en el Hospital Oncológico SOLCA, núcleo Quito, que determinó que solamente el 3% de los participantes presentó el Síndrome. El porcentaje arrojado en la presente investigación, a pesar de no considerarse estadísticamente significativo, es un importante indicador; puesto que gran parte de la muestra presentó falencias en alguna de las tres subescalas. De las personas con ausencia del Síndrome el 15.9% obtuvo porcentajes altos en las subescalas agotamiento emocional y despersonalización, y el 4.54% presentó altos niveles de baja realización personal. Esto puede ocasionar tendencia en el personal encuestado a padecer en algún momento del Síndrome, debido a que los médicos por las características propias de su profesión se enfrentan a condiciones de riesgo desencadenantes del Burnout, por ello el porcentaje se convierte en un indicador significativo que determina la importancia de la implementación de acciones correctivas y preventivas dentro de los hospitales públicos.

- En cuanto a las subescalas del Síndrome en los médicos especialistas de los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra predominó un alto nivel de EE con el 37.29%, un bajo nivel de DP con el 47.46% y bajos niveles de baja realización personal PA con el 76.27%. Gran porcentaje de los encuestados presentaron alta realización personal, pues esta escala actúa de manera inversa, es decir que a pesar de la sobrecarga emocional, física e intelectual presente en el trabajo, el estrés laboral se ve compensado por el sentimiento de competencia y éxito profesional presente en los participantes. Los resultados obtenidos en esta investigación coinciden con los expuestos en el estudio realizado por Álvarez, Arce, Barrios y Sánchez (2005, pp. 27-30) en médicos de hospitales públicos de la ciudad de Corrientes, donde se evidenció desproporción entre las escalas cansancio emocional y realización personal. Los resultados referentes a las escalas del SQT obtenidos en la presente investigación podrían ser explicados debido a que la mayoría de los médicos que forman parte de la muestra tienen que efectuar importantes responsabilidades, interactuar frecuentemente con una cantidad significativa de pacientes y cumplir diariamente con un número importante de consultas externas y cirugías, por esto se encuentran sometidos a un trabajo extenuante que se ve reflejado en el elevado índice de cansancio emocional. Aunque ellos se consideran personas que cumplen a cabalidad las exigencias del trabajo, sienten que sus esfuerzos no son compensados y que no cuentan con la fuerza suficiente para seguir cumpliendo al 100% con las tareas propias de la actividad laboral. Muchos de los estudios coinciden con los resultados de esta investigación, es decir la escala más afectada por el Síndrome en los diferentes trabajos investigativos es el cansancio emocional como en el estudio citado anteriormente, realizado por Álvarez et al. (2005, p. 29), por ello esta dimensión actúa como defensa protectora ante la relación que se produce con los destinatarios del servicio y ante el desgaste y sobrecarga emocional que presenta el trabajador. El resultado obtenido sobre las dimensiones del SQT concuerda con lo expuesto por Maslach y

Jackson, 1981 (Gil-Monte, 2005, p. 45) sobre la importancia que le otorga la comunidad científica a la tridimensionalidad del Síndrome del Burnout, puesto que todos los médicos especialistas con Burnout presentaron niveles altos en por lo menos dos de las tres subescalas.

- Para determinar la asociación entre la prevalencia del Síndrome del Burnout y las variables estudiadas, se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado. Los resultados conseguidos mediante esta prueba se obtuvieron por la significancia de p . Cuando la significancia de p es <0.05 se aceptó la hipótesis alternativa por la dependencia existente entre las variables, las cuales presentaron un buen ajuste de correlación; mientras que cuando la significancia de p es >0.05 se aceptó la hipótesis nula y se rechazó la hipótesis alternativa por la independencia entre las variables.

- Respecto a las variables sociodemográficas estudiadas, se determinó que el mayor porcentaje de prevalencia se encuentra en los hombres con el 93.33% que en las mujeres, a pesar de constituir un alto porcentaje, al analizar con la prueba estadística Chi cuadrado se identificó que no existe dependencia entre las variables sexo y prevalencia, por ende no se presenta una diferencia estadísticamente significativa, este resultado puede ser producto de la disparidad presente en la totalidad de la muestra en relación con la variable sexo. Referente a la variable estado civil los resultados arrojaron que el Síndrome predomina en aquellos médicos casados con el 73.33%, este resultado coincide con lo expuesto en el estudio de Aragón, Morazán y Pérez en el año 2007 (pp. 33, 36-37) realizado al personal médico y de enfermería de un hospital de Nicaragua; pero se contrapone a lo que se manifiesta en los artículos desarrollados por Barria, 2002 (citado en Aragón et al., 2007, p. 36) donde se explica que las personas de estado civil soltero tienen mayor predisposición de presentar el Síndrome por la falta de una pareja estable, característica que hace que en los individuos solteros se presente una menor seguridad emocional. A pesar de la importante cantidad de personas casadas que

presentan el Síndrome, dentro de este estudio no existió diferencias estadísticamente significativas entre las variables estado civil y prevalencia del Burnout, esto se podría explicar debido a que al igual que con la variable sexo, en la totalidad de la muestra no hubo equidad entre los diferentes estados civiles. En cuanto a la variable especialidad al ser relacionada con la prevalencia del Burnout se pudo determinar que la especialidad con mayor predominio del Síndrome fue cirugía general con el 20.00%, resultado que podría haberse dado debido a que los cirujanos tienen que atender diariamente consultas externas y realizar cirugías continuas, por lo tanto presentan ausencia de descanso y de pausas activas, ocasionando en ellos una mayor tensión; este resultado se asemeja al obtenido en el estudio citado en páginas anteriores, realizado por Añón et al. (2012, p. 133). En el presente estudio no existió una relación estadísticamente significativa entre las variables especialidad y prevalencia del Burnout. En cuanto a la antigüedad de los médicos dentro de los hospitales públicos el estudio arrojó resultados importantes, pues se evidenció que los años que más predominan en la prevalencia del Síndrome son 20 años de permanencia en el hospital con el 20.00%, resultado que coincide con el estudio realizado por Añón et al. (2012, p. 139) en donde la mayoría de personas con el Síndrome se encuentran trabajando por más de 15 años en el hospital. Referente a la relación entre antigüedad y prevalencia se encontró que no existe una significativa relación estadística entre las variables.

- La distribución según estado civil, sexo, especialidad y antigüedad entre los casos con prevalencia del Síndrome dentro de las instituciones públicas hospitalarias no mostró diferencias estadísticamente significativas, por lo tanto, mediante la presente investigación no es posible determinar variables sociodemográficas de riesgo que sean determinantes en la prevalencia del Síndrome del Burnout. Los resultados de esta investigación coinciden con otros estudios como los realizados por Órdenes (2004, pp. 449-453) y por Paredes y Sanabria

(2008, pp. 29-30) en los cuales tampoco se encontró una relación significativa entre las variables sociodemográficas con la prevalencia del Síndrome. Con estos indicadores se podría determinar que el efecto de las variables estudiadas no es significativo, y que pueden existir otras variables que presentan una influencia más fuerte que las sociodemográficas. Estas deducciones pueden ser concluyentes para la realización de una segunda investigación enfocada en la identificación de factores de riesgos determinantes en la prevalencia del Burnout.

- Con respecto a la Hipótesis 1: Existe alto nivel de Burnout en los médicos especialistas de los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra, los resultados no fueron significativos estadísticamente, pues sólo el 20% del total de las personas con prevalencia del Síndrome, presentaron alto nivel de Burnout; por lo tanto se rechazó la hipótesis. Esto podría explicarse debido a que la cantidad de personas que formó parte de la muestra no fue representativa, afectando así al resultado final. Este resultado coincide con los presentados en el estudio realizado por Marrero y Grau (2005, p. 27) en donde se determinó la ausencia de médicos altamente afectados por el Síndrome.

- Referente a la Hipótesis 2: Existe una mayor prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos especialistas que se encuentran trabajando por 10 años o más en los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra, con respecto a aquellos cuyo trabajo es menor a 10 años. Se determinó que dentro de hospitales públicos de Ibarra los médicos con prevalencia de Burnout que se encuentran trabajando por 10 o más años corresponden al 73.33%. Al realizar el análisis estadístico mediante la prueba Chi cuadrado se identificó que a pesar de constituir el 73.33% un porcentaje considerable, no es estadísticamente significativo; puesto que el valor de la significancia de $p=0.243$ cae en la región de aceptación de la hipótesis nula. Por lo tanto existe independencia de las variables, por lo que no hay relación entre antigüedad y Burnout, rechazando de esta manera la

hipótesis 2. Esto puede presentarse debido a que la cantidad de observaciones no es significativa para tener una respuesta concluyente, mientras exista un mayor número de sujetos como parte de la muestra, se va obtener valores de la significancia de p más pequeños; es decir va a existir dependencia entre las variables, ya que p adquiere un valor menor a 0.05. En el caso de esta investigación la muestra estuvo integrada por un número menor de sujetos y por ello los valores de p , no fueron menores a 0.05, esta podría ser una de las razones por lo que no existió relación entre las variables ocasionando el rechazo de la hipótesis 2. Este resultado coincide con lo expuesto en el estudio realizado por Dueñas, Merma y Ucharico (2003, p. 1) en donde los médicos que tuvieron mayor prevalencia del Burnout fueron aquellos con más de 10 años dentro del hospital; y con la investigación citada en páginas anteriores realizada por Cabana, García, García, Mellis y Dávila (2009, pp. 1-6). Por lo tanto se puede concluir que en la presente investigación la variable antigüedad no constituyó un factor crítico y determinante en la prevalencia del Síndrome. Los resultados obtenidos en otras investigaciones incrementan la validez del presente estudio.

- No existió una relación significativa entre la presencia global del Síndrome y las variables sociodemográficas como se explicó anteriormente, pero se determinó relación entre las dimensiones del Burnout con algunas variables sociodemográficas. Mediante la prueba estadística Chi cuadrado se identificó dependencia entre las variables edad - realización personal, edad – cansancio emocional, y estado civil– despersonalización. En los resultados se identificó que la edad influye en el desgaste profesional, físico e intelectual de los individuos, a medida que las personas aumentan de edad también se incrementa la tensión y el agotamiento emocional, estos resultados coinciden con lo expuesto por Solano y Hernández en el 2002 (citado en Añon et. al., 2012, p. 144). De igual manera en los médicos especialistas de los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra se determinó que al aumentar la edad se incrementa su

realización personal, pues sienten que han influido positivamente en sus pacientes, por ello presentan mayor sensación de gratificación, orgullo y éxito, esto sirve como aliento para seguir cumpliendo con su trabajo. En cuanto a la despersonalización y estado civil, se evidenció una relación positiva entre las personas de estado civil casado con la presencia de niveles importantes de despersonalización, resultados que se asemejan a los presentados en el estudio realizado por Martínez y López (2005, p. 8) en donde se evidencia que la población con mayores niveles de despersonalización es la casada. Esto se podría generar debido a que las personas casadas pueden presentar mayores conflictos entre el trabajo y la familia, estos problemas van a influir negativamente en la forma como el profesional ve y trata al beneficiario del servicio asistencial.

