



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**TEMA:**

**Impacto de los Factores de Riesgo Psicosociales en el Síndrome de  
Burnout en el Personal Médico del Hospital General IESS Manta**

**AUTORA**

**Dra. María Belén Cevallos Chávez**

**Previo a la obtención del Grado Académico:**

**MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**TUTORA**

**Ing. Adela Zurita Fabre, Ph.D.**

**Guayaquil, Ecuador**

**2021**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la **Dra. María Belén Cevallos Chávez**, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**.

**DIRECTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

---

**Ing. Adela Zurita Fabre, Ph.D.**

**REVISORA**

---

**Ing. Elsie Zerda Barreno, MAE**

**DIRECTORA DEL PROGRAMA**

---

**Econ. María del Carmen Lapo Maza, Ph.D.**

**Guayaquil, a los 02 días del mes de Junio del año 2021**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**Yo, María Belén Cevallos Chávez**

**DECLARO QUE:**

El Proyecto de Investigación **Impacto de los Factores de Riesgo Psicosociales en el Síndrome de Burnout en el Personal Médico del Hospital General IESS Manta** previa a la obtención del **Grado Académico de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en los párrafos correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Proyecto de Investigación del Grado Académico en mención.

**Guayaquil, a los 02 días del mes de Junio del año 2021**

**LA AUTORA**

*Mg. Belén Cevallos Chávez*

**María Belén Cevallos Chávez**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

### AUTORIZACIÓN

Yo, **María Belén Cevallos Chávez**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del **Proyecto de Investigación** para obtener el grado académico de **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud** titulado **Impacto de los Factores de Riesgo Psicosociales en el Síndrome de Burnout en el Personal Médico del Hospital General IESS Manta**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 02 días del mes de Junio del año 2021**

LA AUTORA

*Mg. Belén Cevallos Chávez*

---

**María Belén Cevallos Chávez**



## UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

### SISTEMA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

### INFORME DE URKUND

Documento: [CEVALLOS CHAVEZ, junio 2020.docx](#) (D75570570)

Presentado: 2020-06-24 11:40:05:00

Presentado por: adela.zurita.fabre@ucsg.edu.ec

Recibido: adela.zurita.ucsg@analisis.orkund.com

Mensaje: [Mostrar el mensaje completo](#)

de estas 61 páginas, se componen de texto presente en o fuentes.

Categoría	Enlace/nombre de archivo
Fuentes alternativas	<a href="#">CEVALLOS CHAVEZ, junio 13 2020.docx</a>
	<a href="#">CEVALLOS CHAVEZ, marzo 2020.docx</a>
	<a href="#">CEVALLOS CHAVEZ, agosto 2020.docx</a>
	Trabajo de Titulación Aprobado Paulina Salinas 06-04-2020.docx
	TESIS AGOSTO 2018.pdf
	GUADYS PACHECO Y KARELA BRICIOS.docx

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

TEMA:

Impacto de los Factores de Riesgo Psicosociales en el Síndrome de Burnout en el Personal Médico del Hospital General IESS Manta

AUTORA Dra. María Belén Cevallos Chávez

Previo a la obtención del Grado Académico: MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD

TUTORIA Ing. Adela Zurita Fabre, Ph.D.

Guayaquil, Ecuador 2020

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la Dra. María Belén Cevallos Chávez, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de Magister en Gerencia en Servicios de la Salud.

DIRECTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Archivo de registro Urkund: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / CEVALLOS CHAVEZ, junio 13 2020.docx

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

TEMA:

Impacto de los Factores de Riesgo Psicosociales en el Síndrome de Burnout en el Personal Médico del Hospital General IESS Manta

AUTORA Dra. María Belén Cevallos Chávez

Previo a la obtención del Grado Académico: MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD

TUTORIA Ing. Adela Zurita Fabre, Ph.D.

Guayaquil, Ecuador 2020

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la Dra. María Belén Cevallos Chávez, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de Magister en Gerencia en Servicios de la Salud.

DIRECTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

## AGRADECIMIENTO

En primera instancia mi agradecimiento a nuestro creador, quien con su absoluta benevolencia me ha dado las herramientas para poder llevar a cabo cada uno de mis proyectos, me ha dado salud, inteligencia y la capacidad de combinar mi deseo de seguir preparándome, con mi papel de madre y médico al servicio de la salud pública.

Quiero agradecer a mi madre, pilar fundamental en mi camino, quien me conduce a través del difícil sendero de la mujer – madre – laborante, que desea apersearse de armas para otorgar mejores realidades a sus hijos.

A mi tutora, guía excepcional en este proyecto, a quien debo la paciencia y la cordura, incluso en momentos en que, como ser humano percibí tribulaciones propias del diario vivir, no solo por haberme ayudado a llevar a cabo este trabajo de investigación, sino también por comprender y sopesar mis demás actividades.

A los amigos, a quienes tuve el honor de conocer y con quienes compartí horas de conocimiento, trabajo, vivencias y risas, fue para mí un placer crecer de la mano de ustedes.

Agradezco a la institución y sus colaboradores todos, maestros y demás, quienes nos abrieron un horizonte de ciencia, con absoluto respeto y consideración, con el objetivo de que alcanzáramos un peldaño más en el camino del aprendizaje.

Muchas gracias.

*Mg. Belén Cevallos Chávez*

**María Belén Cevallos Chávez**

## DEDICATORIA

A mi hija, quien a su corta edad supo siempre comprender y asimilar que mamá se ausentaba para buscar mejores condiciones para ambas, y me llenó siempre de esperanzas para continuar, ya que ella me esperaba en casa, ansiosa de saber cómo estuvo mamá en sus clases.

Hija en la vida hay que contar con las armas para, en el momento de las batallas, sobrellevarlas con firmeza. Como dicen las escrituras bíblicas, *debemos preparar las eras para cuando venga la lluvia*, y eso fue lo que pretendí en el tiempo en que me veías salir y llegar.

Mis logros son por ti y para ti, y no importa el esfuerzo, siempre serán para y por la razón correcta... mi hija.

*Mg. Belén Cevallos Chávez*

**María Belén Cevallos Chávez**

## Índice General

Resumen.....	xiii
Abstract .....	xiv
Introducción .....	1
Antecedentes.....	3
Formulación del Problema.....	6
Justificación de la Investigación.....	6
Preguntas de Investigación .....	8
Hipótesis .....	8
Objetivos.....	8
General .....	8
Específicos .....	9
Capítulo I Marco Teórico y Conceptual.....	10
Teorías Relativas al Síndrome de <i>Burnout</i> y su Campo de Estudio.....	10
Perspectivas del Burnout.....	12
Consecuencias del Burnout, también llamado Estrés Laboral .....	14
Prevención del Estrés Laboral.....	18
Los Riesgos Psicosociales.....	20
Instrumentos de Medición.....	22
Marco Conceptual.....	24
Capítulo II Marco Referencial .....	28
Investigaciones Internacionales y Nacionales .....	28
Experiencias Internacionales.....	30
Experiencias Nacionales .....	36
Buenas prácticas en el diseño de estrategias para atender el SDP .....	41
Marco Legal.....	47
Características de Hospital General IESS Manta .....	50
Capítulo III Metodología de la Investigación y Análisis de Resultados.....	54
Metodología de la Investigación.....	54
Características metodológicas .....	54
Población y muestra .....	56
Técnica e instrumento para recolección de información.....	57
Procesamiento de la información .....	59



Técnica de análisis de datos .....	60
Análisis y Discusión de Resultados .....	61
Análisis de frecuencias y prevalencias: características profesionales	63
Prevalencia de burnout y grado de significancia.....	66
Correlación dimensiones del burnout con riesgos psico-sociales y estresores laborales.....	73
Capítulo IV Propuesta de Intervención .....	79
Vigilancia Epidemiológica .....	80
Justificación.....	81
Intervención y seguimiento .....	82
Estrategia de Prevención y Tratamiento .....	85
Implementación de la Propuesta .....	97
Conclusiones y Recomendaciones .....	99
Conclusiones.....	99
Recomendaciones .....	104
Referencias Bibliográficas .....	106
Apéndices.....	123

## Índice de Tablas

Tabla 1. Escala de valoración referencial del MBI.....	59
Tabla 2. Fiabilidad cuestionario: dimensiones del burnout .....	62
Tabla 3. Fiabilidad cuestionario: riesgos psico-sociales .....	62
Tabla 4. Fiabilidad cuestionario: estresores laborales.....	62
Tabla 5. Clasificación de los informantes clave, según características profesionales y personales .....	64
Tabla 6. Prevalencia de dimensiones, con respecto a los niveles de burnout .....	65
Tabla 7. Referentes estadísticos con respecto a los factores de burnout.....	65
Tabla 8. Prevalencia del burnout según género de los encuestados.....	66
Tabla 9. Prevalencia del burnout según cantidad de horas de trabajo/semana .....	67
Tabla 10. Prevalencia del burnout en encuestados que realizan actividades de gestión.....	68
Tabla 11. Frecuencia relacional bivariada: género/dimensiones del burnout .....	70
Tabla 12. Frecuencia relacional bivariada: género/dimensiones del burnout .....	70
Tabla 13. Frecuencia relacional bivariada: género/dimensiones del burnout .....	71
Tabla 14. Frecuencia relacional bivariada: horas de trabajo semanal/dimensiones del burnout .....	71
Tabla 15. Frecuencia relacional bivariada: actividades de gestión/dimensiones del burnout.....	72
Tabla 16. Frecuencia relacional bivariada: actividades de gestión/dimensiones del burnout.....	72
Tabla 17. Correlación bivariada de Pearson: dimensiones del burnout y riesgos psico-sociales .....	75
Tabla 18. Correlación bivariada de Pearson: dimensiones del burnout y estresores laborales.....	76

**Índice de Figuras**

Figura 1. Ecuación para obtener la razón de momios (probabilidades).....	61
Figura 2. Escala para la interpretación de las medidas de asociación.....	67

## **Índice de Apéndices**

Apéndice A. Cuestionario para determinar el impacto de los factores de riesgo psicosociales en el síndrome de burnout en el Personal Médico del Hospital General IESS Manta.....	123
--	-----

## Resumen

El ambiente de los servicios de salud puede convertirse en un estresor laboral, desencadenando en sus trabajadores sentimientos de estrés, insatisfacción, cansancio, etc., que se conjugan con sus situaciones personales y familiares, síntomas que se agrupan en el Síndrome de Burnout, por ello es importante identificar los factores de riesgo psicosociales y estresores laborales, para adoptar medidas preventivas pertinentes. Esta investigación buscó identificar el impacto de los factores de riesgo psicosociales, estrés laboral y características profesionales, sobre la aparición del burnout en el personal médico del Hospital General IESS Manta, con el fin de diseñar una propuesta orientada a la prevención y superación de estos factores de riesgo. Su enfoque cuantitativo, de corte transversal, no experimental e inductivo, permitieron detectar que existe una relación media entre la dimensión ***cansancio emocional*** y la *sobrecarga de trabajo*; correlaciones de menor nivel, entre ***cansancio emocional*** y las *dificultades en la gestión clínica y responsabilidades en la gestión clínica*. ***Despersonalización*** tiene una correlación baja-positiva con *impacto negativo del trabajo en la vida familiar, sobrecarga de trabajo, responsabilidades en la gestión clínica y dificultades en la gestión clínica*. ***Realización personal*** y su relación con *recompensa profesional* tiene una correlación baja-positiva, al igual que con *ausencia de dificultades en la gestión clínica y buenas relaciones con pacientes y familiares*; hay una correlación baja-negativa con *impacto negativo del trabajo en la vida familiar*. En conclusión, los factores de riesgo psicosociales y estresores laborales influyen negativamente en *cansancio emocional* y *despersonalización*, mientras que *realización personal* se correlaciona con: recompensa profesional, buenas relaciones con pacientes y familiares y apoyo en el trabajo. De lo anterior mencionado dio paso a la creación de la Estrategia de Vigilancia Epidemiológica para la Prevención y Tratamiento del Síndrome de Burnout en el personal médico del Hospital General IESS Manta.

**Palabras Clave:** síndrome de burnout, riesgos psicosociales, estresores laborales, salud laboral, mindfulness.

## Abstract

The health services environment can become a stressor, triggering in their workers feelings of stress, dissatisfaction, tiredness, etc., that are combined with their personal and family situations, symptoms that cluster in the Burnout syndrome, so it is important to identify psychosocial risk factors and occupational stressors, in order to take relevant preventive measures. This research sought to identify the impact of psychosocial risk factors, work stress and professional characteristics, on the appearance of burnout on the medical staff of IESS Manta General Hospital, in order to design a targeted proposal prevention and overcoming of these risk factors. *Its quantitative approach, cross-cutting, non-experimental and inductive, made it possible to detect that there is an average relationship between the emotional fatigue dimension and the work overload; lower-level correlations, between emotional fatigue and difficulties in clinical management and responsibilities in clinical management.* Depersonalization has a low-positive correlation with negative work impact on family life, work overload, responsibilities in clinical management and difficulties in clinical management. Personal realization and its relationship with professional reward has a low-positive correlation, as well as with no difficulties in clinical management and good relationships with patients and family members; there is a low-negative correlation with negative work impact on family life. In conclusion, psychosocial risk factors and occupational stressors negatively influence emotional fatigue and depersonalization, while personal fulfillment correlates with: professional reward, good patient relationships and family and support at work. From the aforementioned, it gave way to the creation of the Epidemiological Surveillance Strategy for the Prevention and Treatment of Burnout Syndrome in the medical staff of the IESS Manta General Hospital.

**Keywords:** burnout syndrome, psychosocial risks, work stressors, occupational health, mindfulness

## **Introducción**

En las empresas, cuyo objetivo principal básicamente es brindar algún tipo de servicio de primera mano a un público determinado se requiere, en general, establecer una relación directa entre el colaborador y el usuario o cliente que, de alguna manera, va a incidir en el comportamiento de ambos. En instituciones que ofrecen servicios de atención en salud, esta situación ocurre de manera frecuente, con el agravante de que, según las circunstancias, hay varios factores que intervienen en dicha atención que pudieran afectar a la salud mental del prestador del servicio, por ejemplo: situaciones de emergencia que enfrentan, fallecimiento de un paciente, sentimiento provocado por la imposibilidad de lograr el mejoramiento de un paciente crítico, así como también, los horarios de trabajo, no fijos y muy demandantes y la disponibilidad de recursos para atender a los pacientes; todo ello puede convertirse en una carga negativa, lo que desencadena sentimientos de: estrés, insatisfacción, cansancio, etc., que además se conjugan con las situaciones personales y familiares propias que pueden tener que afrontar, es así que, específicamente en el personal que se dedica al cuidado de la salud se presentan estos síntomas, los mismos que constituyen lo que actualmente se denomina Síndrome de Burnout (Saborío & Hidalgo, 2015), principalmente en los médicos, debido a su ambiente profesional sumado a ciertos rasgos personales.