7. Discusión y Conclusiones

- El Síndrome de Burnout se ha evidenciado en un porcentaje medianamente significativo en la población de médicos especialistas de los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra, sin embargo se identificó que gran parte de las personas que no presentaron el Síndrome, mostraron falencias en las subescalas, esto las vuelve propensas en un futuro a desarrollar el Burnout, pues tomando en cuenta la naturaleza y el comportamiento de las organizaciones, al actuar éstas como un sistema dinámico y coordinado, lo que afecta a un elemento del sistema trae consecuencias para toda la organización.
- Se identificó diferencias en la prevalencia de Burnout y en las puntuaciones de las tres dimensiones del cuestionario Maslach Burnout Inventory Human Services Survey, respecto a otros países más desarrollados de habla hispana que expresan mayores niveles del Síndrome, esto podría ser explicado debido a que Ecuador se encuentra en vía de desarrollo y por ende se enfrenta a otra realidad socio económica, el contexto social es diferente, la población presenta un

menor nivel de exigencia y menores expectativas, a pesar de ser una realidad que ha ido cambiando en el país en los últimos años.

- La nueva normativa legal para los profesionales de la salud no posee un criterio diferenciador, en donde se tome en cuenta las actividades que el médico realiza diariamente y los riesgos a los que el profesional se somete. Los médicos especialistas, por las actividades propias de su profesión, se encuentran expuestos en su práctica diaria a riesgos psicosociales importantes que traen consecuencias para la salud del trabajador y de la organización; es por ello que la profesión es considerada de alto riesgo. La normativa no considera la carga laboral que presentan los médicos a nivel cualitativo y cuantitativo, y las exigencias emocionales que demandan las tareas que realizan estos profesionales, por esto se percibió que los médicos especialistas experimentan insatisfacción con el aumento del número de horas diarias de trabajo, adicionalmente consideran que por la responsabilidad de su trabajo, el número de horas debería ser menor.
- Cada organización presenta características particulares que la hacen diferente y que marcan su comportamiento organizacional, es por ende que los resultados conseguidos en la presente investigación no necesariamente muestran con exactitud lo que se podría presentar en otros hospitales del Ecuador, pero a la vez resultan ser indicadores lógicos que permiten considerar que la prevalencia del SQT podría ser una nueva realidad presente en los médicos especialistas que se encuentran trabajando dentro los diversos hospitales públicos del Ecuador, debido a que se trata de una población homogénea que posee características diferentes a otros profesionales de la salud y que se desenvuelve laboralmente en condiciones complejas.
- Se concluye que los años de antigüedad no guardan relación estadísticamente significativa con la prevalencia del Síndrome. Pero a la

vez se percibe que la mayoría de los médicos que presentaron Burnout, fueron aquellos que han trabajado mayor tiempo en la institución y que en los últimos años tuvieron que someterse a cambios drásticos producidos en toda la gestión, afectando así a la organización y generando en sus miembros incertidumbre y disconformidad. Este cambio conllevó a la reorganización de todo el sistema organizacional, influyendo así en la cultura, clima, ambiente, visión y estructura, pues son factores que se encuentran íntimamente relacionados. El cambio, al no ser pensado minuciosamente, produjo en las personas resistencia y en consecuencia una actitud negativa hacía el mismo.

- Los médicos pertenecientes a ciertas especialidades, tienen que cumplir con actividades de consulta externa, al igual que con intervenciones quirúrgicas para una extensa población, que cada día recurre en mayor medida a este tipo de servicios por el cambio en infraestructura y en gestión que el nuevo gobierno está implementando en beneficio de la comunidad, pero, la cantidad de talento humano (médicos especialistas), especialmente en ciudades pequeñas es insuficiente para la extensa población que actualmente exige un mejor servicio enfocado en la calidad, es ahí cuando la sobrecarga de trabajo en estos profesionales se vuelve mayor y la insatisfacción en el personal incrementa, pues consideran que no está siendo valorado el trabajo que están realizando, aumentando la probabilidad que desarrollen el Síndrome de Burnout.

- En la presente investigación se determinó que los médicos especialistas con presencia del Síndrome presentan una mayor afectación en las escalas agotamiento emocional y despersonalización, y menor afectación en la escala de realización personal. A pesar de que los médicos se encuentran agotados física y mentalmente, estos presentaron actitudes positivas hacia su profesión, puesto que un gran número de médicos especialistas se encuentran satisfechos con su labor y con la ayuda que brindan a una población necesitada, esto los motiva a seguir enfrentando

las dificultades que se presenta en el trabajo; a pesar de la inconformidad que se percibe respecto a la gestión administrativa relacionada con el ámbito de la salud.

- Los médicos especialistas hoy en día presentan mayor presión y exigencia al vincularse al ámbito público, pues no solamente tienen que dedicarse al área de la salud, también realizan actividades adicionales de carácter administrativo, lo que produce en ellos ambigüedad de rol al no tener claro las funciones a realizar, ya que se han alterado los fundamentos metodológicos con los que el médico solía trabajar, al igual que han cambiado las exigencias sociales, ocasionando en ellos mayor insatisfacción y tensión.
- Se percibió falencias en la gestión de liderazgo dentro de las instituciones hospitalarias, esto ha traído consecuencias negativas en la construcción de relaciones funcionales entre los miembros de la organización y en el apareamiento del Burnout; los médicos sienten que no están siendo involucrados en la toma de decisiones que son determinantes en la realización de su trabajo.
- A través de las entrevistas, las encuestas realizadas a los médicos y la interacción con los mismos se pudo percibir que la remuneración podría ser un aspecto crítico identificado por los mismos en el desarrollo del Burnout, ya que resulta inversamente proporcional para las responsabilidades del cargo. Al hablar de la remuneración no solo se hace referencia al aspecto económico, también se toma en cuenta a otros tipos de incentivos como aquellos aspectos intangibles que también generan motivación en el trabajador como: el reconocimiento por parte de la organización, la preocupación de la institución por mantener el equilibrio entre trabajo- familia y el brindar mayor atención al desarrollo profesional y personal del empleado.

- Para la realización del presente estudio existió apertura e interés por parte de la organización y de los profesionales médicos. Los actores entienden que el Burnout es un tema de interés colectivo que afecta a todo el sistema organizacional, es por ello que en la actualidad se está poniendo mayor atención en el cumplimiento de la normativa relacionada con la seguridad y salud en el trabajo, especialmente en lo que se refiere a los riesgos psicosociales que aquejan a los trabajadores.

- La presente investigación es un indicador que permite considerar la necesidad de realizar una correcta intervención enfocada en la prevención y promoción de la salud dentro de los entornos laborales, para el mejoramiento de la calidad de vida de las organizaciones hospitalarias, tomando en cuenta tres ámbitos importantes, el organizacional, el interpersonal y el individual; con esto se podrá disminuir el problema que se encuentra afectando a la salud laboral de población médica de los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra.

- Como prevención de los diferentes riesgos psicosociales es necesario trabajar en el desarrollo de condiciones de trabajo seguras, con el fin de precautelar la salud del médico dentro del entorno laboral, para esto se debe trabajar en tres aspectos claves: en la fuente, en el medio, o en el trabajador, de esta manera se logrará un proceso de desarrollo y mejora organizacional responsable. Es fundamental determinar por medio de la matriz de identificación de riesgos los posibles factores de riesgo a los que se encuentra expuesto el empleado, poniendo énfasis en los psicosociales. A la vez es indispensable contar con el plan de acción para la gestión preventiva y con el plan de trabajo enfocado en cuatro ámbitos importantes: en la gestión administrativa, en la gestión de talento humano, en la gestión técnica y en la gestión operativa. Todo esto debe basarse en el Sistema de Auditoria de Riesgos del Trabajo SART. Es preciso que los hospitales cuenten con un reglamento interno de seguridad y salud en el trabajo que debe estar acorde con la matriz de

identificación de riesgos y a la vez que dispongan de una unidad de Seguridad y Salud Ocupacional. La organización debe cumplir con todos los requerimientos solicitados por la ley y los miembros deben tener claro que una organización saludable trae consecuencias positivas en todos los aspectos organizacionales, por ende mientras exista salud laboral de calidad, va a existir mayor satisfacción y bienestar en el trabajador.

- Es necesario hacer énfasis en el manejo adecuado del cambio en los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra, con el fin de lograr una adaptación integral de todo el sistema organizacional a las diferentes transformaciones que se susciten interna y externamente. Es importante que en estas organizaciones, el cambio sea planificado, para esto se sugiere utilizar el modelo de planeación de Levin (citado en Becerra, 2009, p. 1) en donde se hace énfasis en tres etapas primordiales: en el descongelamiento de la antigua conducta, en el movimiento de la antigua conducta hacia la conducta deseada, y por último en el recongelamiento de la conducta en el nuevo nivel esperado. Para poder enfrentar estas etapas es necesario que se determine el problema con claridad, se identifique la situación actual y la situación esperada, se encuentre los elementos negativos y positivos que están incidiendo en el cambio y por último se determine una estrategia que se adecue con las necesidades de la organización. Para generar un correcto cambio se necesita tiempo, paciencia y compromiso de todo el sistema organizacional, por ello es fundamental que exista participación de todos los miembros en el proceso, de esta manera ellos van adquirir responsabilidad del cambio y compromiso con el mismo. Así, un verdadero cambio sólo se llevará a cabo cuando todos los elementos estén entrelazados y los miembros se encuentren hablando el mismo lenguaje.

- Resulta necesario que todo el personal perteneciente a los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra muestren mayor interés sobre la importancia de la salud laboral dentro de las organizaciones, la cual debe

ser entendida como una parte más del comportamiento organizacional. Es indispensable realizar programas de difusión e información enfocados a aumentar el conocimiento sobre los riesgos psicosociales, especialmente en el Burnout, ya que como se dijo en la presente investigación el SQT es propio del entorno laboral, es por eso que esta difusión tiene que abarcar a todos los niveles organizacionales, estratégico, táctico y operativo, con el fin de que toda la organización posea información adecuada y pertinente sobre el Síndrome.

- A nivel organizacional como medida de prevención es necesario realizar una correcta selección de personal, con el fin de integrar personal competente dentro de los hospitales, que esté acorde al requerimiento del puesto, es decir que se encuentre preparado tanto técnica como emocionalmente. Es pertinente implementar manuales de funciones en donde se encuentren claras las competencias necesarias para el cargo y de igual manera en donde se estipule los posibles riesgos laborales a los cuales el trabajador se va a encontrar expuesto. Por esto el proceso de selección es vital en la prevención de los riesgos psicosociales en este caso en la prevención del Burnout.

- Los hospitales deben tener presente a la humanización como elemento primordial de mejora organizacional, puesto que así va a emerger la preocupación por salvaguardar los derechos humanos de los individuos que forman parte de las instituciones hospitalarias, precautelando la dignidad de las personas. Es necesario hacer hincapié en la parte emocional, psicológica y social de cada trabajador dentro de la organización, sin hacer generalizaciones y así evitar que estos sean vistos simplemente como máquinas de trabajo, al darles el lugar que merecen dentro del ámbito laboral, humanizando el trabajo; pues de una u otra manera los trabajadores no solo constituyen un elemento más en la organización, son la organización. De esta forma los médicos se van a sentir comprendidos, empoderados con su trabajo y mayormente

satisfechos, esto se va a percibir en el mejoramiento de las relaciones laborales y en la disminución de su desgaste físico, mental y social.

- Se debe mejorar las relaciones en el trabajo, ya sea formales e informales con los superiores, colaboradores, pares y pacientes, por lo tanto es fundamental mantener un ambiente adecuado de interrelación. Esto se puede optimizar mediante dinámicas grupales, en donde se fomente la interacción entre pares. De igual manera es necesario generar reuniones entre médicos y superiores con el objeto de que el trabajador pueda participar activamente en la toma de decisiones sobre los diferentes procesos que se ejecutan dentro de las empresas, con el fin de generar en él un mayor grado de control sobre su propio trabajo, eliminando de esta manera el trabajo excesivamente controlado, y a la vez lograr que el médico exponga sus inconformidades y así se llegue a acuerdos conjuntos, para beneficio de la institución.

- Respecto a la excesiva carga laboral que experimentan los médicos especialistas es necesario incorporar nuevos talentos que cumplan con el requerimiento del puesto de trabajo dentro de la institución, con el objeto de satisfacer de mejor manera las necesidades de los beneficiarios de los servicios, y evitar el acumulamiento excesivo de responsabilidades en los médicos que se encuentran trabajando en los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra. Resulta necesario determinar el nivel de estrés y carga mental de las tareas. Bosqued, 2009 (p. 173) indica que es indispensable fijar la carga laboral teniendo en cuenta el contenido cuantitativo y cualitativo de las tareas, adecuando el nivel de carga laboral a las capacidades, conocimiento y habilidades de cada trabajador. De igual forma es necesario disminuir el número de consultas externas que cada médico debe cumplir diariamente y aumentar el tiempo de atención por paciente, con el fin de obtener una atención de calidad y evitar en el médico la sobrecarga emocional y laboral.

- Se debe realizar evaluaciones periódicas de clima y cultura organizacional, en donde se ponga en consideración a los distintos factores psicosociales, permitiendo determinar la percepción tanto positiva o negativa del trabajador respecto al entorno laboral en donde se desenvuelve diariamente, lo cual va a servir como un indicador importante de conflictos, que se estén suscitando internamente.

- Se recomienda realizar futuras investigaciones en donde se tome en cuenta diferentes variables tanto personales como organizacionales (satisfacción del personal, estilo de liderazgo, apoyo social, remuneración económica, conflictos personales) en la prevalencia del Síndrome del Quemado por el Trabajo.

- Se sugiere incorporar incentivos para aumentar la motivación en los médicos, no solamente incentivos económicos o financieros. Se debe buscar otros tipos, sean tangibles o intangibles que motiven a la persona y la encaminen al cumplimiento de sus metas, como el establecimiento de sistemas justos de reconocimiento profesional, en donde el reconocimiento por parte de los superiores así como de los pares constituya un gran aliciente para el trabajador, pues percibirá que se está tomando en cuenta el esfuerzo realizado y los resultados que ha obtenido en su trabajo. Los sistemas deben encontrarse encaminados a un método de promoción justo, basado en los méritos propios del trabajador, así, no se va a producir malestar, inconformidad ni insatisfacción en los empleados.

- Se recomienda trabajar en el estilo de liderazgo, con el fin de optimizar en los líderes las competencias necesarias para detectar fortalezas y oportunidades de mejora dentro de la organización. Los líderes deben lograr que las actividades estén vinculadas con el objetivo organizacional y a la vez con los objetivos individuales de los trabajadores, por este motivo los directivos dentro de la organización deben pasar por un

minucioso proceso de selección, pues van a ser los responsables de guiar al equipo hacia el éxito deseado.

- Las nuevas normas y leyes enfocadas en los profesionales de la salud deberían realizarse con un criterio diferenciador, es necesario que assembleístas y autoridades nacionales de salud tengan claro los riesgos psicosociales a los que se encuentran expuestos los médicos por la responsabilidad que conlleva ser un profesional de la salud, pues tienen que brindar atención a una población problemática que requiere ayuda y soporte de dichos profesionales.

REFERENCIAS

- Aamodt, M. (2010). *Psicología Industrial/Organizacional*. (6a ed.). México DF, México: Cengage Learning.
- Acuerdo Ministerial 12. Registro Oficial No. 921. (2013). *Acuerdo Ministerial 12. Registro Oficial No. 921. Reglamento de reclutamiento profesionales de la salud*. Recuperado, el 21 de julio, 2013 de http://www.lexis.com.ec/webtools/esilecpro/FullDocumentVisualizer/FullDocumentVisualizerPDF.aspx?id=SALUD-REGLAMENTO_DE_RECLUTAMIENTO_PROFESIONALES_DE_LA_SALUD
- Acuerdo Ministerial 1849. Registro Oficial No. 798. (2013). *Acuerdo Ministerial 1849. Registro Oficial No. 798. Reglamento de jornada trabajo en red pública integral de salud*. Recuperado, el 21 de julio, 2013 de http://www.lexis.com.ec/webtools/esilecpro/FullDocumentVisualizer/FullDocumentVisualizerPDF.aspx?id=SALUD-REGLAMENTO_DE_JORNADA_TRABAJO_EN_RED_PUBLICA_INTEGRAL_DE_SALUD_RPIS
- Agüir, E. y Muñoz, B. (2002). Exigencias laborales psicológicas percibidas por médicos especialistas hospitalarios. *Gaceta Sanitaria*, 16(6), 487-496. Recuperado, el 20 de mayo, 2013 de <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv16n6/original3.pdf>
- Álvarez, A., Arce, M., Barrios, A. y Sánchez, A. (2005). Síndrome de Burnout en médicos de hospitales públicos de la ciudad de Corrientes. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, 9(141), 27-30. Recuperado, el 05 de agosto, 2013 de http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista141/9_141.htm
- Álvarez, F. y Faizal, E. (2012). *Salud ocupacional y prevención*. (1a ed.). Bogotá, Colombia: Ediciones de la U.
- André, P., De Juan, D., Escobar, J., Jarabo, J. y Martínez, M. (2006). *Burnout: "Técnicas de afrontamiento"*. Recuperado, el 12 de noviembre, 2012 de <http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi10/psico/6.pdf>
- Añón, G., Báez, G., Barrale, P., Bogliacino, V., Escudero, E., Estévez, G., González, C. y Pereira, C. (2012). Incidencia del Síndrome de Burnout en un Hospital Público de Montevideo. *Psicología, conocimiento y sociedad*, 2(1), 130-148.
- Aragón, B., Morazán, D. y Pérez, R. (2007). Síndrome de Burnout en médicos y personal de enfermería del Hospital Escuela "Oscar Danilo Rosales Arguello". *Universitas*, 2(2), 33-38. Recuperado, el 05 de agosto, 2013 de http://unanleon.edu.ni/universitas/pdf/volumen2_nro2/arto6.pdf

- Aranda, C., Moreno, P., Salazar, J., Torres, T., Aldrete, M. y Pérez, M. (2004). Factores psicosociales laborales y síndrome de Burnout en médicos del primer nivel de atención. *Revista Investigación en Salud*, 6(1), 28-34. Recuperado, el 21 de marzo, 2013 de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/142/14260106.pdf>
- Barrios, S. y Paravic, T. (2006). Promoción de la salud y un entorno laboral saludable. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(1), 136-141. Recuperado, el 20 de mayo, 2013 de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692006000100019&script=sci_arttext
- Bascuñán, R. (2004). Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Rev Méd Chile*, 1(133), 11-16. <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v133n1/art02.pdf>
- Becerra, J. (2009). *Manejo del cambio planificado*. Recuperado, el 12 de agosto, 2013 de http://www.losrecursoshumanos.com/phpscript/descargar_pdf.php?id=3568
- Benítez, J., Céspedes, M. y Daveau, A. (2009). *Prevalencia de Burnout en Centros de Salud de Reconquista, Santa Fé*. Recuperado, el 26 de febrero, 2013 de https://docs.google.com/a/udlanet.ec/viewer?a=v&q=cache:lafrb0uecFgJ:www.famg.org.ar/tc.cong09/Prevalencia_de_Burnout_en_Centros_de_Salud_de_Reconquista,_Santa_Fe.doc+&hl=es&gl=ec&pid=bl&srcid=ADGEESiPXuAM33nlb8V4iSKt0B12Jb-JyniCBZj1wfdynq5_6kUsDrDzU-1nv0mNQU2Elj2Cn0qr9UZiO6JhGPT_dNIVR9VqvDPV-U7AkAy_0Nuqbqt8529dip4P8ITGPXvQ2hd9KPMp&sig=AHIEtBR_2mxLc1q1ibHXU0UjeVN6TIA2IQ
- Boada, J. y Ficapal, P. (2012). *Salud y trabajo. Los nuevos y emergentes riesgos psicosociales*. (1a ed.). Barcelona, España: Editorial UOC.
- Borrell, F. (2007). Entorno socioeconómico, cada vez son mayores, específicamente en lo que se refiere a los elementos de carácter emocional. *HUMANITAS humanidades médicas*, 15(1), 1-22. Recuperado, el 13 de mayo, 2013 de <http://huespedes.cica.es/aliens/umfus/doc/CLC%20010.pdf>
- Bosqued, M. (2008). *Quemados. El síndrome del Burnout. Qué es y cómo superarlo*. (1a ed.). Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica S.A.
- Bresó, E., Salanova, M. y Schaufeli, W. (2011). *Síndrome de estar quemado con el trabajo Burnout (III): Instrumento de medición*. Recuperado, el 19 de marzo, 2013 de http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_732.pdf
- Cabana, J., García, E., García, G., Melis, A. y Dávila, R. (2009). El síndrome de Burnout en el personal de una unidad quirúrgica. *Rev méd electrón*,

31(3), 1-7. Recuperado, el 25 de junio, 2013 de <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v31n3/spu04309.pdf>