Un dato no menos importante es, que la prevalencia de tentativa de suicidios, sobre todo en los médicos, es ligeramente mayor que la que presenta la población general, en el caso de médicos mujeres es superior; en muchas situaciones esto lleva al abuso de sustancias y puede provocar algún nivel de enfermedad mental, llegando de manera peligrosa al autodiagnóstico y a un autotratamiento (Cano et al., 2014).

“Otras variables organizacionales que afectan la salud mental de los trabajadores del área de enfermería son el clima organizacional y la satisfacción laboral” (Arias & Muñoz del Carpio, 2016, p. 561). Es por lo anterior que se debe orientar los esfuerzos investigativos hacia la identificación de los factores de riesgo psicosociales y estresores laborales a los que pueden estar expuestos los médicos, lo cual permitirá adoptar medidas preventivas, que pueden ser útiles para mejorar el clima organizacional y potenciar el optimismo y la autoestima individual como medio para preservar la salud y la calidad de vida de este colectivo profesional, además de disminuir el desgaste profesional en las casas prestadoras de salud.

El objetivo de este trabajo es demostrar el impacto de los factores de riesgo psicosociales, estrés laboral y las características profesionales, sobre la aparición del *burnout* en el personal médico del Hospital General IESS Manta; así como también, describir la prevalencia del burnout o conocido como Síndrome de Desgaste Profesional (en adelante, SDP) según el tipo de actividad médica: especialistas, médicos generales y residentes.

Los resultados de esta investigación son presentados en los diferentes capítulos, como sigue: en el capítulo I se incluye algunas teorías y opiniones de expertos sobre el tema en cuestión así como conceptualizaciones de términos de importante uso; el capítulo II está conformado por investigaciones sobre el SDP, algunos elementos legales y una amplia explicación del contexto al que se orienta los resultados; el capítulo III contiene la metodología desarrollada para recoger información, tabularla y presentar los resultados y su correspondiente análisis; en el capítulo IV se presenta la propuesta para hacer frente la situación planteada; se cierra con algunas conclusiones y recomendaciones.



## **Antecedentes**

Existen situaciones en las cuales, aquel trabajador que presta algún tipo de servicio que está destinado a la atención de personas, experimenta condiciones afectivas y personales en su ámbito laboral, las cuales impactan en su desempeño laboral, así como también en su productividad. Para el caso de los profesionales de la salud, que son aquellos que prestan un servicio de atención médica directa y continua con pacientes y que, por esta misma razón, el nivel de exigencia de su desempeño es mucho más alto que en otras profesiones, por parte de los clientes/pacientes, los lleva a cerrar sus jornadas de trabajo con cierto nivel de cansancio y con la sensación de haber podido hacer algo más de lo que se logró, ello ejerce un alto impacto en su salud individual, así como también, en la productividad y calidad de los cuidados prestados por ellos (Calle et al., 2016).

En la búsqueda de mejorar las condiciones laborales, personales y profesionales es necesario realizar un estudio que permita identificar si situaciones de burnout se están presentando en un contexto específico. Por ello es que se ha tomado para este estudio al Hospital General IESS Manta, institución que forma parte de la red pública integral de salud en el Ecuador, categorizada como de segundo nivel, con una gran concurrencia diaria de pacientes que se dirigen hacia sus diferentes dependencias, con un sistema de atención supeditado a un tiempo límite, con escasos recursos, a pesar de su categorización; se constituye como un lugar de referencia desde todos los cantones de Manabí; ello hace que exista sobrecarga laboral en sus trabajadores lo cual pudiera generar situaciones de estrés y vulnerabilidad en los prestadores del servicio de salud.

La importancia de este estudio está centrada en el hecho de que, del desempeño de los profesionales médicos, muchas veces depende la calidad de la

atención que se ofrece a los pacientes y la confiabilidad e influencia en los resultados de su diagnóstico, tratamiento y recuperación; por tanto, la presencia del burnout en este ámbito de trabajo que lleva al SDP, además de los efectos negativos hacia los usuarios, también lleva a generar sensaciones y comportamientos que se derivan en ideas de fracaso, pérdida de la creatividad y compromiso hacia la institución, respuestas crónicas al estrés, depresión, distanciamiento con respecto a los usuarios y compañeros de trabajo y, finalmente, afectación a la salud individual física y mental con graves consecuencias en el entorno familiar y organizacional (Párraga et al., 2018).

### **Planteamiento del Problema**

El SDP es una respuesta a la exposición crónica del estrés laboral que se constituye en sentimientos y actitudes de tendencia negativas generando algún tipo de alteración y/o disfunciones síquicas o fisiológicas que desgastan emocionalmente a las personas y llevan generalmente a la afectación de la calidad del servicio y, por ende, en el nivel de satisfacción del profesional de la salud, haciendo que éste, quien en un principio estuvo realmente comprometido con su trabajo, pase a una actitud de distanciamiento como primera respuesta al estrés y a la tensión que genera su ámbito laboral, llegando a aminorar sus aspiraciones y metas y, por ende, afecta de alguna manera su autoestima; todo ello lleva a otras consecuencias en el ámbito organizacional, afectaciones a la vida laboral y, sobre todo, familiar.

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como SDP “específicamente a los fenómenos en el contexto laboral y no debe aplicarse para describir experiencias en otras áreas de la vida” (ACYV, 2019, párr. 2), considerando al estrés como el segundo problema de salud laboral más frecuente

en Europa en donde se asegura que está relacionado con “la precariedad (72%), la excesiva carga de trabajo (66%) o el acoso laboral (59%)” (ACYV, 2019, párr. 3) que afecta principalmente al bienestar mental.

De acuerdo con un estudio realizado por M. del R. Ramírez (2016), el SDP en los profesionales de la salud en Ecuador está en alrededor del 36.4%, con un 17.6% de nivel de agotamiento emocional, un 13.6% de despersonalización y un 18.2% de baja realización personal (M. del R. Ramírez, 2016).

Para poder diseñar estrategias preventivas y que las instituciones mejoren su clima laboral y organizacional es necesario conocer cuáles son los factores psicosociales más relevantes y qué estresores laborales son menos tolerados, para evitarlos e instaurar mecanismos de diagnóstico temprano y terapia oportuna, así como correctivos por parte del Departamento de Talento Humano y Departamento de Salud Ocupacional y Riesgo Laboral, confirmado lo que de manera general se enfoca el estudio sobre el *burnout* desde la psicología de la salud.

La salud de los profesionales de la salud del Hospital objeto de estudio merece gran atención, dado que de su desenvolvimiento depende el nivel de satisfacción del usuario externo; por ello es necesario determinar, de manera anticipada con el fin de prevenir o anticiparse a cualquier contingencia, los orígenes de posibles comportamientos individuales que bien pueden ser generados por cansancio emocional, estrés y tensión llevándolo a consecuencias en su ámbito laboral y familiar. Este estudio propone el análisis de los *factores de riesgo psicosociales* que se presenten con mayor prevalencia en los médicos afectados por el SDP, en el Hospital IEISS Manta, además de determinar también los *estresores laborales* que de forma continua afectan a la población en estudio; así también, correlacionar la presencia de ambas variables (factores psicosociales

y estresores laborales) y su impacto en los médicos afectados por el *burnout*, además se requiere identificar una serie de características personales y profesionales que podrían influir también en la aparición de este cuadro psicopatológico; todo lo anterior, con el fin de contribuir a la conformación de un mejor clima laboral, aumentar la satisfacción profesional, mermar la demanda de insatisfacción del usuario y sobre todo mejorar los procesos de atención de salud de esta institución.

### **Formulación del Problema**

Por lo mencionado en párrafos anteriores, se considera necesario identificar los factores que contribuyen a la aparición del SDP, con el fin de analizar y responder a la interrogante planteada:

¿Cómo influyen los factores de riesgo psicosociales y los estresores laborales en las dimensiones del síndrome de desgaste profesional en los prestadores del servicio de salud del Hospital General IESS Manta?

### **Justificación de la Investigación**

Dado el alto impacto del síndrome de *burnout* en la salud individual de los médicos, en su productividad y en la calidad de los cuidados prestados por éstos, es necesario instaurar medidas de prevención relacionadas con la organización del trabajo para reducir la sobrecarga laboral, fomentar el estímulo intelectual aportado por el trabajo y las recompensas profesionales, generar programas formativos orientados hacia los médicos residentes que busquen contribuir a la mejora de su bienestar psicológico, incrementando así el control sobre su propio trabajo, favoreciendo el apoyo social de sus compañeros y superiores, promoviendo la separación entre el trabajo y la vida familiar y social.

Los resultados de esta investigación permiten resaltar que la vigilancia de los factores de riesgo causantes de un cuadro psicopatológico y sus posibles repercusiones sobre la salud y calidad de vida del personal sanitario, debe ser uno de los principales objetivos del Departamento de Salud Ocupacional y Riesgo Laboral.

Si bien el estudio está enfocado a los profesionales del Hospital General IESS Manta que, como se ha indicado, es una institución de segundo nivel de la red pública de salud en el Ecuador, los resultados de la investigación bien pueden ser analizados a lo interno de las otras instituciones que brindan atención en salud, todo lo cual redundará en beneficio del propio personal médico dado que se podrá establecer aquellos factores de riesgo que generan la aparición del SDP permitiendo implementar medidas de prevención, de los pacientes y sus familiares que podrán percibir el mejoramiento en el servicio brindado en un nivel óptimo de calidad y calidez, ya que se disminuirían los síntomas de cansancio laboral y la despersonalización de la atención del profesional de la salud, finalmente, a la propia institución que será vista como una entidad más humanizada y con mayor respeto a la dignidad de las personas.

Esta investigación se encuadra en la línea de investigación de la Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud de la UCSG, denominada *Calidad de Atención de Salud* y, tomando en consideración los aprendizajes y competencias profesionales y técnicas desarrolladas durante el programa de maestría, se busca contribuir con la optimización de recursos y esfuerzos de un grupo de colaboradores de la salud en el Hospital objeto de estudio, a través del diseño y entrega de alternativas para un sistema de vigilancia epidemiológica, así como también estrategias de tratamiento y así anticiparse a posibles factores de riesgo

psicosociales y estresores laborales, que pudieran afectar el desempeño de un equipo de atención médica.

### **Preguntas de Investigación**

A medida que se documenta la información obtenida en esta investigación se va respondiendo a las siguientes interrogantes con respecto al SDP y su tratamiento: ¿ Cuáles son los factores de riesgo que favorecen la aparición del SDP? ¿Cuál es la prevalencia del SDP según el tipo de actividad médica: especialistas, médicos generales, residentes? ¿Puede un sistema de vigilancia epidemiológica de factores de riesgo y el diseño de medidas preventivas ayudar a superar el SDP?

### **Hipótesis**

Partiendo de la teoría de que el SDP y el síndrome de burnout son sinónimos, se deriva que las dimensiones que los componen son las mismas, se establece la siguiente hipótesis: Los factores de riesgo psicosociales y estresores laborales influyen negativamente en dos dimensiones identificadas como parte del SDP: el cansancio emocional y la despersonalización.

Las variables que intervienen en este supuesto son: *independiente*: factores de riesgo psicosociales y estresores laborales; y, *dependiente*: cansancio emocional y despersonalización.

### **Objetivos**

Los objetivos diseñados para atender la problemática planteada son los siguientes:

#### **General**

Identificar el impacto de los factores de riesgo psicosociales, estrés laboral y características profesionales, sobre la aparición del burnout en el personal médico

del Hospital General IESS Manta, con el fin de diseñar una propuesta orientada a la prevención y superación de estos factores de riesgo.

### **Específicos**

- 1.** Analizar las teorías y literatura científica relacionadas con el *burnout*, o síndrome de desgaste personal y los factores psicosociales que afectan el entorno laboral, identificando las buenas prácticas a nivel nacional e internacional, que permita establecer las posibles estrategias para superar dichos factores de riesgo;
- 2.** Realizar un diagnóstico de la prevalencia del SDP en el Hospital General IESS Manta, según el tipo de actividad médica: especialistas, médicos generales y residentes, a través de la aplicación de los instrumentos pertinentes, que faciliten la identificación de los factores de riesgo que deben ser observados y superados;
- 3.** Establecer cuáles son los factores de riesgo psicosociales, estresores laborales y características profesionales que impactan en la aparición del SDP mediante la regresión logística para estimar el grado de asociación entre éstos con las tres dimensiones del síndrome de burnout; y,
- 4.** Proponer un sistema de vigilancia epidemiológica de factores de riesgo psicosociales y estresores laborales, con mayor relevancia para el equipo médico del Hospital General IESS Manta, que presenten características profesionales facilitadoras de la aparición de *burnout* previamente identificadas, con miras a diseñar estrategias de prevención y superación del SDP.

## Capítulo I

### Marco Teórico y Conceptual

Mantener un ambiente sano en donde se desarrollen las actividades diarias y que no existan factores que afecten tanto al prestador del servicio como al beneficiario de éste, es un tema de suma relevancia que debe prevalecer como uno de los elementos básicos en toda institución, principalmente en aquellas en donde la relación interpersonal, médico-paciente, hace la diferencia entre la salud y la enfermedad. Por ello, en este capítulo se hace una revisión general en cuanto a los comportamientos de las personas que laboran en instituciones prestadoras de servicios de salud y los diferentes efectos que son provocados por el diario desarrollo de sus actividades y, en consecuencia, los resultados de dichos efectos en las personas; así mismo, se incluyen también algunas conceptualizaciones importantes relacionadas con el tema investigado.