- Cartwright, S. y Cooper, C. (2009). *The Oxford Handbook of organizational well-being*. (1a ed.). New York, United States: Oxford University Press.
- Cascio, A. y Guillén, C. (2010). *Psicología del trabajo. Gestión de los recursos humanos Skill Management*. (1a ed.). Barcelona, España: Editorial Ariel.
- Chiavenato, I. (2012). *Comportamiento organizacional*. (2a ed.). México D.F., México: McGraw Hill.
- Chinchilla, R. (2002). *Salud y Seguridad en el Trabajo*. (1a ed.). San José Costa Rica, Costa Rica: S.ed.
- Código del Trabajo. Registro Oficial Suplemento No. 167. (2012). *Codificación del Código del Trabajo*. Recuperado, el 22 de julio, 2013 de http://www.lexis.com.ec/webtools/esilecpro/FullDocumentVisualizer/FullDocumentVisualizerPDF.aspx?id=LABORAL-CODIGO_DEL_TRABAJO
- Córdoba, L., Tamayo, J., González, M., Martínez, M., Rosales, A. y Barbato, S. (2011). Adaptation and validation of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey in Cali, Colombia. *Colombia Médica*, 42(3), 286-293. Recuperado, el 05 de enero, 2013 de <http://www.bioline.org.br/pdf?rc11051>
- Cornejo, R. y Quiñónez, M. (2007). Factores asociados al malestar/bienestar docente. Una investigación actual. *Revista electrónica Iberoamericana sobre calidad, eficacia y cambio en educación*, 5(5), 75-80. Recuperado, el 20 de marzo, 2013 de <http://www.rinace.net/arts/vol5num5e/art10.htm>
- Creus, A. y Mangosio, J. (2011). *Seguridad e higiene en el trabajo. Un enfoque integral*. (1a ed.). Buenos Aires, Argentina: Alfaomega Grupo Editor Argentino.
- De Lima, B. (2009). *La burocracia*. Recuperado, el 16 de mayo, de <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/B/burocracia.pdf>
- De Nicolas, L. y Serrano, J. (2005). *Estrés, burnout y mobbing y sus costes económicos y sociales*. Recuperado, el 08 de abril, 2013 de <http://www.euskonews.com/0291zbn/gaia29104es.html>
- Díaz, P. (2010). *Prevención de riesgos laborales. Seguridad y Salud laboral*. (1a ed.). Madrid, España: Paraninfo S.A.
- Dueñas, M., Merma, L. y Ucharico, R. (2003). Prevalencia de Burnout en médicos de la ciudad de Tacna. *CIMEL*, 8(1), 34-38. Recuperado, el

03 de agosto, 2013 de http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1680-83982003000100007&script=sci_arttext

- Duque, H. (1999). *Cómo prevenir y manejar el estrés, síndrome del siglo XXI*. (1a ed.). Santa fé de Bogotá, Colombia: Instituto de misioneras hijas de San Pablo.
- El Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud. (2013). *Riesgos Psicosociales*. Recuperado, el 18 de julio, 2013 de <http://www.istas.net/web/index.asp?idpagina=3942>
- El Telégrafo. (31 de julio de 2012). Cada 15 segundos un latinoamericano sufre un accidente de trabajo. *El Telégrafo*. Recuperado, el 15 de marzo, 2013 de <http://www.telegrafo.com.ec/noticias/sociedad/item/cada-15-segundos-un-latinoamericano-sufre-un-accidente-de-trabajo.html>
- El Universal. (03 de febrero de 2012). México, séptimo a nivel mundial en estrés laboral. *El Universal*. Recuperado, el 03 de noviembre, 2012 de <http://www.eluniversal.com.mx/notas/827663.html>
- Fernández, O., Hidalgo, C., Tapia, A., Moreno, S. y García del Río, B. (2007). Burnout en médicos residentes que realizan guardias en un servicio de urgencias. *Emergencias*, 19(1), 116-121. Recuperado, el 04 de noviembre, 2012 de http://www.semes.org/revista/vol19_3/3.pdf
- Fernández, R. (2010). *La productividad y el riesgo psicosocial derivado de la organización del trabajo*. (1a ed.). Alicante, España: Editorial Club Universitario.
- Fidalgo, M. (2011). *Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación*. Recuperado, el 21 de marzo, 2013 de http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_704.pdf
- Forbes, R. (2011). El síndrome de burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa. *Éxito empresarial*, 1 (160), 1-4. Recuperado, el 09 de abril, 2013 de http://www.cegesti.org/exitoempresarial/publicaciones/publicacion_160_160811_es.pdf
- Freudenberger, H. (1997). Burn-Out: Occupational Hazard of Child Care. *Child Care Quarterly*, 6(2), 90-99. Recuperado, el 04 de mayo, 2013 de http://link.springer.com/article/10.1007%2F978-1-4020-1554-6_95?LI=true#page-1
- Galindo, E. (2011). *Estadística métodos y aplicaciones. Para la administración e ingeniería*. (2a ed.). Quito, Ecuador: Prociencia.
- Gil-Estallo, M. (2010). *Cómo crear y hacer funcionar una empresa*. (8a ed.). Madrid, España: Esic Editorial.

- Gil-Monte, P. (2001). *El Síndrome de quemarse por el trabajo. (Burnout): Aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención*. Recuperado, el 06 de mayo, 2013 de <http://www.ucipfg.com/Repositorio/MSCG/MSCG-16/BLOQUE-ACADEMICO/Unidad-2/lecturas/psicologia-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-%28sindrome-de-burnout%29-aproximaciones-teor.pdf>
- Gil-Monte, P. (2005). *El Síndrome de Quemarse por el trabajo. (Burnout)*. (1a ed.). Valencia, España: Ediciones Pirámide.
- Gil-Monte, P. y Moreno, B. (2007). *El Síndrome del Quemado por el trabajo Burnout. Grupos profesionales de riesgo*. (1a ed.). Madrid, España: Pirámide.
- Gil-Monte, P., García, J. y Caro, M. (2008). Influencia de la Sobrecarga Laboral y la Autoeficacia sobre el Síndrome de Quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de Enfermería. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 42(1), 113-118. Recuperado, el 17 de mayo, 2013 de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rip/v42n1/v42n1a12.pdf>
- González, R. (2003). *Manual básico de prevención de riesgos laborales*. (1a ed.). Madrid, España: Paraninfo.
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M. y Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Revista Española Salud Pública*, 83(2), 215-230. Recuperado, el 03 de noviembre, 2012 de <http://www.intramed.net/UserFiles/archivos/burnout.pdf>
- Guevara, C., Henao, D. y Herrera, J. (2004). Síndrome de quemado por el trabajo en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002. *Colombia Médica*, 35(4), 173-178. Recuperado, el 04 de noviembre, 2012 de <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v35n4/cm35n4a2.pdf>
- Haya, C. (2003). *Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería*. Recuperado, el 04 de noviembre, 2012 de <http://www.carloshaya.net/biblioteca/contenidos/docs/nefrologia/predialisis/antonioporras.PDF>
- Hellriegel, D. y Slocum, J. (2009). *Comportamiento organizacional*. (12a ed.). México D.F., México: Cengage Learning.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. (5a ed.). México D.F., México: Mcgraw Hill.
- Illera, R. (2006). *Síndrome de Burnout, aproximaciones teóricas. Resultado de algunos estudios en Popayan*. Recuperado, el 26 de junio, 2013 de

<http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2006/septiembre/bournot.pdf>

- Instituto Nacional de la Higiene en el Trabajo. NTP 603. (2011). *NTP 603: Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social (I)*. Recuperado, el 20 de mayo, 2013 de http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/601a700/ntp_603.pdf
- Instituto Nacional de la Higiene en el Trabajo. NTP 704. (2013). *NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación*. Recuperado, el 05 de diciembre, 2013 de http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_704.pdf
- Izquierdo, J. (2006). Las personas en las organizaciones: trabajo y realización personal. *Capital Humano*, 1(203), 82-88. Recuperado, el 18 de julio, 2013 de <http://pdfs.wke.es/2/6/7/9/pd0000012679.pdf>
- Jaramillo, J. (2005). *Historia y Filosofía de la Medicina*. (1a ed.). San José, Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- Jélvez, G. e Ibañez, J. (2011). Validez Factorial del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS) en Profesionales Chilenos. *Revista Ciencia & Trabajo*, 13(41), 176-180. Recuperado, el 05 de enero, 2013 de edu.uamericas.cl/psicologia/files/2011/11/articulo-carolina-jelvez.pdf
- Johansen, O. (2004). *Introducción a la teoría general de los sistemas*. (1a ed.). México D.F, México: Editorial Limusa S.A.
- Kleczkowski, B., Elling, R. y Smith, D. (1984). *El sistema sanitario al servicio de la atención primaria de salud. Estudio basado en las Discusiones Técnicas celebradas durante la 34ª Asamblea Mundial de la Salud, 1981*. (1a ed.). Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- La Universidad del Valle. (2005). *Factores de riesgo ocupacional*. Recuperado, el 29 de septiembre, 2012 de <http://saludocupacional.univalle.edu.co/factoresderiesgocupacionales.htm>
- Landy, F. y Conte, J. (2006). *Psicología Industrial*. (1a ed.). Iztapalapa, México: McGraw Hill.
- Längle, A. (2003). Burnout, Existencial Meaning and Possibilities of Prevention. *European Psychotherapy*, 4(1), 107 – 121. Recuperado, 17 de mayo, 2013 de http://www.icae.cl/articulos/Burnout_sentido_existencial_y_prevenccion_Langle.pdf
- Leiter, M. y Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of organizational*

behavior, 9(1), 297-308. Recuperado, el 04 de mayo, 2013 de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/job.4030090402/pdf>

Ley Orgánica de Salud. Registro Oficial suplemento No. 423. (2012). *Ley Orgánica de Salud. Registro Oficial suplemento No. 423*. Recuperado, el 21 de julio, 2013 de http://www.lexis.com.ec/webtools/esilecpro/FullDocumentVisualizer/FullDocumentVisualizerPDF.aspx?id=SALUD-LEY_ORGANICA_DE_SALUD

Llaneza, F. (2009). *Ergonomía y psicología aplicada. Manual para la formación de especialista*. (12a ed.). Madrid, España: Lex Nova. S.A.

Mancera, M., Macera, T., Mancera, R. y Mancera, J. (2012). *Seguridad e Higiene Industrial. Gestión de Riesgos*. (1a ed.). Bogotá, Colombia: Alfaomega Colombiana S.A.

Mansilla, F. (2011). *Manual de Riesgos Psicosociales en el trabajo: Teoría y Práctica*. Recuperado, el 18 de julio, 2013 de <http://ripsol.org/Data/Elementos/607.pdf>

Marrau, C. (2004). El síndrome de Burnout y sus posibles consecuencias en el trabajador docente. *Fundamentos en humanidades*, 5(11), 53-68. Recuperado, el 06 de abril, 2013 de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2004369>

Marrero, M. y Grau, J. (2005). Síndrome de Burnout en médicos que trabajan en unidades de cuidados intensivos neonatales. *Psicología y salud*, 15(1), 25-32. Recuperado, el 04 de agosto, 2013 de <http://www.redalyc.org/pdf/291/29115103.pdf>

Martin, M., Vera, J., Cano, M. y Molina, C. (2004). Nuevos retos de las políticas de salud laboral en las organizaciones de trabajo: una aproximación al estrés laboral y al «Burnout» en clave psicosocial. *Revista Temas Laborales*, 75(1), 187-211. Recuperado, el 04 de noviembre, 2012 de http://www.juntadeandalucia.es/empleo/anexos/ccarl/33_705_3.pdf

Martínez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Revista Vivat Academia*, 112(1), 1-40. Recuperado, el 03 de abril, 2013 de <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/PDFs/Anbelacop.pdf>

Martínez, C. y López, S. (2005). Características del síndrome de Burnout en un grupo de enfermeras mexicanas. *Archivos en Medicina Familiar*, 7(1), 6-9. Recuperado, 05 de agosto, 2013 de <http://www.redalyc.org/pdf/507/50770103.pdf>

Maslach, C. (2003). *Burnout: The Cost of Caring*. (1a ed.). California, Estados Unidos: ISHK.