#### **Teorías Relativas al Síndrome de *Burnout* y su Campo de Estudio**

El Síndrome de *Burnout* conocido como *síndrome de desgaste profesional* (SDP) o también denominado síndrome de sobrecarga emocional o síndrome de fatiga en el trabajo fue establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) “como un factor de riesgo laboral, debido a su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida del individuo que lo sufre” (Saborío & Hidalgo, 2015, p. 120).

El SDP fue incluido en el Código Internacional de Enfermedades (CID 10), a través de la clasificación Z 73.0 (Kranwinkel, 2016), se refiere a la sensación de estar acabado, algo que caracteriza al *burnout*, sin embargo, “no es posible ofrecer una definición concisa del fenómeno, reseñando la complejidad del síndrome que se intenta concretar” (Carlin & Garcés de los Fayos, 2010, p. 1899).



El SDP o de *burnout* (estar *quemado*) fue introducido por primera vez por el psiquiatra alemán Herbert Freudenberger en el año 1974, quien colaboraba de forma voluntaria en un centro de atención para toxicómanos en la ciudad de Nueva York y tuvo sus raíces en la observación de las reacciones emocionales por parte de los profesionales que se ocupaban de la atención y servicio de los usuarios de este centro; se usó el término *burnout* o *estar quemado* haciendo una comparación similar a lo que se genera por un consumo crónico de algún tipo de sustancia; era una palabra de uso común en la jerga atlética, deportiva y artística, que hacía referencia a aquellos sujetos que no conseguían los resultados esperados pese al esfuerzo realizado y acudían a algún tipo de *ayuda* para mantener su desempeño físico (Gómez et al., 2015).

Freudenberger observó que al cabo de un período más o menos largo, entre uno y tres años, la mayoría de los empleados sufría una progresiva pérdida de energía, desmotivación, falta de todo interés por el trabajo hasta llegar al agotamiento, junto con varios síntomas de ansiedad y de depresión; observó también que, la ausencia de un horario fijo de trabajo o de un alto número de horas de esfuerzo continuo, todo ello aunado al hecho de no contar con un salario adecuado, convertía su desempeño en algo forzado, tenso y desmotivado, además describió cómo estas personas se vuelven menos sensibles, poco comprensivas y hasta agresivas en relación con los pacientes, con un trato distanciado y cínico con tendencia a culpar al paciente de los propios problemas que padece (Carlin & Garcés de los Fayos, 2010). Por tanto, las primeras versiones del SDP giran en torno al agotamiento personal del profesional de salud, en especial del personal de enfermería, como resultado de las actividades propias de la prolongada prestación de servicios y cuidado de personas con problemas médicos (Llaneza, 2009).

La psicóloga social y profesora de psicología en la Universidad de Berkeley, California, Cristina Maslach, en 1976 también estudió las respuestas emocionales de los empleados con profesiones orientadas a la ayuda y atención a las personas y no solamente basó sus estudios en el personal de salud, sino en cualquier profesional al servicio de un cliente (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, profesores, policías, etc.); eligió el mismo término que utilizaban de forma coloquial los abogados californianos para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad y desinterés entre sus compañeros de trabajo, esto es, el término *burnout* era ya una expresión con gran aceptación social, “los afectados se sentían fácilmente identificados con este feliz término descriptivo, no estigmatizador como los diagnósticos psiquiátricos” (Delgado, 2015, p. 23).

### **Perspectivas del Burnout**

García (1991) mencionado por Carlin y Garcés de los Fayos (2010, p. 1896) aseguró que el burnout es un problema característico de los trabajos de *servicios humanos*, es decir, de aquellas profesiones que deben mantener una relación continua de ayuda hacia el *cliente*; esto es, profesionales que se encuentran más expuestos a riesgos psico-emocionales y estresores laborales; lo anterior genera un estado disfuncional y disfórico que induce a no poder conseguir sus objetivos y satisfacción personal salvo que reciba algún tipo de intervención externa de ayuda, o por un reajuste laboral y que está en relación con las expectativas previas (Hederich & Caballero, 2016).

Así, en primera instancia este síndrome puede ser mirado desde dos perspectivas: la clínica y la psicosocial: la clínica asegura que “el burnout es un estado al que se llega como consecuencia del estrés laboral (...) la psicosocial, se considera al estrés como un proceso resultante de la interacción de variables del

entorno laboral y personal” (Quiceno & Vinaccia, 2017, p. 121), con manifestaciones bien diferenciadas en distintas etapas.

Un nuevo problema surge, paralelo a la definición de *burnout*, y es según Gil (2003) el de diferenciarlo de otros estados con los que suele confundirse, como serían el tedio, la depresión, alienación, ansiedad, insatisfacción laboral, fatiga, etc., por ello, este proceso de *burnout*, desde el punto de vista de la perspectiva social, supone una interacción de variables afectivas, cognitivo-aptitudinales y actitudinales, que se articulan entre sí en un episodio secuencial, lo que implica que más que un estado clínico, es una particular respuesta a corto y medio plazo al estrés crónico en el trabajo, a lo que se concluye que el estrés tiene efectos positivos y negativos para la vida pero el burnout siempre los muestra negativos (Gil, 2003).

Carlin y Garcés de los Fayos (2010) hicieron referencia a lo mencionado por Edelwich y Brodsky (1980) en cuanto a que se presenta una situación de pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones del trabajo; al respecto, se propuso cuatro etapas que viven las personas con burnout: la primera, relacionada con el *entusiasmo*, caracterizado por elevadas aspiraciones, energía desbordante y carencia de la noción de peligro; le sigue el *estancamiento*, que surge luego de constatar que no se cumplieron sus expectativas trazadas inicialmente, empezando a aparecer la frustración; la tercera es la *frustración*, en la que comienzan a surgir problemas emocionales, físicos y conductuales, con lo que esta fase sería el núcleo central del síndrome; y, finalmente, *apatía*, que sufre el individuo y que constituye el mecanismo de defensa ante la frustración (Carlin & Garcés de los Fayos, 2010). Así, todo ello lleva a un agotamiento relacionado

con la dificultad de recuperarse y enfrentar un nuevo día de trabajo; es decir, una sensación de sentirse crònicamente agotado.

Desde otra perspectiva, se pueden destacar tres momentos: a) desequilibrio entre demandas en el trabajo y recursos individuales (estrés), b) respuesta emocional a corto plazo, ante el anterior desequilibrio, caracterizada por ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento, y c) cambios en actitudes y conductas (afrentamiento defensivo) (V. Fernández et al., 2010). En realidad, todo esto hace pensar que puede considerarse también como un elemento de defensa, que se exterioriza en las profesiones de ayuda.

Mirado desde las diferentes perspectivas, este SDP afecta no solamente al prestador del servicio sino también al usuario o paciente, en el caso del sector de la salud, de lo cual depende el comportamiento del profesional así como el resultado del proceso de atención del paciente.

### **Consecuencias del Burnout, también llamado Estrés Laboral**

La aparición del SDP es consecuencia de la contínua y prolongada exposición a *factores de riesgo psicosociales* y al *estrés laboral*, afectando a la salud física y mental de quien lo padece, así como a sus familiares y a la sociedad, de ahí la importancia que adquiere la descripción de los diferentes estresores laborales, de los que la presencia de unos u otros llevarán a la persona, dependiendo de factores individuales, especialmente cognitivos, y de la escasez de recursos de afrontamiento, a desarrollar el *síndrome de burnout* (Ferreira et al., 2018).

Si bien los estresores laborales son aspectos relacionados con la organización, el contenido y la realización del trabajo que pueden afectar al bienestar y la salud del trabajador, los desajustes entre el profesional y su entorno

se han relacionado con la aparición del *burnout* y la insatisfacción laboral, cuanto mayor es la brecha entre la persona y su trabajo (falta de cumplimiento de expectativas, falta de apoyo, conflictos de rol, entre otros), mayor es la probabilidad de su aparición (Gil, 2003), así mismo, tensión, ansiedad y limitación en las relaciones personales en su ámbito laboral, además disminución de la eficacia y la eficiencia de sus labores, ausentismo y mengua de la calidad asistencial, esto último con mayor incidencia en el personal sanitario (García, 1991).

Desde que en el año 2000, el *estrés laboral* fue declarado por la OMS como un *factor de riesgo psico-social*, capaz de afectar las formas y calidad de vida del colaborador, se asegura que puede incentivar su propensión a sufrir de enfermedades varias (Saborío & Hidalgo, 2015), reconociendo que existen efectos negativos para la salud como consecuencia de la exposición crónica al estrés laboral, que incluyen afecciones psicológicas, actitudes negativas hacia sí mismo, depresión, ansiedad y frustración, facilidad para la adicción a drogas e incluso pensamientos suicidas, al igual que trastornos psicósomáticos (Cano et al., 2014); igualmente, se ha asociado con activación neuroendocrina del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal y, en consecuencia, aumenta las probabilidades de desarrollar enfermedades cardiovasculares; se afirma también la correlación de esta patología con síndromes metabólicos, trastornos del sueño y conductas poco saludables como el sedentarismo (Arias & Muñoz del Carpio, 2016).

Siegrist (2002) definió al estrés laboral como la consecuencia de la ruptura del *principio de reciprocidad* que sucede cuando el trabajador percibe que sus esfuerzos en su trabajo no están siendo adecuadamente recompensados; se reconocen dos tipos de esfuerzos: el extrínseco, que puede desencadenarse por la

sobrecarga laboral en términos de número o complejidad de las tareas, la gran responsabilidad o la constante presión de tiempo, y el intrínseco o *sobrecompromiso* que se basa en la sobreestimación de las capacidades personales y la subestimación de las exigencias del trabajo.

Otro tema relacionado al estrés laboral son las recompensas que bien provienen del salario, la estima hacia su trabajo basado en la percepción de que su trabajo tiene valor y, finalmente, la oportunidad o seguridad en el sentido de estabilidad o desarrollo del trabajo; por tanto, el SDP, entonces, se podría concebir como una expresión extrema del estrés laboral, que afecta principalmente los aspectos psicológicos e interpersonales del trabajador (Siegrist, 2002).

De lo anterior se puede deducir de que “la percepción de equilibrio, se define como la asimetría entre la atención ofrecida y el agradecimiento recibido” (Hurtado & Pereira, 2015, p. 30); es decir, si el profesional de la salud percibe que sus aportes en las relaciones con el paciente o cliente (por ejemplo, tiempo, esfuerzos o habilidades) son inferiores a las reacciones del paciente, (por ejemplo, agradecimiento, aprecio u otros incentivos), entonces, va a sentirse privado de equidad y como consecuencia presentar el conjunto de factores que, en sus tres dimensiones, constituyen el *burnout*.

Hablar de desgaste profesional se trata específicamente a un estado emocional en el que el colaborador percibe que los recursos, efectividad y eficiencia a la que está acostumbrado, ya no funcionan de la misma forma cotidiana y genera un cambio en la forma en que enfrenta en ese momento su trabajo, esto es común en profesionales tales como profesores, policías, empleados de comercios, colaboradores que prestan atención de salud: médicos, enfermeros, personal de emergencias, psicólogos y otros; por tanto, al hacer referencia al

*desgaste profesional* concretamente es el que ocurre a causa de las condiciones de trabajo que están asociadas a cierto nivel de exigencias laborales y que genera cierto tipo de respuesta en función de los resultados esperados (Gil & Moreno, 2005).

Lograr un consenso sobre qué factores de riesgo psicosocial y estresores laborales se encuentran presentes en el ambiente de trabajo y pueden estar más relacionados con el SDP, es imposible; sin embargo, se ha observado que tanto “los trabajadores del sector servicios, como los profesionales sanitarios y docentes, son los que presentan mayores índices de desgaste profesional, insatisfacción, trastornos afectivos y estrés” (López & Expósito, 2016, p. 71). Específicamente, en los grupos de profesionales sanitarios se ha observado la existencia de altos índices de *burnout* relacionados con la insatisfacción laboral, falta de reconocimiento social, ausencia de compromiso para con la institución, sensación de no estar bien remunerados y la obligatoriedad de tener que cuidar a otras personas que padecen alguna enfermedad o que tengan que afrontar un fallecimiento (Grau et al., 2005; Pera & Serra, 2002).

De acuerdo con un informe de investigación conjunto entre el Ministerio de Trabajo e Inmigración, el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo y la Universidad Autónoma de Madrid (Moreno & Báez, 2010), los factores de riesgo psicosociales y estresores laborales son comprendidos como toda condición que experimenta la persona en su relación con el medio organizacional y social, producto de la gestión del trabajo, aspectos organizacionales, ambientales o del individuo, que pueden afectar potencialmente el bienestar y la salud (tanto física, psíquica o social ) de los trabajadores, estos factores constituyen un riesgo cuando bajo determinadas condiciones de intensidad y tiempo de exposición, generan

estrés y afectan negativamente la salud de los trabajadores a nivel emocional, cognoscitivo, comportamental y fisiológico. A nivel organizacional, se evidencian en variables como el ausentismo, la rotación, la accidentalidad y el bajo desempeño laboral (F. C. Suárez, 2016).

Luego del desgaste profesional se producen otros comportamientos, amplios y diversos, hasta llegar a afectar el desenvolvimiento laboral, presentándose errores injustificados, algún tipo de negligencia, conflictos que afectan el clima laboral, malos manejos de la relación interpersonal con otros colaboradores y con el paciente, entre otras manifestaciones que, definitivamente, interfieren con la efectividad y la calidad de la atención ya que no hay clientes satisfechos si el que presta el servicio no lo está, por tanto, no hay prestadores de servicios satisfechos sin una eficiente prevención del desgaste profesional (N. Suárez, 2015).

Clínicamente, el burnout es el estado al que llega el trabajador en respuesta a estresores laborales crónicos que se muestran a través de la depresión, ansiedad, trastornos adaptativos o de personalidad, ello permite establecer que el SDP tiene su origen en el trabajo y no en el trabajador, debiendo ser este aspecto atendido mediante un enfoque en su prevención y tratamiento, identificando las fuentes de estrés y actuando sobre ellas y no dirigiendo la atención únicamente hacia el individuo (Moreno & Báez, 2010).