- Maslach, C. (2009). Comprendiendo al Burnout. *Ciencia y Trabajo*, 11(32), 37-43. Recuperado, el 21 de marzo, 2013 de <http://www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/32/C&T32.pdf>
- Maslach, C., Jackson, S. y Leiter, M. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. (3a ed.). California, United States: Mind Garden.
- Moreno – Jiménez, B. (2009). Olvido y recuperación de los factores psicosociales en la salud laboral. *Revista Prevención de riesgos laborales*, 3(1), 3-4. Recuperado, el 04 de julio, 2013 de http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Salud%20Laboral/olvido_recuperac.pdf
- Moreno, B. y Báez, C. (2010). *Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas*. Recuperado, el 03 de mayo, 2013 de <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/PUBLICACIONES%20PROFESIONALES/factores%20riesgos%20psico.pdf>
- Moreno-Jiménez, B., Gonzáles, J. y Garrosa, E. (2001). *Quemado por el trabajo (Burnout), personalidad y salud percibida*. Recuperado, el 04 de noviembre, 2012 de <http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/Desgaste%20profesional-personalidad-y-salud-percibida.pdf>
- Nogareda, C., Esther, G., Martínez, I. y Salanova, M. (2008). *Emotional work: concept and prevention*. Recuperado, el 15 de mayo, 2013 de <http://www.wont.uji.es/wont/downloads/articulos/nacionales/2007GRACIA01AN.pdf>
- Órdenes, N. (2004). Prevalencia de Burnout en trabajadores del hospital Roberto del Río. *Revista Chil Pediatr*, 75(5), 449-454. Recuperado, el 05 de agosto, 2013 de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062004000500006
- Orellana, D. (2003). *La Salud en la Globalización*. (1a ed.). Quito, Ecuador: Abya-Yala.
- Organización Internacional del Trabajo. Conferencia Internacional del Trabajo (2009). *Seguridad y Salud en el trabajo. Normas de la OIT sobre seguridad y salud en el Trabajo*. (1a ed.). Ginebra, Suiza: Oficina Internacional del Trabajo.
- Organización Médica Colegial. (2012). *Definiciones de "Profesión médica", "Profesional médico" y "Profesionalismo médico"*. Recuperado, el 10 de enero, 2013 de https://www.cgcom.es/noticias/2010/03/10_03_30_definiciones

- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Temas de la Salud, hospitales*. Recuperado, el 10 de enero, 2013 de <http://www.who.int/topics/hospitals/es>
- Ortega, C. y López, F. (2004). El Burnout o Síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectiva. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-160. Recuperado, el 04 de abril, 2013 de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-100.pdf
- Osorio, M. (2011). El trabajo y los factores de riesgo psicosociales: Qué son y cómo se evalúan. *Rev CES Salud Pública*, 2(1), 74-79. Recuperado, el 21 de mayo, 2013 de <http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/114/1/EI%20Trabajo%20y%20Los%20Factores%20de%20riesgo%20psicosociales.pdf>
- Paredes, O. y Sanabria, P. (2008). Prevalencia del Síndrome de Burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. *Revista Med*, 16(1), 25-32. Recuperado, el 05 de agosto, 2013 de <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v16n1/v16n1a05.pdf>
- Peiró, J. (2000). *Desencadenantes del estrés laboral*. (3a ed.). Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Petri, H. y Govern, J. (2006). *Motivación. Teoría, investigación y aplicaciones*. (5a ed.). México D.F., México: Thomson.
- Prevención psicosocial en las Pymes. (2009). *Las consecuencias del Burnout*. Recuperado, el 08 de abril, 2013 de <http://www.conectapyme.com/gabinete/p3/guia/nivel5apartado3.html>
- Propuesta de ley de Responsabilidad Profesional y Malas Prácticas Médicas. (2010). *Un destino con más prejuicios que beneficios*. Recuperado, el 10 de mayo, 2013 de <http://www.aep-quito.org/.../5-ley-de-responsabilidad-y-mala-practica-medica-ecuad...>
- Quinceno, J. y Vinanccia, S. (2007). Burnout: Síndrome de Quemarse en el Trabajo (SQT). *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), 117-125. Recuperado, el 04 de abril, 2013 de http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/v10n2/art-11_117-125.pdf
- Ramírez, M. y Lee, S. (2011). Síndrome de Burnout entre hombres y mujeres medido por el clima y la satisfacción laboral. *Polis Revista Latinoamericana*, 30(1), 2. Recuperado, el 20 de mayo, 2013 de <http://ehis.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=29e9d9c1-7aac-42ff-9043-4ea89857bb94%40sessionmgr12&vid=7&hid=5>
- Riveri, R., Sánchez, A., Castellanos, M., Cordies, B. y Cobas, C. (2008). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería del servicio de

Terapia Polivalente Hospital Saturnino Lora. *Revista Cubana de Enfermería*, 24(2), 1. Recuperado, el 09 de enero, 2013 de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192008000200004

- Robbins, S. (2004). *Comportamiento organizacional*. (10a ed.). México D.F, México: Pearson Education.
- Rodríguez, A. (2005). Calidad en los servicios de salud. *Horizonte Sanitario*. 4(1), 1-3. Recuperado, el 14 de mayo, 2013 de http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/ediciones/2005_mayo_agosto/calidadservicios_salud.pdf
- Rodríguez, A., Díaz, F., Fuertes, F., Martín, M., Montalbán, M., Sánchez, E. y Zarco, V. (2004). *Psicología de las organizaciones*. (1a ed.). Barcelona, España: Editorial UOC.
- Rodríguez, A., Zarco, V. y Gonzáles, J. (2009). *Psicología del trabajo*. (1a ed.). Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Rosales, G. (2012). *Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno. Investigación realizada en el Hospital Oncológico SOLCA, núcleo Quito, en las áreas de Oncología, Medicina Interna, Pediatría y Radiología, en el año 2012*. Universidad Técnica Particular de Loja, Quito, Ecuador.
- Salanova, M., Cifre, E. y Martin, P. (1999). El proceso de Tecnoestrés y estrategias para su prevención. *INSHT WEB*, 1(1), 18-28. Recuperado, el 15 de mayo, 2013 de http://www.oect.es/inshtweb/contenidos/documentacion/textosonline/rev_insht/1999/1/secciontexttextcompl.pdf
- Salanova, M., Grau, R., Martínez, I., Cifre, E., Llorens S. y García-Renedo, M. (2004). *Nuevos horizontes sobre la investigación sobre la autoeficacia*. (3a ed.). Castellón de la Plana, España: Publicaciones de la Universitat Jaume I
- Seguro General de Riesgos del trabajo. Resolución No. C.D.390. (2011). *Resolución No. CD.390*. Recuperado, el 14 de mayo, 2013 de http://www.dirsis-fae.org/portal/wp-content/uploads/downloads/2012/08/seguridad_ocupacional/asse_ecuador/REGLAMENTO_DEL_SEGURO_GENERAL_DE_RIESGOS_DEL_TRABAJO_IESS_RESOLUCION_390.pdf
- Shirom, A. (2009). Acerca de la Validez del Constructo, Predictores y consecuencias del Burnout en el Lugar de Trabajo. *Ciencia y Trabajo*, 11(32), 44-54. Recuperado, el 06 de abril, 2013 de <http://www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/32/C&T32.pdf>

- SICE. (2013). *DECISIÓN 584 Sustitución de la Decisión 547. Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo*. Recuperado, el 15 de marzo, 2013 de <http://www.sice.oas.org/trade/junac/decisiones/DEC584s.asp>
- Sobrequés, J., Cebrià, J., Segura, J., Rodríguez, C., García, M. y Juncosa, L. (2003). La satisfacción laboral y el quemado por el trabajo de los médicos de atención primaria. *ORIGINALES Atención Primaria*, 31(4), 227-233. Recuperado, el 19 de abril, 2013 de <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/27/27v31n04a13044898pdf001.pdf>
- Statistic Solutions. (2011). *Maslach Burnout Inventory (MBI)*. Recuperado, el 03 de enero, 2013 de <http://www.statisticssolutions.com/resources/directory-of-survey-instruments/maslach-burnout-inventory-mbi>
- Suárez, J., López, R., Laspina, I., Barrionuevo, C., Jiménez, M., Paredes, L., Páez, R., Moreta, E. y Darquea, L. (1987). *La situación de la salud en el Ecuador. 1962-1985*. (1a ed.). Quito, Ecuador: Organización Panamericana de la Salud.
- Unidad de Seguridad y Salud en el Trabajo. (2013). *Unidad de Seguridad y Salud en el Trabajo*. Recuperado, el 10 de mayo, 2013 de <http://www.relacioneslaborales.gob.ec/seguridad-y-salud-en-el-trabajo>
- Unión General de Trabajadores de Madrid Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente. (2006). *Riesgos Psicosociales*. Recuperado, el 19 de marzo, 2013 de <http://www.fspmadriddugt.org/secretarias/Salud%20laboral/documentacion/INFORME%20RIESGOS%20PSICOSOCIALES.pdf>
- Universidad de Valencia. (2003). *Alfa de Cronbach y consistencia interna de los ítems de un instrumento de medida*. Recuperado, el 22 de julio, 2013 de <http://www.uv.es/~friasnav/AlfaCronbach.pdf>
- Val-Pardo, I. (1997). *Organizar, acción y efecto*. (1a ed.). Madrid, España: Esic Editorial.
- Velázquez, M. (2005). *Impacto laboral del estrés*. (1a ed.). Madrid, España: Lettera publicaciones.
- Villalobos, G. (2004). Vigilancia Epidemiológica de los Factores Psicosociales. Aproximación Conceptual y Valorativa. *Ciencia y Trabajo*, 6(14), 197-201. Recuperado, el 18 de marzo, 2013 de <http://www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/14/Pagina%20197.PDF>
- Zazzetti, F., Carricaburu, M., Ceballos, J. y Miloc, E. (2011). Prevalencia de síndrome de burnout en médicos y enfermeros de unidades de terapia intensiva privadas en Argentina. *Alcmeon Revista Argentina de Clínica*

Neuropsiquiátrica, 17(2), 120-128. Recuperado, el 26 de junio, 2013 de http://www.alcmeon.com.ar/17/66_oct11/03_zazzetti_alc66.pdf

Zumárraga, R., García, J. y Yépez, L. (2008). Prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos de tres hospitales. *Rev. Fac Cien Med Quito*, 33(2), 96-100. Recuperado, el 04 de noviembre, 2012 de http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=203&id_seccion=3454&id_ejemplar=5643&id_articulo=55}753

ANEXOS

ANEXO 1. Autorización de los Autores del Instrumento de Medición

For use by Karla Daniela Aguirre Zambonino only. Received from Mind Garden, Inc. on January 16, 2013
Permission for Karla Daniela Aguirre Zambonino to reproduce 50 copies
within one year of January 16, 2013

**Maslach Burnout Inventory
Instruments and Scoring Guides
Forms: General, Human Services,
& Educators**

Christina Maslach
Susan E. Jackson
Michael P. Leiter
Wilmar B. Schaufeli
Richard L. Schwab

Published by Mind Garden

info@mindgarden.com
www.mindgarden.com

Important Note To Licensee

If you have purchased a license to reproduce or administer a fixed number of copies of an existing Mind Garden instrument, manual, or workbook, you agree that it is your legal responsibility to compensate the copyright holder of this work — via payment to Mind Garden — for reproduction or administration in any medium. Reproduction includes all forms of physical or electronic administration including online survey, handheld survey devices, etc.

The copyright holder has agreed to grant a license to reproduce the specified number of copies of this document or instrument within one year from the date of purchase.

You agree that you or a person in your organization will be assigned to track the number of reproductions or administrations and will be responsible for compensating Mind Garden for any reproductions or administrations in excess of the number purchased.



www.mindgarden.com

To whom it may concern,

This letter is to grant permission for the above named person to use the following copyright material for his/her research:

Instrument: *Maslach Burnout Inventory, Forms: General Survey, Human Services Survey & Educators Survey*

Authors

MBI-General Survey: Wilmar B. Schaufeli, Michael P. Leiter, Christina Maslach & Susan E. Jackson

MBI-Human Services Survey: Christina Maslach & Susan E. Jackson

MBI-Educators Survey: Christina Maslach, Susan E. Jackson & Richard L. Schwab

Copyright: Copyright © 1986 by CPP, Inc. All rights reserved in all mediums.

Three sample items from a single form of this instrument may be reproduced for inclusion in a proposal, thesis, or dissertation.

The entire instrument may not be included or reproduced at any time in any published material.

Sincerely,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Robert Most". The signature is written in a cursive style with a long horizontal line extending to the right.

Robert Most
Mind Garden, Inc.
www.mindgarden.com

ANEXO 2. Instrumentos de Medición

MBI–Human Services

MBI Cuestionario de Servicios Humanos

El propósito de este cuestionario es conocer cómo las personas pertenecientes a las profesiones de ayuda y servicios humanos ven sus trabajos y a los pacientes con los cuales trabajan estrechamente. Se utilizará el término pacientes para referirse a los sujetos para los cuales usted provee el servicio, cuidado, tratamiento o instrucción. Al responder esta encuesta, favor pensar en estos sujetos como las personas receptoras del servicio que usted provee.

Instrucciones: A continuación encontrará 22 afirmaciones de sentimientos relacionados con el trabajo. Por favor lea cuidadosamente cada afirmación y conteste con toda sinceridad si usted alguna vez se ha sentido de esa manera respecto al trabajo que realiza. En caso de nunca haberse sentido así escriba una X en el casillero del (0) Nunca. Si usted ha tenido ese sentimiento indique que tan frecuentemente lo ha hecho, escribiendo una X en el casillero correspondiente (del 1 al 6) que mejor describa su afirmación. A continuación se muestra un ejemplo:

FRECUENCIA		0	1	2	3	4	5	6
		Nunca	Algunas veces al año	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Algunas veces a la semana	Todos los días
1	Me siento emocionalmente agotada/o por el trabajo						X	

Si nunca se ha sentido emocionalmente agotada/o por el trabajo, deberá escribir una X en el casillero "0" (Nunca). Si rara vez se ha sentido emocionalmente agotada/o por el trabajo deberá escribir una X en el casillero "1" (Algunas veces al año). Si sus sentimientos de agotamiento emocional son bastantes frecuentes deberá escribir la X en el casillero "5" (Algunas veces a la semana).

A continuación señale la respuesta que mejor describe con qué frecuencia experimenta lo siguiente, con respecto a su puesto actual en el hospital:

	FRECUENCIA	0 Nunca	1 Algunas veces al año	2 Una vez al mes o menos	3 Algunas veces al mes	4 Una vez a la semana	5 Algunas veces a la semana	6 Todos los días
1	Me siento emocionalmente agotada/o por el trabajo							
2	Me siento exhausta/o al final de la jornada laboral							
3	Me siento fatigada/o cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo							
4	Puedo entender fácilmente cómo se sienten los pacientes sobre determinados aspectos							
5	Siento que trato a algunos pacientes como si fueran objetos y no personas							
6	Trabajar con gente todo el día supone un verdadero esfuerzo para mí							
7	Me manejo de forma muy eficaz con los problemas de mis pacientes							
8	Me siento agotada/o por mi trabajo							
9	Creo que con mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de los demás.							
10	Me he vuelto más insensible con las personas desde que ejerzo esta profesión							
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente							
12	Me siento llena/o de energía							
13	Me siento frustrada/o por mi trabajo							
14	Creo que trabajo demasiado duro							
15	No me importa lo que les pase a algunos pacientes							
16	Trabajar directamente con la gente me produce mucho estrés							
17	Me resulta fácil crear un ambiente relajado con mis pacientes							
18	Me siento satisfecha/o después de trabajar de cerca con las pacientes							
19	He logrado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo							
20	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades							
21	En mi trabajo afronto los problemas emocionales con mucha calma							
22	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas							

(Para uso del investigador)

AE: _____ **DP:** _____ **RP:** _____

La objetividad de la investigación dependerá de la veracidad de las contestaciones. Se respetará el anonimato de los participantes.

MUCHAS GRACIAS POR SU COOPERACIÓN

“Traducido y reproducido con la autorización especial del Editor, CPP, Inc., Mountain View, CA 94043 del Maslach Burnout Inventory-HSS de Christina Maslach y Susan E. Jackson. Copyright 1985 de CPP, Inc. Todos los derechos reservados. Está prohibida cualquier reproducción sin la autorización escrita del Editor”.

CUESTIONARIO DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

El siguiente cuestionario tomará unos pocos minutos realizarlo. Los datos utilizados en este cuestionario servirán como soporte investigativo. Se respetará el anonimato.

Se agradece su disposición y cooperación para con esta investigación.

Sexo	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>
Edad		
Estado civil	Soltera/o <input type="checkbox"/>	Casada/o <input type="checkbox"/> Otros ¿Cuál? <input type="checkbox"/>
Hijos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Años de experiencia como médico		
Años de antigüedad en el hospital		
Especialidad		
Horas de trabajo en el hospital		

ANEXO 3. Confiabilidad de las 22 preguntas del MBI

Tabla 21. Resultados obtenidos por la investigadora a través del programa SPS de Alfa de Cronbach de las 22 preguntas del MBI-HSS.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,793	,711	22

Nota: En este cuadro observamos que el nivel alfa de Cronbach es aceptable a un valor de $0.793 > 0.70$ y confiable para la base de datos de los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra.

ANEXO 4. Correo electrónico enviado por Christina Maslach. Creadora del MBI y una de las pioneras en la investigación del Síndrome del Burnout



On Fri, Jul 5, 2013 at 5:48 PM, karla aguirre <karlaaguirre13@yahoo.com> wrote:

Dear,
Doctor Maslach.

I would like to express my admiration for you investigation about the Burnout Syndrome.
My name is Karla Aguirre, I'm from Ecuador and currently studying psychology and doing my thesis about the prevalence of the Burnout Syndrome in medical specialists who working in public hospitals.

I already had the doctors take the survey, but I reach an impasse with the interpretation of the results.

In the manual that was provides by Mind Garden, says that if you have high results in DP and EE and low on PA (which means high results) therefore you have high Burnout, if you have moderate results in DP and EE and moderate on PA you have moderate Burnout and at last if you have low results in DP and EE and high on PA you have low Burnout. But in my result I found different scales, for example: (DP high - EE high - PA high), (DP high- EE moderate - PA high), (DP moderate, EE moderate, PA high). In this case I was wondering if you could explain me the way that I can interpretate this results (if they have or not the Syndrome, and in which level they would be). I would appreciate if you can tell me also if there is another scales of interpretation.

Thank you very much for your time and your valuables help.

Best regards,
Karla Aguirre

De: Christina MASLACH <maslach@berkeley.edu>
Para: karla aguirre <karlaaguirre13@yahoo.com>
Enviado: Domingo, 14 de julio, 2013 8:41 P.M.
Asunto: Re: MASLACH BURNOUT INVENTORY HUMAN SERVICES SURVEY

Dear Karla,

Thanks for your letter.

The MBI is a research measure, not a clinical diagnostic tool, so there is no "cut-off" score that would indicate that a person is burned out or not. The division of the range into thirds is an arbitrary one, which was done primarily to give a simple comparative baseline -- i.e., what range of scores are "high" or "average" or "low."

However, based on other research, a decision rule has been developed that says that a person is considered to be clinically burned out when he or she: a) scores "high" on exhaustion, and b) scores high on either of the two other subscales. According to this rule, the first example you gave would be considered "burned out," but the other two would not.

Thanks for your letter.

The MBI is a research measure, not a clinical diagnostic tool, so there is no "cut-off" score that would indicate that a person is burned out or not. The division of the range into thirds is an arbitrary one, which was done primarily to give a simple comparative baseline -- i.e., what range of scores are "high" or "average" or "low."

However, based on other research, a decision rule has been developed that says that a person is considered to be clinically burned out when he or she: a) scores "high" on exhaustion, and b) scores high on either of the two other subscales. According to this rule, the first example you gave would be considered "burned out," but the other two would not.

I have attached a recent chapter on measurement issues for you.

Sincerely,
Christina Maslach

Re: MASLACH BURNOUT INVENTORY HUMAN SERVICES SURVEY

dom, 14 jul, 2013 a las 11:53 P.M.

De: karla aguirre

Para: Christina MASLACH +

Dear Doctor Maslach,

Thank you so much for helping me with my thesis. Now I am sure that I am on the right track.

Sincerely,

Karla Aguirre

De: Christina MASLACH <maslach@berkeley.edu>

Para: karla aguirre <karlaguirre13@yahoo.com>

Enviado: Domingo, 14 de julio, 2013 8:41 P.M.

Asunto: Re: MASLACH BURNOUT INVENTORY HUMAN SERVICES SURVEY

Dear Karla,

Thanks for your letter.