### **Prevención del Estrés Laboral**

El SDP afecta muchas áreas de la vida, por lo que el tratamiento del mismo debe considerar tres niveles: el *individual*, utilizando técnicas fisiológicas tales como relajación y control de la respiración, técnicas conductuales como entrenamiento en habilidades sociales, solución de problemas y de autocontrol, y técnicas cognitivas como la reestructuración cognitiva, el control de pensamientos



irracionales y la terapia racional emotiva; el *grupal*, en el que se deben de promover políticas de trabajo cooperativo e integración de equipos multidisciplinares; y, el *organizacional*, donde el propósito debe ser crear estructuras más horizontales, descentralizadas en la toma de decisiones, que brinden mayor independencia y autonomía, con promociones internas justas, flexibilidad horaria y sueldos acorde al cargo, responsabilidad, productividad, etc. (Calle et al., 2016).

Los puntos claves en los que se debe trabajar para la prevención del SDP son: el proceso personal de adaptación a la realidad cotidiana, equilibrio en las áreas vitales: familia, amigos, descanso, trabajo, fomento de una buena atmósfera de equipo, clima organizacional, límites en la agenda laboral, tiempo adecuado para la atención al cliente, minimizar la burocracia, formación continua, diálogo efectivo con las autoridades, estabilidad laboral, y remuneración justa (Portero & Vaquero, 2015).

En la publicación *La Organización del trabajo y el Estrés*, generado en el marco del Programa de Salud Ocupacional de la OMS, se destaca que podría reducirse el desgaste laboral a través de tres niveles de prevención de estrés organizacional: un primer nivel, *primario*, a través de la ergonomía, la definición del puesto de trabajo y el diseño ambiental, perfeccionamiento de la organización y de la gestión; la prevención *secundaria*, mediante la educación y capacitación de los trabajadores; la prevención *terciaria*, mediante la reducción de los efectos del estrés a través del desarrollo de sistemas de gestión más sensibles y con mayor capacidad de respuesta y mejora de la prestación de servicios de salud ocupacional (OMS, 2004). Se menciona el hecho de que el empleador debe tratar de identificar cualquier desajuste que pueda haber en el nivel de exigencia y

presión, por un lado, y los conocimientos y capacidades de los trabajadores, por otro, establecer qué cambios son prioritarios, y gestionar el cambio con el fin de reducir el riesgo (OMS, 2004).

El estrés laboral es considerado como uno de los factores determinantes sociales de la salud de la población, sobre todo a la luz de los diversos cambios ocupacionales de los últimos 50 años, que incluyen, entre otras complejidades, la transformación de una economía basada en la producción industrial a la prestación de servicios y la globalización de la mano de obra, fuente para el desarrollo del SDP. La prevención de esta situación para evitar su cronicidad y evolución ulterior de esta patología, debe ser tratada bajo dos aspectos: uno institucional relacionado con la construcción de un ambiente de trabajo organizado, acompañado de evaluaciones periódicas y justas con su correspondiente estímulo, donde los obreros aprecian que desarrollan su actividad con agrado; otra encaminada al personal facultativo mediante el ofrecimiento de técnicas anti-estrés, para lograr un equilibrio entre trabajo, y descanso, y evitar que las continuas exigencias cada vez mayores, afecten la salud individual de los profesionales (Martínez et al., 2017).

### **Los Riesgos Psicosociales**

Son aquellos que inciden en “situaciones laborales relacionadas con la organización del trabajo, el tipo de puesto, la realización de la tarea, e incluso con el entorno; que afectan al desarrollo del trabajo y a la salud de las personas trabajadoras” (Gil, 2012, p. 248). Así, estos factores se representan en todo un conjunto de experiencias, expectativas y percepciones de los colaboradores y que pueden ser modificados o afectados por situaciones muchas veces poco manejables; cada vez se presentan nuevos retos provenientes de la situación de la

institución, del mercado del trabajo, de los riesgos de seguridad o ambientales, cambiantes y dinámicos que, de alguna manera, pueden y deben ser abordados a través del desarrollo de una cultura de salud organizacional (Moreno, 2011). En las últimas décadas se reconocen cambios que afectan los procesos laborales y el diseño del trabajo, dichos cambios hacen referencia a lo económico, tecnológico, político, empresarial, que inciden en gran magnitud a la salud y la calidad de vida laboral de las personas, con incrementos en niveles de estrés (Gil, 2012) y, a la larga, desarrolla problemas cardiovasculares, hipertensión arterial, además de “síntomatología ansioso-depresiva, así como problemas musculo-esqueléticos como indicadores significativos del deterioro de la salud de los trabajadores” (Bravo & Nazar, 2015, p. 111).

De acuerdo con Fernández et al. (2013), los riesgos psicosociales relacionados con el funcionamiento y propósito del puesto de trabajo, son un problema de salud, ya que generalmente aumentan el nivel de estrés, que además puede ser potenciado a causa de la crisis económica que “influye negativamente en el mundo laboral haciéndolo más competitivo y propenso a la aparición de dichos riesgos. Es decir, estas consecuencias afectan tanto a la salud de los trabajadores como a la economía de las empresas (María Fernández et al., 2013, p. 150).

Se destaca la importancia de atender o prestar atención a los factores de riesgo psicosociales en la empresa, ya que al ignorarlos solamente “generan costos e impactos negativos tanto para las empresas, ya sea directa o indirectamente, como para los trabajadores, sus familias e incluso para la sociedad” (Luna et al., 2019, p. 3) así como también para los usuarios que reciben o utilizan el producto o servicio.

### **Instrumentos de Medición**

En 1981 Maslach crea un primer instrumento de valoración del SDP, específicamente para la población de trabajadores de la salud: el *Maslach Burnout Inventory Hospital Survey* (MBI-HS), que mide tres dimensiones: el cansancio emocional (CE), la despersonalización (DP) y la baja realización personal (BRP) (Manuel Fernández et al., 2015). Este primer instrumento se constituyó a raíz de observaciones y entrevistas con enfermeras, cuyas respuestas llevaron a la redacción de los ítems del cuestionario, es así que por medio de la técnica estadística del análisis factorial para la reducción de datos y para el análisis de variables latentes, se estableció el significado de las tres dimensiones y se reforzó el desarrollo teórico de la explicación de los factores.

Algunos ejemplos de puntos sobre el *factor de agotamiento emocional*, son: el desgaste emocional por el trabajo, la carga que significa trabajar con personas, la frustración causada por el trabajo, la despersonalización e insensibilidad, los pocos logros en el trabajo, la sensación de estar influenciando negativamente en otras personas a causa del trabajo realizado (Maslach, 2009).

El factor de *agotamiento emocional* se refiere a la sensación de que el trabajo ha consumido y agotado los recursos emocionales (estado de ánimo, entusiasmo, satisfacción), cognoscitivos (atención, pensamiento) y físicos (postura, resistencia contra la fatiga) de una persona, acabando, literalmente, con su energía. La *despersonalización* hace referencia a las actitudes o conductas frías, cínicas o enajenadas con respecto a las relaciones interpersonales en el trabajo, en especial, la toma de distancia frente a las personas que deben atenderse (Solís et al., 2017).

Este factor de *agotamiento personal* se ha concebido como un estilo de afrontamiento evasivo que algunos profesionales del servicio adoptan para lidiar con las demandas emocionales que su trabajo implica. Un ejemplo de despersonalización es cuando el personal médico cosifica a sus pacientes (Hurtado & Pereira, 2015). Precisamente, este tipo de afrontamiento basado en la distancia emocional frente al objeto del trabajo, para poder responder con el mismo, es lo que nosológicamente distingue al SDP de otras expresiones o definiciones teóricas sobre estrés laboral.

Por último, el factor de *reducción del desarrollo profesional* implica la sensación de estancamiento profesional, bajas evaluaciones sobre autoeficacia, al igual que percepciones pobres sobre las competencias laborales, reflejadas en baja productividad (Olivares, 2017).

Posteriormente, Maslach y sus colegas elaboraron la *MBI-General Survey*, encuesta que fue diseñada para abordar todo tipo de profesión. En el año 1996 Maslach, Jackson, Leiter y Schaufeli publicaron la tercera edición del MBI, la cual incluyó tres instrumentos: el Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS), el cual está diseñado para profesionales de tipo asistencial; el MBI-Education Survey (MBIES) utilizado para la evaluación del síndrome en maestros y el MBI-General Survey (MBI-GS), diseñado para evaluar la presencia del síndrome en profesionales no asistenciales (Guevara & Ocampo, 2014).

Desde su publicación, en los inicios de la década de los 80, el MBI-HSS ha venido siendo considerado como el instrumento más ampliamente utilizado para medir el síndrome de burnout en personas que se desempeñan en actividades asistenciales (Rivera et al., 2017). Consiste de 22 ítems que se distribuyen en tres subescalas denominadas: *agotamiento emocional* (incluye nueve ítems a través de

los cuales se valora el sentimiento del sujeto respecto a encontrarse saturado emocionalmente por el trabajo), *despersonalización* (compuesta de cinco ítems a través de los cuales se valora una actitud fría e impersonal hacia las personas que se atiende) y *realización personal* (incluye ocho ítems que describen sentimientos de competencia y eficacia en la realización del trabajo) (Manso, 2006; Rivera et al., 2017).

Como complemento al MBI y con el fin de valorar el riesgo psicosocial, está, el Consultant Stress and Satisfaction Questionnaire (CSSQ) propuesto por Ramírez et al. (1996), con dos secciones, la primera relacionada con los factores de riesgo psicosocial relacionados con 1) contacto con el sufrimiento y la muerte; 2) dificultades en la gestión clínica; 3) responsabilidades de gestión clínica; 4) sobrecarga de trabajo, y 5) impacto negativo del trabajo en la vida familiar; la segunda sección tiene que ver con las fuentes de satisfacción laboral, tomado del modelo Job Content Questionnaire (JCQ) de Karasek y Thorell (1990), con cuatro dimensiones: 1) estímulo intelectual; 2) recompensa profesional; 3) ausencia de dificultades en la gestión clínica, y 4) buenas relaciones con pacientes y familiares.

### **Marco Conceptual**

Infinidad de definiciones pueden ser mencionadas en relación con el síndrome de *burnout*, sin embargo, cabe traer aquellas que están directamente relacionadas con el comportamiento humano en un ambiente laboral. En primer lugar, es importante mencionar a Freudenberger (1974) quien definió al burnout como “sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador” (Llaneza, 2009, p. 500), describiendo un estado de fatiga o

frustración dado por la devoción a una causa, modo de vida o relación que no produce la recompensa deseada.

Por otro lado, Gómez et al. (2015, pp. 105–106) lo consideraron como “síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas” y mencionaron algunas características de este síndrome:

- Agotamiento emocional, relativo a la disminución o pérdida de recursos emocionales
- Despersonalización o deshumanización
- Falta de realización personal
- Manifestaciones mentales como sentimientos de vacío, agotamiento, fracaso, impotencia, baja autoestima y pobre realización personal
- Manifestaciones físicas como cefaleas, insomnio
- Manifestaciones conductuales (adictivas y evitativas)

Mientras que R. Carrillo et al. (2012) definieron al síndrome de burnout como la paradoja de la atención en salud, asegurando que el profesional de salud se enferma en la misma medida que éste sana a los pacientes; Maslach, por su lado, identificó al burnout laboral como “un síndrome psicológico que implica una respuesta prolongada a estresores interpersonales crónicos en el trabajo” (2009, p. 37) estableciendo que este síndrome lleva a “un agotamiento extenuante, sentimiento de cinismo y desapego por el trabajo, y una sensación de ineficacia y falta de logros” (2009, p. 37) que puede llevar a ambigüedad de roles, falta de participación y sensación de injusticia en el campo laboral.

Saborío e Hidalgo resaltaron la conceptualización proporcionada por la OMS, al referirse al burnout “como un factor de riesgo laboral, debido a su

capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida del individuo que lo sufre” (2015, p. 120), lo cual fue confirmado por Gomero et al. (2005, p. 234) cuando aseguraron que este síndrome “se presenta como un trastorno adaptativo crónico, asociado a las demandas psicosociales del trabajo directo con personas a través de una relación de interdependencia mutua, como consecuencia de un desbalance prolongado entre demandas y recursos de afrontamiento”.

Como se ha podido confirmar, el SDP es una patología que ha sido ampliamente estudiada, siendo Freudenberguer en el año 1974, quien por primera vez introduce el concepto de *estar quemado*, en relación a estudios observacionales en profesionales de la salud. En la actualidad el *burnout*, se diagnostica y se trata desde diversas perspectivas: clínica, psico-social y socio-organizacional, siendo un verdadero reto ya que podría confundirse con otros estados psicopatológicos. Para su determinación, sigue siendo MBI-HSS el constructo más ampliamente utilizado y que incluye tres subescalas denominadas: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Partiendo de la conceptualización que la OMS le otorga al SDP, como un estresor laboral, es de relevancia, aportar con una investigación que permita determinar cuáles son los principales factores, dentro del ámbito hospitalario, que aportan a la aparición del mismo.

Por otro lado, un término que también merece ser ampliado en su definición, es el referido a los riesgos psicosociales, denominados también *nuevos riesgos emergentes* y que pueden ser conceptualizados como características, condiciones o situaciones que se presentan en el ámbito interno de la empresa y que están “directamente relacionadas con la organización del trabajo, el contenido del



trabajo y la realización de la tarea y que se presentan con la capacidad para afectar el desarrollo del trabajo y la salud del trabajador” (D. González et al., 2012, p. 76) que, a corto plazo pueden manifestarse a través del estrés laboral, con sus correspondientes consecuencias en el desempeño del colaborador.

A partir de la observación de sentimientos de: apatía, aversión, sentimientos de fracaso y desdén, se introdujo el término *burnout*, dicha condición se observó en aquellos trabajos en los que la relación trabajador-cliente constituye el eje de los servicios brindados. Es considerado un estado clínico, y una consecuencia a la exposición a largo plazo de los denominados factores de riesgo psicosociales y al estrés laboral y sigue relacionándose con inestabilidad laboral, baja remuneración, sobrecarga laboral, dificultad en la relación empleador-empleado, entre otras, esto sumado al ambiente tecnológico – virtual – global y competitivo, que se constituye en un estresor laboral. Actualmente se continúa con el uso del constructo MBI, para su diagnóstico, así como los instrumentos para determinar la presencia e importancia de los factores de riesgo psicosociales y estrés laboral, tales como el Consultant Stress and Satisfaction Questionnaire (CSSQ) y el Job Content Questionnaire (JCQ).

## Capítulo II

### Marco Referencial

Dentro de la literatura científica se pueden encontrar una serie de trabajos de investigación, en cuanto a prevalencia y desencadenantes del SDP, esto debido a que, como se ha expuesto con anterioridad, se ha observado el impacto negativo que se suscita en el desempeño del trabajador con este diagnóstico, así como también, las repercusiones en su salud y en su vida personal y familiar. De estas publicaciones se concluye que el *burnout*, no es una condición desconocida, que se le ha dado diferentes nominaciones, sin embargo, su componente sindrómico es el mismo, se concluye, además que, si se identifican los desencadenantes y coadyuvantes para su aparición y prevalencia en la institución, se podrían generar programas de tratamiento y mejoría.

Adicionalmente, en la revisión de las diversas publicaciones se observa que si bien es cierto el personal de salud tiene una tendencia no menor a padecer esta patología, existen otros rubros en los cuales el trabajador está expuesto también a los denominados estresores laborales, los mismos que desencadenan dicho síndrome y, por lo tanto, también son otras empresas que ameritan tener en cuenta estas directrices de prevención y terapia para su personal afectado.

### Investigaciones Internacionales y Nacionales

Varios estudios publicados en la literatura científica, tanto a nivel internacional como nacional avalan la hipótesis planteada en esta investigación, en cuanto a la relación positiva de la presencia de factores de riesgo psicosociales y estresores laborales, con la incidencia y prevalencia del SDP.

Ferreira et al. (2018) realizaron una revisión sistemática de la literatura en LILACS y PubMed, que tuvo como cuestión orientadora *¿cuál es la prevalencia*

*del Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud que actúan en hospitales?*, encontraron 928 artículos, de estos 19 fueron seleccionados para dicha revisión. La mayoría de los estudios identificaron una alta prevalencia del *burnout* entre los trabajadores de la salud y se identificó una asociación entre el SDP y los profesionales del sexo femenino, solteros, con menor tiempo de actuación y que cumplieran una mayor carga de trabajo. En 14 estudios (72%) se encontró una alta prevalencia del SDP, en dos (11%) se encontró una prevalencia moderada y en tres estudios (17%) se encontró una baja prevalencia. Por tratarse de un fenómeno complejo, no fue posible identificar un perfil socio-demográfico más propenso a dicha patología, pues los estudios divergieron entre las variables que fueron significativas, en cuanto a su desarrollo. Además, existen los factores subjetivos de cada individuo, sus estrategias de enfrentamiento desarrolladas a lo largo de su existencia, con base en sus experiencias individuales, que pueden proteger o exponer frente a situaciones adversas (Ferreira et al., 2018).

Otra investigación basada en revisión de literatura científica es la que realizaron Díaz y Gómez (2016), tomando en consideración los cambios que se produjeron desde los 70 en el ámbito laboral en donde la preocupación pasó del aspecto físico al mental, lo cual permitió identificar incrementos de casos de *burnout*; este estudio tomó como período de análisis desde 1990 a 2010. A manera de conclusión, establecieron que en Alemania se llegó al 25% de trabajadores con riesgo de sufrir este síndrome; los países latinoamericanos, han ido evolucionando de forma distinta sobre este tema, aun cuando también está en aumento, todo lo cual obliga de alguna manera a que se comience a crear estrategias de intervención considerando factores del ámbito ocupacional, organizacional y cultural.

## Experiencias Internacionales

Merino et al. (2018) realizaron en el 2017 un estudio transversal donde evaluaron conjuntamente el *burnout* y el perfil de riesgo psicosocial de los profesionales de un hospital público español de media-larga estancia de 187 camas, la participación fue voluntaria y anónima, fueron encuestados un total de 322 médicos, sin embargo solo las respuestas de 238 constructos ingresaron a la base de datos, los cuestionarios se consideraron válidos si se respondían todas las preguntas de los test F-Psico 3.1 del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo y MBI-HSS, obteniéndose los siguientes resultados (Merino et al., 2018):

- El factor *cansancio emocional* estuvo relacionado de manera directa y positiva con los riesgos psicosociales vinculados a la carga de trabajo, demandas psicológicas, supervisión a sus compañeros, rol de trabajo, relaciones sociales y consumo de drogas de tipo ansiolíticas, mientras que las variables consideradas como protectoras para la aparición de este factor fueron: tener hijos, percibir gratitud por parte de los pacientes, familiares y compañeros, satisfacción laboral, optimismo y apoyo social. Estas mismas asociaciones se encontraron para la aparición del factor despersonalización, pero de forma más débil.
- El factor *baja realización personal* se vinculó de forma directa con el tiempo de labor en la institución, autonomía, variedad/contenido del trabajo, el rol desempeñado en la institución y apoyo social; por otro lado, este factor fue el que demostró tener un mayor número de variables sociodemográficas, cuya presencia representaba una protección para la aparición del *burnout*, éstas fueron: estado civil, tener hijos, trabajar de

noche, sentirse valorado por pacientes y familiares, ilusión por el trabajo, labor social, autoeficacia y optimismo.

En consecuencia, este estudio demostró la asociación entre los riesgos psicosociales y el burnout, siendo aquellos individuos con mayor satisfacción laboral, autoeficacia y optimismo, quienes mejor manejan el estrés dependiente de su trabajo y son menos vulnerables a los estresores psicosociales y al burnout. (Merino et al., 2018).

Párraga et al. (2018) publicaron un estudio descriptivo observacional, transversal, multicéntrico, dirigido a los equipos de atención primaria de seis áreas sanitarias de Castilla-La Mancha, España, cuyo objetivo fue evaluar la prevalencia del *burnout* y sus componentes en profesionales sanitarios. Los participantes fueron todos aquellos trabajadores prestadores de servicios de salud en atención de primer nivel de las áreas sanitarias participantes. Se incluyeron las siguientes variables: características de los participantes (sociodemográficas/laborales), características del lugar de trabajo, estrés percibido (Perceived Stress Scale), *burnout* (Maslach Burnout Inventory) y satisfacción laboral (cuestionario FontRoja). Los resultados principales fueron: se diagnosticó burnout entre sus participantes en un 20.7% de los mismos y de estos en un 53.3% se encontraron alteraciones significativas en al menos una subescala del constructo. El factor despersonalización alcanzó un 38.9% de prevalencia, el factor agotamiento emocional un 28,2% y un 8% la baja realización personal. Además, se obtuvieron datos que demostraban que mientras más alta era la puntuación en las tres subescalas del burnout más alto fue el nivel del estrés percibido.

Los investigadores, mediante regresión logística, consiguieron datos que los llevan a concluir que las variables asociadas a *burnout* son: mayor puntuación para el estrés percibido, menor puntuación en la escala de satisfacción, mayor cantidad de pacientes en lista de espera y no tutorizar estudiantes ni realizar actividades de docencia. En cuanto a incidencia y prevalencia concluyeron que el burnout afecta a uno de cada cinco profesionales de la salud de atención primaria de la comunidad objeto de estudio, siendo la subescala más prevalente la despersonalización, además observaron que los profesionales con SDP presentan alta puntuación de estrés percibido y puntuaciones bajas de satisfacción laboral (Párraga et al., 2018).

En la investigación realizada por Carrillo, Ríos, Escudero, y Martínez (2018) con la participación de 38 profesionales de Enfermería de un Hospital General Universitario de la Región de Murcia, España, se observó que existía una percepción moderada de estresores laborales, no obstante resaltó el escaso apoyo que reciben por parte de sus superiores, lo que un poco es compensado por sus otros compañeros de trabajo, constituyéndose en una necesidad de mejoramiento con el fin de evitar el desgaste profesional de este sector laboral y la despersonalización (Carrillo et al., 2018).

Sarsosa y Charria (2018), mediante un estudio de tipo descriptivo, con diseño transversal en cuatro instituciones de salud nivel III de la ciudad de Cali, Colombia, aplicaron el cuestionario para la evaluación del estrés, tercera versión del Ministerio de la Protección Social, a una muestra de 595 participantes con cargo asistencial, lo cual implica la atención sanitaria al paciente en procedimientos de alta complejidad tales como: cirugía, hospitalización, urgencias y cuidados intensivos. El objetivo del estudio fue identificar el nivel de estrés

laboral en el personal con cargos de atención en salud, y los resultados mostraron las siguientes conclusiones: la prevalencia de estrés laboral en el personal asistencial fue muy alta y puede asociarse con las características del rol, las condiciones laborales y la exposición permanente a enfermedades contagiosas propias del contexto de las instituciones de salud (Sarsosa et al., 2018).

El grupo de investigadores conformados por J. C. Fernández et al. (2018) realizaron un estudio observacional transversal en el Hospital Universitario San Rafael de Granada, España, con el fin de sostener el hecho de que los profesionales que ofrecen servicios de atención en salud presentan una alta prevalencia de *burnout*, lo cual afectaría a sus funciones de inhibición, memoria de trabajo, toma de decisiones y flexibilidad cognitiva; fueron evaluados 77 profesionales mediante el MBI-HSS, además del test Stroop (inhibición), test de letras y números (memoria de trabajo), Iowa Gambling Task (toma de decisiones) y Trail Making Test (flexibilidad). Los resultados permitieron conocer que en un 54.5% de los profesionales médicos presentó *burnout*, un 15.6% con más de una dimensión alterada siendo un aspecto relevante en el ámbito clínico ya que afectan al procesamiento cognitivo que facilita un razonamiento clínico necesario para una correcta toma de decisiones (J. C. Fernández et al., 2018).

Según Llanque (2014), el burnout se hace presente en todo tipo de profesión y actividad laboral en donde existan situaciones estresantes y que afectan de alguna manera a las personas tanto en lo familiar, lo laboral y lo social. Mediante una investigación descriptiva realizada en el Hospital de Clínicas de La Paz, con la participación de 28 personas a quienes se les aplicó el Módulo IP DSM-IV de Personalidad y el MBI, llegó a determinar que existe una relación muy estrecha

entre los rasgos de personalidad y el Síndrome de Burnout, principalmente en personas que ofrecen servicios de atención en salud, confirmando con esta aseveración lo que han opinado tantos otros investigadores sobre este tema (Llanque, 2014).

Escribà et al. (2008) realizaron un estudio transversal sobre una muestra de 1021 médicos especialistas en Valencia, España, donde describieron la prevalencia de síndrome de *burnout* según el tipo de especialidad médica, y valoraron el impacto de los factores de riesgo psicosocial, satisfacción laboral y características profesionales sobre el SDP. Concluyeron que la probabilidad de presentar un elevado cansancio emocional y despersonalización es mayor en los profesionales expuestos a un alto nivel de contacto con el sufrimiento y la muerte, y conlleva un impacto negativo del trabajo en la vida de familia. Este mismo estudio destacó que el riesgo de obtener baja realización personal es mayor en las personas que presentan una menor satisfacción con respecto a las recompensas profesionales y en las que no realizan actividades de docencia. Por otro lado, se constató que la insatisfacción con la calidad de las relaciones con los pacientes y sus familiares influye negativamente en las tres dimensiones del *burnout* (Escribà et al., 2008).

Por otro lado, varios investigadores han tratado de determinar los desencadenantes de la aparición del SDP; Gil et al. (2011) y Madrigal (2006) organizaron estos desencadenantes en categorías: a) ambiente laboral y contenido del puesto de trabajo b) estrés en relación al rol asignado, a las relaciones con colegas o co-trabajadores y a los avances profesionales en lo referente a su carrera c) estresores relacionados con la tecnología y otros aspectos de la estructura organizativa de la institución, y d) fuentes extra organizacionales tales como las



relaciones familiares y de pareja, ambiente externo, sociedad. Por su parte, Arias et al. (2017) consideraron a esta cuarta categoría (relaciones trabajo-familia) más una variable facilitadora que desencadenante; es un dato relevante que la aparición del SDP conlleva una exposición laboral gradual y continua de por lo menos seis meses a los factores de riesgo psicosociales existentes en el medio que rodea al trabajador (Gil, 2003).

Un trabajo de investigación realizado en el nivel primario de atención en salud en siete municipios de La Habana, en el año 2002, a 209 médicos de 32 policlínicos, en el cual se aplicaron simultáneamente dos constructos: el MBI-HSS y un cuestionario de síntomas psicopatológicos, obtuvo los siguientes resultados: asociaciones positivas entre el desgaste profesional y los síntomas de alteraciones de la salud mental. De manera particular, el agotamiento emocional y la pérdida de expectativas se vincularon con todas las subescalas incluidas en el instrumento de enfermedades psicopatológicas, excepto la despersonalización que sólo se asoció a la hostilidad y la paranoia. Otros estudios similares realizados en Cuba permitieron identificar que las causas más frecuentes de insatisfacción de los usuarios de los servicios de salud fueron: trato inadecuado a pacientes e impuntualidad de las consultas, malas condiciones del lugar de atención, entre otros (Román, 2003).

Ramirez et al. (1996) resaltaron que los factores de riesgo psicosocial intrínsecos al trabajo del médico mostraron una influencia negativa sólo sobre dos dimensiones del síndrome de *burnout*: cansancio emocional y despersonalización y que, en cambio, el factor baja realización personal no está influido por estos factores de riesgo, sino por otros factores extrínsecos relacionados con la

organización general del trabajo, que son elementos integrantes de la escala de satisfacción laboral.

En lo que respecta a las características de los profesionales y su influencia en el síndrome de *burnout*, hay investigaciones que exponen que la antigüedad profesional muestra un efecto diferente sobre el cansancio emocional y la despersonalización; así con el fin de analizar el grado de desgaste profesional en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres, España, se realizó en el 2001 un estudio transversal y descriptivo con 157 cuestionarios válidos cuyos resultados coinciden en que la antigüedad, los niveles de conflicto social, laboral y familiar, todo ello aunado a ciertas características personales y laborales, son aspectos que se asocian con niveles altos de desgaste profesional (Prieto et al., 2002).

### **Experiencias Nacionales**

Entre los estudios nacionales se puede mencionar algunos que han dejado claras conclusiones respecto al síndrome de burnout y su efecto en el desempeño.