ANEXO 5. Correo electrónico enviado por el Licenciado Mansilla Izquierdo investigador español de alta trayectoria del tema en países hispanoamericanos



13 Archivos adjuntos | 588KB de 25MB | Eliminar todos

DOC 53KB	DOC 22KB	DOC 37KB	DOC 22KB	DOC 45KB	DOC 39KB	DOC 23KB	DOC 25KB	DOC 125KB	DOC 78KB	DOC 35KB	DOC 24KB	DOC 22KB
SINDROM E DE BURNOUT	AGOTAMI ENTO LABORAL	BURNOUT T MEASURE	CONSEC UENCIAS DEL	CONSEC UENCIAS DEL	CUESTIO NARIO BREVE	CUESTIO NARIO CESQT.doc	ESCALA DE EFECTOS	ESTRÉS EN PROFESO	MASLACH BURNOUT	MBI.doc	MEDIDAS DE PREVENC	SIETE SENALES DE QUE
Guardar	Guardar	Guardar	Guardar	Guardar	Guardar	Guardar	Guardar	Guardar	Guardar	Guardar	Guardar	Guardar

De: psicologia-online.com [mailto:tutoria@psicologia-online.com]
Enviado el: jueves, 04 de julio de 2013 18:16
Para: Mansilla Izquierdo, Fernando
Asunto: Mensaje de psicologia-online

INTERPRETACIÓN DEL MBI

Lic. Fernando Mansilla Izquierdo, tiene un mensaje de uno de nuestros usuarios.
Remite: karlaguirrel3@yahoo.com

Estimado Doctor Mansilla, Me encuentro realizando mi proyecto de investigación sobre el Síndrome de Burnout en médicos especialistas. Ya aplique el cuestionario y tengo algunas dudas sobre el test MBI HUMAN SERVICES. El test y el manual lo compré a Mind Garden que es la empresa que tiene los derechos sobre el mismo. En el manual encontré que para el test y para los médicos los parámetros de diagnóstico e interpretación se basan en estas escalas: BAJO MODERADO ALTO EE <=18 19-26 >=27 DP <=5 6-9 >=10 PA >=40 39-34 <=33 Esta escala aparecía en el manual que compré a Mind Garden. En el mismo manual explica que tiene que cumplir con tres condiciones para diagnosticar el nivel del Síndrome. Para diagnosticar un alto nivel del Síndrome es necesario que cumpla con un Agotamiento Emocional EE ALTO, Despersonalización DP ALTO y Realización Personal BAJO es decir menor o igual a 33. Para diagnosticar un nivel moderado del Síndrome es necesario que cumpla con un Agotamiento Emocional EE MODERADO, Despersonalización DP MODERADO y Realización Personal MODERADA es decir de 39-34 Para diagnosticar un bajo nivel del Síndrome es necesario que cumpla con un Agotamiento Emocional EE BAJO, Despersonalización DP BAJA y Realización Personal BAJA es decir mayor o igual a 40 puntos. Los ítems Subescala de Agotamiento Emocional. Consta de 9 preguntas. La conforman los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20. Subescala de Despersonalización. Está formada por 5 ítems, que son los ítems 5, 10, 11, 15 y 22. Subescala de Realización Personal. Se compone de 8 ítems. La Realización Personal está conformada por los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. Para realizar el diagnóstico sume los ítems de cada subescala y me dio un resultado según la interpretación de alto, moderado y bajo. DUDAS: Pero de 65 personas que fueron mi muestra 3 personas tienen un nivel alto, 1 persona con nivel moderado, 14 personas fueron diagnosticadas con un bajo nivel de burnout. El problema es que las otras personas tienen por ejemplo: de agotamiento emocional un nivel alto, de Despersonalización un nivel alto y de realización personal un nivel moderado. O de Agotamiento un nivel alto, Despersonalización un nivel moderado, y de Realización personal un nivel bajo. O se me presentan otros casos similares. En ese caso a que nivel correspondería esas personas que no cumplen con las tres condiciones. Tendrían el Síndrome? De igual manera el manual dice que el Burnout es un variable constante es decir que siempre va a existir pero en diferentes niveles, lo que no entiendo es que con ese argumento siempre existiría Burnout pero en diferentes niveles? Pero, en el caso de las participantes que no cumplen con las condiciones y no pertenecen a ningún nivel cómo sería la interpretación? Se utiliza parámetros o percentiles para saber si tienen o no Burnout o a que nivel pertenecen? En ese caso, cómo se podría diagnosticar? Existe algunas escalas de interpretación que determine el estado? Le agradecería mucho por su ayuda, muy amable.

▼ 13 Archivos adjuntos | 588KB de 25MB | [Eliminar todos](#)

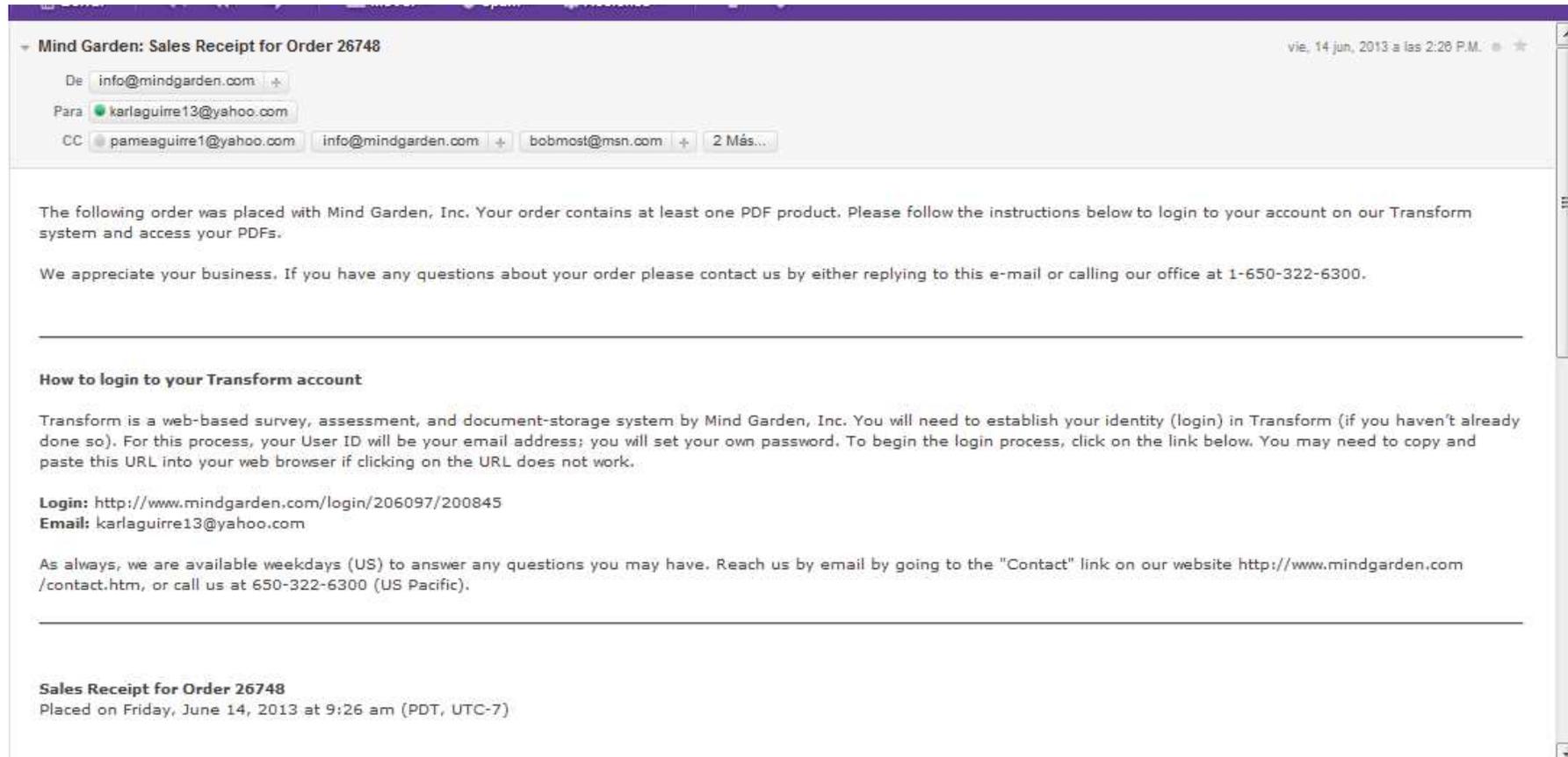


DOC 63KB	DOC 22KB	DOC 57KB	DOC 22KB	DOC 45KB	DOC 39KB	DOC 23KB	DOC 29KB	DOC 125KB	DOC 78KB	DOC 35KB	DOC 24KB
SINDROME DE BURNOUT	AGOTAMIENTO LABORAL	BURNOUT MEASURE	CONSECUENCIAS DEL	CONSECUENCIAS DEL	CUESTIONARIO BREVE	CUESTIONARIO CESQT.do	ESCALA DE EFECTOS	ESTRES EN PROFESOR	MASLACH BURNOUT	MBI.doc	MEDIDAS DE PREVENCIÓN
Guardar ▼	Guardar ▼	Guardar ▼	Guardar ▼	Guardar ▼	Guardar ▼	Guardar ▼	Guardar ▼	Guardar ▼	Guardar ▼	Guardar ▼	Guardar ▼

De: "Mansilla Izquierdo, Fernando" <mansillaif@madrid.es>
Para: "karlaguirre13@yahoo.com" <karlaguirre13@yahoo.com>
Enviado: Viernes, 5 de julio, 2013 3:31 A.M.
Asunto: RE: Mensaje de psicología-online

Te envío lo que tengo. Suerte.