Obando (2018) realizó una investigación en la cual determinó los porcentajes de incidencia y prevalencia, así como también los modos de afrontamiento en una muestra de 149 médicos residentes la zona siete del Ecuador (El Oro, Loja, Zamora Chinchipe). Para la recolección de los datos se realizó la aplicación de los siguientes instrumentos: Cuestionario sociodemográfico (Ad hoc), Maslach Burnout Inventory (MBI) Maslach y Jackson (1986); y COPE-28 (Brief COPE Carver, 1997). En cuanto a los resultados obtenidos, se encontró que la prevalencia de Síndrome de Burnout en médicos fue de 2.7%, presentando altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización (25.5% y 10.7%), así como una baja realización personal (59.1%). Las estrategias de afrontamiento más

utilizadas fueron en su mayoría, estrategias de afrontamiento activo. En base a los resultados correlacionales, en este estudio, se concluyó que, las probabilidades de padecer síndrome de Burnout se corresponden significativamente con estrategias de afrontamiento como: autodistracción, negación, consumo de sustancias, retirada del comportamiento, desahogo, apoyo instrumental, humor y culpa (Obando, 2018).

Vivanco et al. (2018) realizaron un trabajo investigativo, a través de la aplicación de los siguientes constructos: Cuestionario Sociodemográfico y Laboral, Cuestionario Maslach-Burnout Inventory (MBI), Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire GHQ28), la Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), Cuestionario MOS de Apoyo Social y Cuestionario de Personalidad (EPQR-A), esto al personal de salud de los centros de salud públicos y privados de las ciudades de Cariamanga, Catamayo y Macará de la provincia de Loja, durante los años 2016 y 2017. El objetivo de los investigadores en mención fue determinar la prevalencia del síndrome de burnout en general y de cada una de sus tres dimensiones por separado, los participantes del estudio se desempeñaban en las diversas áreas de las instituciones objeto de estudio, tales como: hospitalización, laboratorio, cirugía, farmacia, fisioterapia, cuidados intensivos, consulta externa, entre otros.

Se obtuvieron los siguientes resultados: los médicos presentaron agotamiento emocional en un 20.7%, despersonalización en un 3.4% y baja realización personal en un 62.1%; por otro lado, las enfermeras/os mostraron agotamiento emocional en un 16.7%, 0% en despersonalización y en un 100% en baja realización personal.

La propuesta de esta investigación fue: desarrollar actividades individuales y grupales de información y prevención de SDP con el fin de prevenir su aparición y propagación; en el caso en el que ya se haya realizado dicho diagnóstico en uno de sus trabajadores, la institución deberá brindar soporte y tratamiento a quien lo padezca para así reducir sus efectos y mejorar así la calidad de vida de los trabajadores lo cual es directamente proporcional a la mejora en la calidad de atención de los mismo para con los usuarios. Propusieron que la institución debería realizar actividades grupales una vez al mes por lo menos, ejecutar prácticas de rutinas activas, implementar períodos de descanso entre las jornadas de labor, entre otros (Vivanco et al., 2018).

Flores e Imbaquingo (2017), en investigación realizada en el 2015 con el fin de evaluar el porcentaje de aparición del SDP en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito, con la participación de 64 médicos (40 mujeres y 24 varones), se aplicó cuatro test: ISTAS21, MBI, PEP y el Test de Gloria Villalobos para determinar el riesgo extra laboral. Según el género el 62.5% corresponde a mujeres mientras el 37.5% a hombres; el rango de edad se encuentra entre los 32 y 58 años. En conclusión, la prevalencia de presentación del síndrome de burnout fue de 11.2%.

Los factores intra laborales que producían vulnerabilidad en los médicos fueron: sentido del trabajo, salud general y exigencias emocionales, los factores protectores que se encontraron son: exigencias psicológicas cualitativas, control sobre el tiempo de trabajo y doble presencia. Los factores extra laborales que generaban vulnerabilidad en los médicos fueron: situación económica del grupo familiar, comunicaciones y relaciones interpersonales, influencia del entorno extra laboral sobre el trabajador; mientras que los factores protectores fueron:

relaciones familiares, desplazamiento vivienda-trabajo-vivienda y características de la vivienda y de su entorno. Se observó que la dimensión con mayor vulnerabilidad es la despersonalización, seguida del agotamiento emocional y finalmente la realización personal (Flores & Imbaquingo, 2017).

Mendoza (2016), mediante estudio de tipo descriptivo-cuantitativo cuyo objetivo fue determinar la prevalencia del SDP en el hospital regional Teodoro Maldonado Carbo del IESS en la ciudad de Guayaquil, trabajó con una muestra de 106 médicos especialistas; los resultados mostraron que un tercio de los encuestados manifestaron tener algún tipo de patología crónica y más del 50% propusieron a su trabajo como uno de los causales de dicha patología; en cuanto al burnout, éste se manifestó con características leves y no se lo relacionó con lesiones graves en la salud de los profesionales que laboran en este nosocomio y su prevalencia resultó en un 28.5% (Mendoza, 2016).

Por su parte, Ramírez (2016) realizó un estudio para evaluar la prevalencia del síndrome de burnout entre los profesionales de la salud en Ecuador y examinar la relación de éste con sus características personales y organizativas, contó la participación de 2 404 profesionales (edad promedio 40.0 años; 68.4% mujeres) de las capitales de las 24 provincias ecuatorianas; psicólogos entrenados evaluaron la presencia de agotamiento aplicando el Inventario de agotamiento de Maslach, también se recogieron variables sociodemográficas, angustia emocional, apoyo social y estilos de afrontamiento, así como variables organizativas; de todos los profesionales de la salud encuestados, 2.6% presentaron síndrome de burnout.

Por dimensiones, el 17.2% de los participantes presentaron un alto nivel de agotamiento emocional, el 13.5% de la despersonalización y el 18.2% había

reducido el logro personal. El no ser mestizo, clasificarse como un caso probable de trastorno mental y usar un afrontamiento más pasivo se asociaron con una mayor probabilidad de presentar agotamiento; tener >10 años de experiencia se asoció con una menor probabilidad de agotamiento; finalmente se llegó a la conclusión de que un número significativo de profesionales de la salud activos sufren de agotamiento y, por lo tanto, es necesario desarrollar intervenciones psicoterapéuticas efectivas para quienes tienen el síndrome y evaluar posibles estrategias de prevención en quienes aún no lo han desarrollado (M. del R. Ramírez, 2016).

González y Luzuriaga (2013) realizaron un estudio de tipo analítico en el cual estudiaron las variables sociodemográficas y laborales, así como también los trastornos emocionales y perfiles de personalidad entre todo el staff médico del Hospital Carlos Andrade Marín, de la ciudad de Quito. En una muestra de 400 médicos hallaron una prevalencia total del SDP del 77.7%, además encontraron psicopatologías tales como: depresión con una prevalencia del 10.5% y ansiedad en un 30.9%, así como trastornos de personalidad de tipo obsesivo-compulsivo en un 37.3% de los casos (M. G. González & Luzuriaga, 2013).

En la ciudad de Cuenca, Brito, Cabrera y Cedillo (2012) realizaron un estudio cuyo objetivo era determinar la prevalencia del burnout y los factores relacionados a la aparición del mismo, esto en los hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga. Se trató de un estudio de tipo transversal, observacional y descriptivo en el cual se utilizó como constructo el MBI-HSS en su adaptación española y se obtuvieron los siguientes resultados: un 41.03% de Síndrome de Burnout, nivel alto; 26.56%, nivel medio y 32.42 % nivel bajo (Brito et al., 2012).

Zumárraga, García y Yépez (2008) realizaron un estudio en tres hospitales públicos de Quito, donde participaron 108 médicos especialistas, obteniéndose una prevalencia del burnout de 7.4% en las categorías de agotamiento emocional y despersonalización, siendo más frecuente en el género masculino y en los tratantes de las especialidades anestesiología, traumatología, cirugía vascular, endocrinología, emergencia y reumatología. El 14.7% de los médicos tuvieron niveles altos de agotamiento emocional, un 16.7% mostraron niveles altos de despersonalización y apenas un 2.7% evidenciaron una baja realización personal.

Varios estudios, como se ha expuesto, apoyan la hipótesis de que el agotamiento emocional, es la mayor prevalencia en el personal de salud.

### **Buenas prácticas en el diseño de estrategias para atender el SDP**

Las experiencias en otras instituciones, en donde es importante salvaguardar la salud física y emocional de los profesionales médicos como medio para ofrecer un mejor servicio a los usuarios que requieren atención en salud, dan base para el diseño de estrategias adecuadas, adaptables al entorno en el que se aplique; por ello, es importante mencionar algunas de esas buenas prácticas relativas a la prevención/superación del SDP, tomando opiniones en el ámbito internacional.

Klein (2019) past presidente de la Sociedad Argentina de Médicos, propuso que aquellos hospitales docentes que cuentan con programas de formación de médicos residentes, deberían tener un protocolo de actuación ante la aparición de casos de SDP y la prevención del mismo. Presentó una estrategia que incluía cuatro ítems, los cuales a su vez cuentan con varios subítems operativos tales como:

1. *Relevar determinantes de burnout en el servicio/institución:* ■ carga laboral explícita, ■ carga laboral oculta, ■ supervisión suficiente, ■

supervisión adecuada, ▪ clima laboral, ▪ cumplimiento del programa, ▪ condición retributiva, ▪ atención a conflictos.

2. *Detección de burnout*: ▪ instruir al equipo en burnout así como su sintomatología y sistemas de prevención, ▪ tutoría, ▪ chequeo: entrevista periódica, ▪ inclusión del tema en encuentros grupales, ▪ el afectado solicita, ▪ el equipo de burnout convoca.
3. *Prevención de burnout*: ▪ chequeo periódico de determinantes de burnout, actividad recreativa, social y física, ▪ encuentros grupales sociales, ▪ encuentros grupales de trabajo, ▪ encuentros grupales evaluativos, ▪ evaluaciones educativas periódicas, ▪ devolución individual de evolución - reuniones de feedback individual de reconocimiento de evolución y señalamiento de dificultades, ▪ trabajo sobre liderazgo, ▪ calendario preventivo, ▪ coordinación de estrategias preventivas, ▪ registro de estas acciones preventivas, ▪ incorporar en fichas personales el seguimiento por tutores, mentores o equivalentes.
4. *Apoyo del afectado de burnout*: ▪ responsable de acción, alguien debe centralizar estos programas, junto a un equipo, ▪ asignación de responsable del abordaje del afectado, ▪ referente de salud mental disponible, ▪ contar con un protocolo de actuación, abordaje, conductas y adecuaciones secuenciales, ▪ contar con un equipo para trabajar los casos.
5. *Seguimiento de la estrategia preventiva de burnout*: ▪ construir un calendario de estrategia anti-burnout, ▪ definir el programa, ▪ controlar su cumplimiento.



Krogh et al. (2019), en su artículo *Mindfulness y la relación clínica: pasos hacia una resiliencia en medicina*, expone que mediante la aplicación de esta estrategia de enfrentamiento hacia el estrés se podría tratar al personal de salud afectado con el SDP. En su estudio resalta que existe amplia evidencia de que el estrés crónico y *burnout* son parte de la cultura de la profesión médica lo que se genera principalmente en la carga asistencial, las relaciones interpersonales en el ámbito laboral, las limitaciones en la disposición de recursos y condiciones de infraestructura adecuada, búsqueda del perfeccionismo, entre otros; para ello, propuso la estrategia *mindfulness* que ayudaría a que el propio médico logre estar más consciente de su condición de estrés y lo que lo genera para, de esta manera, pueda desplegar las acciones adecuadas de superación, sobre todo con base en sus habilidades de resiliencia, entendidas éstas como “sinergia entre características personales, tales como autovaloración, flexibilidad cognitiva, habilidades de organización, asertividad y humor, y la disponibilidad de recursos profesionales y organizacionales, tales como apoyo administrativo, capacidad de trabajo en equipo y disponibilidad de insumos” (Krogh et al., 2019, p. 618).

El *mindfulness* ayuda a desarrollar la capacidad para apreciar la “humanidad compartida inherente a la existencia humana” lo que lleva a “comprender que la postura propia no es la única y la de valorar el bienestar colectivo tanto como el propio (...) a presentar menor cantidad de errores y a experimentar un mayor sentido institucional” (Krogh et al., 2019, p. 621).

El método *mindfulness* está ampliamente analizado en la literatura científica, con estudios varios, observacionales, experimentales y prospectivos, que demuestran su utilidad. Gracia et al. (2019), en estudio realizado con participación de profesionales de la salud de un servicio de medicina intensiva de un hospital

terciario, observaron que luego de la estrategia *mindfulness* el nivel de cansancio emocional disminuyó, la empatía no se vio modificada y se elevaron los niveles de satisfacción con el trabajo y la autocompasión, todo ello que en general genera bienestar del médico.

Fuertes et al. (2019) en su estudio prospectivo antes-después y a los dos años de haber realizado intervenciones basadas en *mindfulness* a todos los profesionales sanitarios de atención primaria de Navarra, pudieron observar mejoras en procesos tales como: control de la atención y regulación emocional, cambios en la perspectiva auto-referencial, más conciencia corporal y ecuanimidad. La efectividad de las intervenciones basadas en *mindfulness* y autocompasión sobre el cansancio emocional y el estrés en profesionales de la salud demostraron que es beneficiosa a corto y a largo plazo e influye principalmente y de forma positiva en los niveles de autocompasión, capacidad imprescindible para los profesionales de la salud sometidos a altos niveles de exigencia y responsabilidad, evidenciándose también las habilidades asociadas al aprendizaje, la memoria, la regulación emocional y la sensación de identidad.

Aranda et al. (2018) en su estudio determinaron que el *mindfulness* y la autocompasión eran efectivos para superar los niveles de estrés y el SDP, en profesionales sanitarios de atención primaria; incluyeron una serie de estrategias e intervenciones diseñadas para mejorar la capacidad del médico para atender al usuario con una actitud de aceptación, eliminando la postura de emitir juicios ni rechazar la experiencia dolorosa; es importante mencionar que la compasión y autocompasión incluyen un factor cognitivo (comprensión del sufrimiento), un factor emocional (sentir el sufrimiento ajeno como propio) y un factor conductual (tener motivación e intención de aliviar el sufrimiento del otros, por lo que

sugirieron que es beneficioso impulsar el mindfulness y la autocompación en el sector de la atención en salud.

Marín (2017) buscó evaluar la eficacia de una intervención grupal diseñada para disminuir los síntomas de burnout y fatiga por compasión; los participantes fueron un grupo de profesionales que ejercían funciones directivas en organizaciones no gubernamentales que proporcionan servicios de: alojamiento, alimentación, educación, atención médica y psicológica, entre otros; centró sus intervenciones en la calidad de la comunicación más que en su contenido, con lo cual potenció el grado de cohesión grupal y logró contrarrestar los estigmas del estrés laboral, además detectó fuentes de estrés; obtuvo soluciones compartidas y se adquirieron habilidades de auto observación y monitorización de síntomas, todo lo cual generó cambios conductuales centrados en planes de autocuidado, demostrando eficiencia en el proceso grupal y disminuyendo los síntomas del SDP en profesionales que tenían altos grados de estrés en sus trabajos.

Por otro lado, tomando como ejemplo algunas experiencias nacionales en cuanto a la aplicación de estrategias para superar el SDP, Vaca (2019) a través del análisis de los resultados obtenidos en un trabajo investigativo, desarrolló técnicas cognitivo-conductuales para la prevención y tratamiento del burnout y sus afectaciones en el desempeño laboral del personal de salud. Estas estrategias se fundamentan en la aplicación de técnicas para que dicho personal conozca las características del burnout y sus causales, con el propósito de disminuir su incidencia y las complicaciones que implica su padecimiento, esto mediante una serie de capacitaciones de tipo vivencial y participativo. Las estrategias propuestas consistieron en (Vaca, 2019, pp. 40–41):

- *Captación* del personal de salud involucrado.
- *Socialización del síndrome* de burnout y sus afectaciones en el desempeño laboral del personal de salud (psicoeducación), evidenciar la presencia de signos y síntomas del síndrome de burnout en el desempeño laboral con el fin de involucrar a las asistentes en un proceso de transformación.
- *Estrategias de prevención y tratamiento* del Síndrome de Burnout: facilitar al personal de salud el conocimiento de técnicas de orden cognitivo, conductual y emotivo con el fin de aplicarlas en su práctica diaria, psico - educación en conjunto con el médico ocupacional, abordaje terapéutico grupal con el psicólogo clínico de la institución, formación de grupos de ejercitación y colaboración activa de las participantes
- *Presentación de la guía de 10 pasos para prevenir el Síndrome de Burnout*: entregar un documento práctico de fácil manejo y aplicación para contrarrestar y prevenir el Síndrome de Burnout, estos 10 pasos incluyen acciones que responden a: técnicas de respiración, técnicas de relajación, técnicas de imaginación, técnicas cognitivas y técnicas conductuales

Piñeiros (2018), en su estudio investigativo propone la aplicación de la estrategia *mindfulness* en aquellas empresas del sector público en miras a un proceso de downzising (mecanismo para la reorganización o reestructuración de empresas que busca aumentar la competitividad, a veces implica la reducción de personal, entre otras acciones). En la experiencia anotada, a partir del recorte de personal en el sector público nacional, el funcionario que permanece vinculado a la empresa, genera *mecanismos de defensa* que conducen a estrés y desgaste profesional. La estrategia para prevenir y tratar el SDP, estuvo basada en el método *mindfulness*.

Jordán (2017) generó una estrategia de carácter educativo acerca del síndrome de burnout, mediante capacitaciones específicas y directas acerca de la sintomatología que caracteriza al síndrome y el accionar dirigido a prevenirlo, posterior a dichas charlas se generó el compromiso de fomentar en la institución actividades recreativas y de despeje mental entre sus usuarios internos, todo ello que lleve a educar de forma directa al personal de salud en cuanto a brindar atención de calidad y calidez al usuario externo además de informarse acerca de los sistemas de triaje, clasificación de prioridades y técnicas de estadificación de las diferentes patologías por las cuales el usuario consulta en las áreas más conflictivas tales como emergencia, con el objetivo de no generar congestión en estas áreas y por ende malestar entre los usuarios.

### **Marco Legal**

El Hospital General IESS Manta es la unidad responsable de brindar atención de calidad y calidez a todos los afiliados y beneficiarios de la Seguridad Social de su zona de influencia y de todo el territorio nacional, además forma parte de la Red Nacional del Salud. La delimitación legal de este trabajo de investigación está determinada en primera instancia por la *Carta Magna del Ecuador*, vigente desde el año 2008, en cuya Sección Tercera: *Formas de trabajo y su retribución* se expone (Constitución de la República del Ecuador, 2008):

El artículo 326, numeral 5 dice “toda persona tendrá derecho a desarrollar sus labores en un ambiente adecuado y propicio, que garantice su salud, integridad, seguridad, higiene y bienestar” (p. 152), mientras que en el artículo 328 determina que “La remuneración será justa, con un salario digno que cubra al menos las necesidades básicas de la persona trabajadora, así como las de su familia; será inembargable, salvo para el pago de pensiones por alimentos” (p. 153).

Adicionalmente, en su artículo 331 menciona que

El Estado garantizará a las mujeres igualdad en el acceso al empleo, a la formación y promoción laboral y profesional, a la remuneración equitativa, y a la iniciativa de trabajo autónomo. Se adoptarán todas las medidas necesarias para eliminar las desigualdades. Se prohíbe toda forma de discriminación, acoso o acto de violencia de cualquier índole, sea directa o indirecta, que afecte a las mujeres en el trabajo (p. 155).

El Estado garantizará el respeto a los derechos reproductivos de las personas trabajadoras, lo que incluye la eliminación de riesgos laborales que afecten la salud reproductiva, el acceso y estabilidad en el empleo sin limitaciones por embarazo o número de hijas e hijos, derechos de maternidad, lactancia, y el derecho a licencia por paternidad. Se prohíbe el despido de la mujer trabajadora asociado a su condición de gestación y maternidad, así como la discriminación vinculada con los roles reproductivos (p. 155).

Finalmente, en su artículo 333 establece que:

Se reconoce como labor productiva el trabajo no remunerado de autosustento y cuidado humano que se realiza en los hogares.

El Estado promoverá un régimen laboral que funcione en armonía con las necesidades del cuidado humano, que facilite servicios, infraestructura y horarios de trabajo adecuados; de manera especial, proveerá servicios de cuidado infantil, de atención a las personas con discapacidad y otros necesarios para que las personas trabajadoras puedan desempeñar sus actividades laborales; e impulsará la corresponsabilidad y reciprocidad de hombres y mujeres en el trabajo doméstico y en las obligaciones familiares (p. 155).

Este mismo documento, en su artículo 280, reconoce la validez y vigencia del Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 *Toda una Vida*, como ... el instrumento al que se sujetará las políticas, programas y proyectos públicos; la programación y ejecución del presupuesto del Estado; y la inversión y la asignación de los recursos públicos; y coordinar las competencias exclusivas entre el Estado central y los gobiernos autónomos descentralizados. Su observancia será de carácter obligatorio para el sector público e indicativo para los demás sectores (p. 137).

El **Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 *Toda una Vida*** es el principal instrumento del Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa (SNDPP). Tiene por objetivo contribuir, a través de las políticas públicas, al cumplimiento progresivo de los derechos constitucionales, los objetivos del régimen de desarrollo y disposiciones del régimen del Buen Vivir. Dentro de este plan, para competencia de esta investigación, cabe mencionar la importancia del Objetivo 1 *Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas*, especificando que “el desarrollo inclusivo también implica igual acceso al trabajo en sus diferentes formas, siempre en condiciones dignas y justas” (Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021. *Toda Una Vida*, 2017, p. 55), así como a la seguridad social como un derecho, eliminando “cualquier posibilidad de precarización laboral” (Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021. *Toda Una Vida*, 2017, p. 55), tendiente hacia la generación de empleo juvenil y al cierre de brechas laborales de género, posición social y etnia, otorgando los mismos derechos y oportunidades para todos.

De este objetivo se desprenden Políticas Públicas varias, de competencia de esta investigación, entre ellas, la Política 1.7. “Garantizar el acceso al trabajo

digno y a la seguridad social de todas las personas” (Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021. Toda Una Vida, 2017, p. 58), de la que se desprenden las siguientes metas, referentes a este estudio: reducir la brecha en el empleo adecuado entre hombres y mujeres del 35.5% al 32.30% y reducir la brecha salarial entre hombres y mujeres del 21.9% al 18.8%.

De lo antes expuesto, se concluye, que el Estado, tiene la obligación de garantizar un trabajo digno, donde el laborante no perciba un ambiente de hostilidad y estrés, el mismo que vaya mermar su desarrollo integral y repercutir en su núcleo familiar y social. Por lo tanto, es dable y factible para la realización de nuestro trabajo de investigación adosarse a los estatutos legales nacionales y así mediante propuestas para mejoras, colaborar a cumplimiento de las Políticas Públicas que implican la garantía de la dignidad del ciudadano ecuatoriano.

### **Características de Hospital General IESS Manta**

Con una inversión de \$ 63.9 millones (entre obra civil, equipamiento y cinco años de mantenimiento) se construyó el nuevo Hospital General IESS Manta; se edificó en el sector de la antigua carretera Manta-Portoviejo a la altura del barrio La Pradera; la obra fue llevada a cabo por el Consorcio Manta Salud, con tecnología sismorresistente, con más de 3 000 toneladas de acero. Fue inaugurado el 19 de enero de 2018 por parte del Presidente Lenin Moreno, con la presencia de las autoridades nacionales de salud del IESS y las autoridades gubernamentales de la provincia y de la ciudad.

Este moderno hospital está erigido en una superficie de 41 mil m<sup>2</sup>; son 28 mil m<sup>2</sup> de construcción, cuenta con 200 camas, 40 consultorios y se brinda atención en más de 20 especialidades médicas, lo cual disminuyó de forma significativa el uso de servicios médicos de prestadores externos; la cobertura



llega a más de 400 mil beneficiarios en este hospital, de la provincia y sus alrededores y cuenta con 955 funcionarios (132 administrativos y 823 profesionales de salud) incorporados a esta casa de salud, la mayoría oriundos de Manabí.

El Organigrama estructural del Hospital General Manta está constituido por cuatro procesos dentro de los cuales se ubican las diferentes unidades de funcionamiento de esta institución:

- a) Proceso Gobernante: constituido por la Gerencia General, bajo esta estructura se encuentra los demás procesos.
- b) Procesos Adjetivos de Asesoría: conformados por: Unidad de Planificación y Estadística, Unidad de Asesoría Jurídica, Unidad de Calidad, Unidad de Comunicación Social, Unidad de Gestión de Riesgos de Emergencias Ambientales y Seguridad Ocupacional, Unidad de Atención al Usuario y Coordinación Institucional de Auditoría Médica.
- c) Procesos Sustantivos: dirigidos por la Dirección Técnica Médica y conformados por: Coordinación de Docencia e Investigación, Unidad de Vigilancia Epidemiológica e Infectología, Subdirección de Gestión de Servicios Hospitalarios, Subdirección Técnica Médica, Subdirección Médica Crítica, Subdirección de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico y Subdirección de Enfermería.
- d) Procesos Adjetivos de Apoyo: cuyo ente rector es la Subdirección Administrativa Financiera y conformados por: Unidad Administrativa, Coordinación Institucional de Compras Públicas, Coordinación Institucional Financiera, Coordinación Institucional de Talento Humano y Unidad de Tecnologías de la Información.

Actualmente desempeñan sus funciones en este nosocomio 248 médicos, de los cuales 123 se desempeñan como médicos generales de consulta y residentes de guardia y 125 cuentan con título de especialistas y subespecialistas, especialidades tanto clínicas, quirúrgicas, medicina crítica e imágenes.

Se incluyeron algunas nuevas especialidades y prestaciones tales como diálisis y hemodiálisis que antes no tenía, centro de atención a quemados, servicio de hemoteca (lugar de almacenamiento de componentes de sangre y sus derivados) con la disponibilidad de hemoderivados las 24 horas del día, entre otras; cuenta con seis quirófanos ampliamente equipados (cuatro para los servicios de cirugía general y dos para gineco-obstetricia, en el área denominada centro obstétrico), además de, terapia intensiva neonatal también equipada con tecnología de última generación.

Todo lo anterior hace que, actualmente, el Hospital General IESS de la ciudad de Manta sea el punto de referencia, de todo Manabí, por su capacidad resolutoria de patologías de alta complejidad, especialmente en el campo gineco-obstétrico, a pesar de su categorización dentro de la Red Integral de Salud Nacional como Hospital de Segundo Nivel.

Dentro de su filosofía institucional, cabe resaltar su misión y visión.

*Misión: proteger la población urbana y rural, con relación de dependencia laboral o sin ella, contra las contingencias de enfermedades, maternidad, riesgos del trabajo, discapacidad, cesantía, invalidez, vejez y muerte, en los términos que constan en la Ley de Seguridad Social Nacional.*

*Visión: El Hospital será una organización moderna, basada en la ciencia y tecnología con calidad de atención de todos los servicios de salud que ofrece nuestra unidad médica, con talento humano capacitado y actualizado en todo*

*nivel, optimizando los recursos para ser dignos de confianza en el cuidado de la salud de la clase afiliada.*

Revisada la literatura y experiencias sobre el tema de esta investigación, se reconoce que el Burnout es una patología sindrómica, cuya prevalencia es significativamente alta entre los trabajadores del sector salud. Sus consecuencias a nivel laboral, personal y en el estado de salud de quien lo padece, generan la necesidad de advertir que factores de riesgos psicosociales y estresores laborales tienen relación positiva en la aparición del burnout, siendo el alto nivel de estrés percibido y la sensación de desequilibrio entre la recompensa profesional y el rol desempeñado, entre otros, de los más destacados en los estudios revisados, cabe destacar que está demostrado que aquellos profesionales que no se dedican a las actividades relacionadas a la docencia tienen mayor tendencia a desarrollar el SDP. El Hospital General IESS Manta, no puede ser la excepción y debe generar conductas preventivas destinadas a que sus trabajadores no estén expuestos a situaciones que desencadenen altos niveles de estrés lo cual conlleva al burnout que afecta directamente a la intención de generar una atención de calidad y calidez y la satisfacción tanto del cliente interno como externo de la institución.