ANEXO 6. Manual del MBI adquirido en Junio del 2013



Borrar



Mover

Spam

Acciones



Sales Receipt for Order 26748

Placed on Friday, June 14, 2013 at 9:26 am (PDT, UTC-7)

Ship To:

Karla Daniela Aguirre Zambonino
karlaguirre13@yahoo.com
593984616885

Av. Los Cabildos n40 275 y Afganistan edf. Malaga 5 A
Quito Pichincha EC170104
EC (Ecuador)

Bill To:

Pamela Alejandra Aguirre Zambonino
pameaguirre1@yahoo.com
593984616885

Av. Los Cabildos n40 275 y Afganistan edf. Malaga 5 A
Quito Pichincha EC170104
EC (Ecuador)

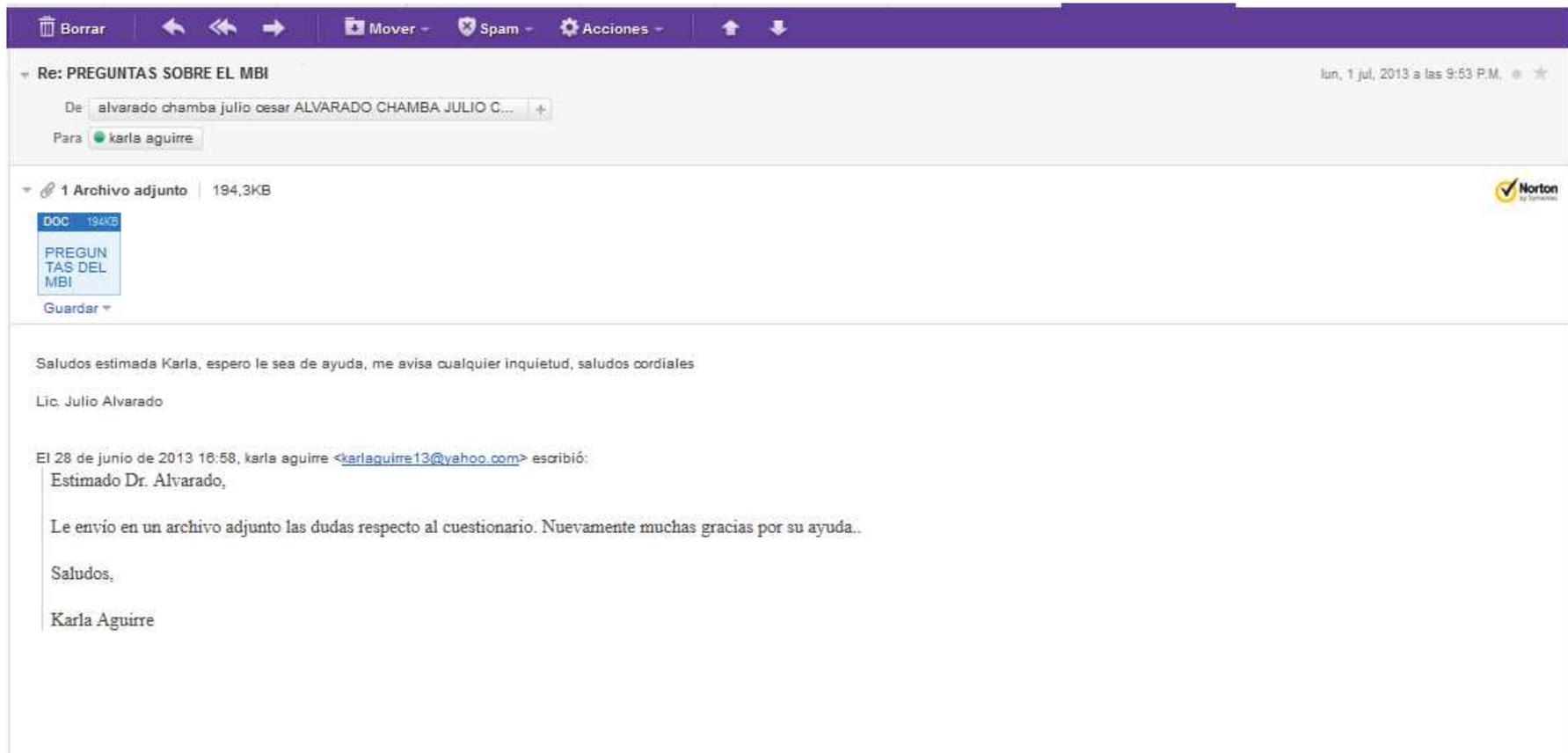
Product	Code	Quantity	Price/Each	Total
MBI Manual Format: downloadable PDF file	MBI-Manual	1	\$40.00	\$40.00
			Shipping: Online Product Delivery:	\$0.00
			Sales Tax:	\$0.00
			Order Total:	\$40.00

Payment method: Visa

This order has been paid in full.

Our privacy policy is available [here](#)

ANEXO 7. Correo enviado por el psicólogo Julio Alvarado, miembro del grupo de investigación del Síndrome del Burnout de la Universidad de Loja



Borrar | Mover | Spam | Acciones

Re: PREGUNTAS SOBRE EL MBI lun, 1 jul, 2013 a las 9:53 P.M.

De: alvarado chamba julio cesar ALVARADO CHAMBA JULIO C...
Para: karla aguirre

1 Archivo adjunto | 194,3KB

DOC 194KB
PREGUNTAS DEL MBI
Guardar

Saludos estimada Karla, espero le sea de ayuda, me avisa cualquier inquietud, saludos cordiales

Lic. Julio Alvarado

El 28 de junio de 2013 16:58, karla aguirre <karlaaguirre13@yahoo.com> escribió:
Estimado Dr. Alvarado,
Le envió en un archivo adjunto las dudas respecto al cuestionario. Nuevamente muchas gracias por su ayuda..
Saludos,
Karla Aguirre

ANEXO 8. Correo electrónico por parte de la Doctora Viviana Sánchez Barros, miembro del Seguro de Riesgos del Trabajo del IESS

Borrar ← ↶ → Mover Spam Acciones ↑ ↓

RE: MESA REDONDA UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS (Asunto Tesis Burnout) mar, 21 mayo, 2013 a las 11:13 P.M. ☆

De: Viviana Mercedes Sánchez Barros

Para: karla aguirre

Estimada Karla, voy a tener en pendientes su correo, ya que en esta semana estoy muy corta de tiempo, pero en cuanto tenga lo solicitado le envío.

saludos

Viviana Sánchez

Date: Fri, 17 May 2013 11:10:21 -0700
From: karlaguirre13@yahoo.com
Subject: MESA REDONDA UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS (Asunto Tesis Burnout)
To: vimsanchez@hotmail.com

Estimada Dra. Sánchez,

Reciba un cordial saludo de parte de Karla Aguirre una de las asistentes a la mesa redonda organizada por la Universidad de las Américas.

Primeramente le escribo para felicitar su participación y agradecerle por la importante información impartida.

Como le comente en la mañana, me encuentro realizando mi proyecto de titulación denominado Prevalencia del Síndrome del Quemado por el Trabajo-Burnout en médicos especialistas de un hospital de la ciudad de Ibarra. He realizado múltiples investigaciones sobre el tema y lamentablemente encontré artículos interesantes pero que toman referencia a autores como Pedro Gil-Monte, Christina Maslach, Peiró, Bosqued entre otros; pero no existe mayores aportes sobre el tema en cuanto a libros. Disculpe por la molestia pero quisiera pedirle de la manera más comedida información acerca del tema, ya que constituiría un gran aporte para la investigación que me encuentro realizando.

De antemano muchas gracias por su ayuda.

Saludos,

Karla Aguirre

Anexo 9. Carta enviada a José Martinod para el cambio de tema del proyecto de titulación respecto a la muestra de estudio.

Quito, 28 de Mayo del 2013

Señor Economista
José Antonio Martinod
Director de Coordinación Docente
Presente.-

De mis consideraciones:

Reciba un cordial saludo de parte de Karla Daniela Aguirre Zambonino, estudiante de la carrera de Psicología Organizacional de la Universidad de las Américas de matrícula 108060.

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, conociendo su profesionalismo y apoyo a proyectos académicos que engrandecen al país y al prestigio de la universidad, con la finalidad de solicitarle su amable autorización para que se me permita cambiar el tema de mi proyecto de titulación respecto a la muestra de estudio.

Como antecedente me sirvo informar que este proyecto inicialmente tenía como objetivo general determinar la prevalencia del Síndrome del quemado por el trabajo -Burnout- en médicos de atención especializada que se encuentran en un rango de edad entre 30 a 60 años en un hospital de la ciudad de Ibarra. Pero, en el transcurso de mi investigación surgieron dos variables que se han convertido eminentemente en la posibilidad de mejora:

- 1) Al realizar la aplicación del cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) en el hospital del IESS de Ibarra, surgió el interés de varios profesionales médicos para que se tome en cuenta a otro hospital de la ciudad, el cual constituiría una muestra valiosa de estudio. Razón por la cual, buscando

un mayor aporte conversé con los directivos del Hospital San Vicente de Paúl quienes mostraron un gran interés, disponibilidad y autorización para que su institución sea estudiada. Así, la muestra de mi proyecto de titulación sería ampliada a los Hospitales Públicos de la ciudad de Ibarra, permitiendo obtener una visión más completa y global del Síndrome de Desgaste Profesional - Burnout en médicos especialistas a nivel de todos los hospitales públicos que otorgan el servicio de salud a toda la ciudad de Ibarra.

2) Anteriormente en la ciudad de Ibarra se realizó un estudio del Burnout con un enfoque desde la psicología clínica en un solo hospital, es por ello que con un afán diferenciador y de gran aporte académico, he venido realizando el presente trabajo de investigación desde un enfoque organizacional tomando en cuenta variables sociodemográficas, estudio que generaría un mayor aporte si no se limita la muestra a un solo hospital, y más bien se amplía a todos los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra.

Es importante resaltar que el aporte académico al ampliar la muestra es superior debido a que en los hospitales públicos, las nuevas exigencias al trabajo, los requerimientos en cuanto a formación académica basados en altos estándares y las posibilidades de productividad, rendimiento y necesidad de logro han sido determinantes para la aparición de importantes riesgos psicosociales, entre ellos el Burnout. El personal médico público se enfrenta a demandas importantes causantes de estrés laboral caracterizado por una relación constante y directa por los beneficiarios del propio trabajo (pacientes), y por cambios trascendentales en las leyes y jornadas laborales que se han implementado en el país.

Las consecuencias del síndrome de Burnout afectan tanto a la salud del propio trabajador como a los receptores del servicio: los pacientes, y a la propia organización, es ahí donde está mi afán.

Finalmente concluyo reiterando mi confianza en su interés por proyectos de gran aporte ciudadano, en espera de que con los antecedentes expuestos respecto a la muestra se me permita remplazar el tema anterior denominado: “Síndrome del quemado por el trabajo –Burnout- en médicos de atención especializada que se encuentran trabajando en un hospital de la ciudad de Ibarra” por el siguiente tema: “Síndrome del quemado por el trabajo –Burnout- en médicos de atención especializada que se encuentran trabajando en los hospitales públicos de la ciudad de Ibarra”.

Por la atención brindada a la presente reitero mis sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,

Karla Aguirre Zambonino

No. Matrícula 108060

No. de cédula de ciudadanía1002652251

Anexo 10. Tema, pregunta y objetivos anteriores del plan de titulación

Tema

Síndrome del quemado por el trabajo –Burnout- en médicos de atención especializada que se encuentran trabajando en un hospital de la ciudad de Ibarra.

Pregunta

¿Cuál es la prevalencia del Síndrome del quemado por el trabajo -Burnout- en médicos de atención especializada que se encuentran dentro de un rango de edad 30 a 60 años en un hospital de la ciudad de Ibarra?

Objetivos

Objetivo general

Determinar la prevalencia del Síndrome del quemado por el trabajo -Burnout- en médicos de atención especializada que se encuentran en un rango de edad entre 30 a 60 años en un hospital de la ciudad de Ibarra.

Objetivos específicos

- Determinar el nivel de cada dimensión del Síndrome de Burnout (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) en el personal médico especialista.
- Identificar si la antigüedad en el hospital tiene relación con la prevalencia del Síndrome en la muestra.