## **Capítulo III**

### **Metodología de la Investigación y Análisis de Resultados**

La investigación científica se ha constituido en uno de los pilares más importantes en la generación del conocimiento y en la búsqueda de soluciones a los problemas latentes en los diferentes ámbitos sociales, culturales, educativos, económicos, etc., estableciéndose a través de ésta una metodología para la búsqueda de esa necesidad de cambios, mediante la investigación y la innovación, cuyos aportes, hechos, datos, teorías se orienten a contribuir en la construcción del conocimiento científico.

Es así, que en este capítulo se presenta de manera detallada el ejercicio investigativo desarrollado para encontrar una solución a la problemática planteada con respecto a la presencia del SDP en profesionales médicos del Hospital General IESS Manta. Se ha incluido dos apartados importantes, el primero relacionado con la metodología propiamente dicha desarrollada para la obtención de la información de base, para luego presentar los resultados del procesamiento de dicha información con su correspondiente análisis.

#### **Metodología de la Investigación**

Para establecer las bases conceptuales y empíricas con las que se construyó este estudio, es importante mencionar sus características metodológicas, relativas a enfoque, tipo, diseño, población, muestra, técnicas de levantamiento de información y herramienta para procesamiento de los datos.

##### **Características metodológicas**

La investigación científica está orientada a generar conocimiento, dentro del ámbito de acción en la que se la realice, con apoyo de recolección de datos a través de las diferentes técnicas, para responder preguntas de investigación o para

contrastar hipótesis, desde sus diferentes enfoques cualitativos y cuantitativos, dependiendo de lo que se quiere estudiar y/o resolver una situación identificada (Hernández et al., 2017) y, en función de la naturaleza del problema, el investigador decide qué enfoque utiliza, cualitativos o cuantitativos o su combinación.

Con base en las teorías y conceptualizaciones que delimitan la práctica investigativa, es necesario resaltar que la elección del enfoque adecuado facilita conocer la realidad del objeto que se analiza; para ello, cabe establecer definiciones de los enfoques de investigación cuantitativa y cualitativa. La cuantitativa trabaja con datos numéricos, la cualitativa con descripciones de casos, situaciones, acciones, comportamientos, análisis de documentos (Pimienta, 2017); mientras la investigación cuantitativa se orienta a la recolección, procesamiento, análisis e interpretación de dato cuantitativos, la investigación cualitativa no cuantifica, interpreta la información recabada y propone una resolución de la situación observada, tratando de determinar la naturaleza de una realidad (Cadena et al., 2017).

Por lo anterior, se establece que esta investigación está orientada bajo el *enfoque cuantitativo*, dado que busca identificar, a través de un análisis numérico y una medición minuciosa de las variables, los factores que pudieran generar una situación de estrés o agotamiento, bajo los términos del SDP.

Su *diseño* es de corte *transversal, no experimental*; transversal, ya que las variables fueron medidas en un solo momento al grupo objeto de estudio, a diferencia del diseño longitudinal en que las variables las variables son medidas en diferentes momento a través de un tiempo previamente definido con el fin de revisar y registrar cambios en comportamientos (Bernal, 2010; Corona, 2016); *no*

*experimental* porque no se manipuló las variables del estudio, las que fueron obtenidas directamente para ser procesados y analizados, a diferencia de la investigación experimental que sí manipula las variables en función del propósito y en entornos controlados (Ato et al., 2013).

El *método* de esta investigación es el *inductivo*, ya que permite realizar el análisis sobre la relación entre variables cuantificables tomando las respuestas de cada prestador del servicio de salud y cuyos resultados individuales van a ser generalizados a un contexto más amplio de estudio, esto es, a todo el personal que conforma el equipo médico del Hospital (va de lo particular a lo general), contrario al método deductivo que estudia las variables en contextos estructurales y situacionales tomando los resultados generales para aplicabilidad individual (va de lo general a lo particular) (J. L. González & Ruiz, 2011).

### **Población y muestra**

Se considera población al conjunto de elementos que se incluyen en un estudio y que cumplen ciertas características; generalmente en el levantamiento de la información no se puede abordar a toda una población y de ahí nace la necesidad de extraer o calcular una muestra, que debe ser representativa y garantizar las conclusiones que se obtengan en el estudio (Ventura, 2017); por tanto, la población considerada fue la que en la actualidad desempeñan sus funciones en el Hospital General IESS Manta que son 248 médicos, de ellos 123 son médicos generales de consulta y residentes de guardia y 125 especialistas y subespecialistas (clínica, quirúrgica, medicina crítica e imágenes). Para establecer la muestra se aplicó la fórmula para poblaciones finitas, considerando un 95% de confianza y un 5% de error, de lo cual resultó una muestra de 151 personas.

El muestreo es la forma de seleccionar cuáles son los sujetos que van a conformar la muestra establecida que se obtuvo de todo el conjunto de la población (Otzen & Manterola, 2017); para el caso de este estudio, el muestreo fue aleatorio no probabilístico, para ello se entregó, entre el 5 y el 26 de febrero del 2020, los formularios a los profesionales de la salud que laboran en los diferentes departamentos: neonatología, cirugía, emergencia, ginecología, consulta externa, pediatría, hospitalización de mujeres y de hombres; desechados los formularios que no fueron contestados en su totalidad, se completó las 151 encuestas válidas.

### **Técnica e instrumento para recolección de información**

En una investigación científica son varias las técnicas que se puede utilizar, dependiendo del propósito que se persigue. En este estudio se seleccionó la *encuesta* como técnica para recoger la información, considerando que permite obtener datos de forma rápida, sistemática y estandarizada mediante un cuestionario o conjunto de preguntas, se puede abarcar a grandes grupos de informantes, se puede mantener el anonimato de los participantes.

El formulario (Apéndice A) diseñado para ser aplicado a la muestra establecida como objeto de este estudio, estuvo conformado por cuatro secciones:

- A.** Características profesionales, relacionados con el ámbito en el que desarrolla su actividad
- B.** Cuestionario sobre agotamiento físico y emocional producido por la actividad laboral o MBI. Sus 22 preguntas responden a tres subescalas: subescala de agotamiento o cansancio emocional (nueve ítems) que busca identificar el sentir del colaborador con respecto a las demandas del trabajo; la subescala de despersonalización (cinco ítems) con la que se

valora el grado frialdad o distanciamiento con respecto a la tarea; y, la subescala de realización personal (ocho ítems), relativos a la autosuficiencia y satisfacción de logros personales.

**C.** Factores de riesgo psicosociales. Incluye los siguientes factores: *contacto* con el sufrimiento y la muerte (cinco ítems), *dificultades* en la gestión clínica (siete ítems), *responsabilidades* en la gestión clínica (siete ítems), *sobrecarga* de trabajo (cuatro ítems), *impacto* negativo del trabajo en la vida familiar (tres ítems), *estímulo* intelectual (cinco ítems), *recompensa* profesional (cinco ítems), *ausencia de dificultades* en la gestión clínica (tres ítems), *buenas relaciones* con pacientes y sus familiares (dos ítems).

Diseñado tomando como base el modelo Consultant Stress and Satisfaccion Questionnaire (CSSQ), propuesto por Ramirez, A. J., Graham, J., Richards, M. A., Cull, A., & Gregory, W. M. (1996)

**D.** Estresores laborales. Se toma los siguientes factores: *demandas psicológicas* del trabajo, *control* sobre el trabajo, *apoyo* en el trabajo. Diseñado tomando como base el modelo Job Content Questionnaire (JCQ) de Karasek y Thorell (1990), cuya versión mínima reducida, fue validada por Escribá (2008)

Las opciones de respuesta para los formularios de las secciones B, C y D, con base en una escala de Likert, fueron como sigue:

- MBI. Siete: (0) nunca, (1) pocas veces al año, (2) una vez al mes o menos, (3) unas pocas veces al mes, (4) una vez a la semana, (5) unas pocas veces a la semana, (6) todos los días
- CSSQ. Cuatro: (1) nada, (2) poco, (3) medianamente, (4) Mucho.



- JCQ. Cuatro: (1) temporalmente en desacuerdo, (2) en desacuerdo, (3) de acuerdo, (4) totalmente de acuerdo

Es de resaltar la importancia del llenado de estos formularios con información real y pertinente bajo las siguientes premisa: (1) las respuestas mejores o peores no existen, la correcta es la que expresa de manera certera y veraz el sentir del colaborador médico y (2) los resultados pretenden contribuir a que se llegue a un conocimiento lo más cercano posible sobre las condiciones en las que el profesional está desarrollando sus tareas y, a partir de ello, buscar elevar su nivel de satisfacción a través de las estrategias adecuadas.

La Tabla 1 presenta la escala de valores de referencia para identificar los puntos fuertes y débiles del colaborador, a través de la relación de mínimos y máximos que se pueden dar luego de aplicar el **MBI**.

Tabla 1. Escala de valoración referencial del MBI

Aspecto evaluado	Preguntas a evaluar	Bajo	Medio	Alto	Indicios de Burnout
Cansancio emocional	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	0 – 18	19 – 26	<b>27 – 54</b>	Más de 26
Despersonalización	5, 10, 11, 15, 22	0 – 5	6 – 9	<b>10 – 30</b>	Más de 9
Realización personal	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	<b>0 – 33</b>	34 – 39	40 – 56	Menos de 34

Nota: Adaptado de Hederich y Caballero (2016), Maslach (2009), Olivares (2017)

De acuerdo con la escala de valoración referencial del MBI, los sentimientos de estar quemado se detectan con puntuaciones altas en las subescalas de *cansancio emocional* y *despersonalización*, en la subescala de *realización personal* este sentimiento se refleja en puntuaciones bajas (Llaneza, 2009).

### **Procesamiento de la información**

Recogida la información a través del formulario de encuesta, se procedió a procesar los datos a través de la herramienta estadística SPSS v.25, de donde se

pudo elaborar las tablas y figuras que reflejan los resultados relevantes del estudio.

### **Técnica de análisis de datos**

De acuerdo con Hernández et al. (2014, p. 208), “cada vez que se administra un instrumento de medición debe calcularse la confiabilidad, al igual que evaluarse la evidencia sobre la validez”, concordante con ello, Lacave et al. (2016, p. 136) aseguraron que “el uso de cuestionarios implica necesariamente el control de la bondad del mismo mediante el estudio de su fiabilidad y validez”. Tómese en cuenta que la validez tiene relación con que el instrumento mida lo que realmente quiere o se busca medir y la fiabilidad corresponde a la confianza que se da a los datos que resultan de la aplicación de dicho instrumento (Hernández et al., 2014; Lacave et al., 2016).

Para medir estos elementos de un cuestionario, sea con respuestas dicotómicas como con respuestas basadas en la escala de Likert, se utiliza el **coeficiente alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach**, propuesto por Cronbach en 1951 y se basa en el uso de múltiples indicadores para medir la correlación entre respuestas asignadas a un cuestionario, analizando el perfil de las respuestas dadas y verificando la correlación media entre las propias preguntas, ya que al utilizar la misma escala de medición en los ítems del instrumento “el coeficiente  $\alpha$  es calculado a partir de la varianza de los ítems individuales y de la varianza de la suma de los ítems de cada evaluado (Cascaes da Silva et al., 2015, p. 130).

Por otro lado, se utilizó la **razón de momios** de la prevalencia (RMP) que resulta de la ecuación  $ad/bc$ ; se trata de una medida estadística, llamada también razón de oportunidades o razón de probabilidades (Fajardo, 2017), que es utilizada cuando existe una posibilidad que una condición de salud o enfermedad se

presente en un grupo de personas frente a la posibilidad de que esta situación se presente también en otro grupo similar o de condiciones de vida similares, con base en que el primer grupo se encuentre expuesto a un factor de riesgo y el otro grupo no (Figura 1).

	Casos	No casos	
Presente	<b>a</b>	<b>b</b>	Total de expuestos
Ausente	<b>c</b>	<b>d</b>	Total de no expuestos
	Total de casos	Total de no casos	

Figura 1. Ecuación para obtener la razón de momios (probabilidades)

Nota: Tomado de Fajardo (2017)

Con el fin de confirmar o negar la hipótesis planteada con respecto a que los factores de riesgo psicosociales y estresores laborales influyen negativamente en dos dimensiones identificadas como parte del SDP (el cansancio emocional y despersonalización), se utilizó la prueba de chi cuadrado ( $\chi^2$ ) o coeficiente de correlación de Pearson que es una medida de dependencia lineal entre dos variables aleatorias cuantitativas (Hernández et al., 2014), que permite establecer un grado de significancia de  $p = 0,05$  en donde valores mayores confirman que existe independencia entre variables, valores menores a  $p$  equivale a una influencia y total dependencia de las variables estudiadas.

### **Análisis y Discusión de Resultados**

En un primer momento, se debe determinar la fiabilidad, a través del Alfa de Cronbach, de los instrumentos utilizados: dimensiones del burnout (Tabla 2), riesgos psicosociales (Tabla 3) y estresores laborales (Tabla 4).

*Tabla 2.* Fiabilidad cuestionario: dimensiones del burnout

<b>Dimensión del burnout</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>N de elementos</b>
Cansancio emocional	,880	9
Despersonalización	,613	5
Realización personal	,763	8
<b>Burnout</b>	<b>,766</b>	<b>22</b>

De acuerdo con los términos estadísticos de la prueba de fiabilidad, cada una de las dimensiones, con sus respectivas preguntas, muestran un alto grado de confianza ya que mientras más cerca de 1.00 se asegura su validez. Al tomar en consideración las 22 preguntas del formulario del burnout, dan un grado de confianza de 0.766.

En cuanto a los formularios de riesgos psico-sociales y de estresores laborales, se confirma que también cuentan con un alto grado de fiabilidad, ya que luego de la prueba de Alfa de Cronbach, los factores tienen  $\alpha > 0.6$ . (Tablas 3 y 4).

*Tabla 3.* Fiabilidad cuestionario: riesgos psico-sociales

<b>Factores</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>N de elementos</b>
Contacto con el sufrimiento y la muerte	,882	5
Dificultades en la gestión clínica	,818	7
Responsabilidades en la gestión clínica	,812	7
Sobrecarga de trabajo	,789	4
Impacto negativo del trabajo en la vida familiar	,682	3
Estímulo intelectual	,819	5
Recompensa profesional	,826	5
Ausencia de dificultades en la gestión clínica	,815	3
Buenas relaciones con pacientes y sus familiares	,889	2

*Tabla 4.* Fiabilidad cuestionario: estresores laborales

<b>Factores</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>N de elementos</b>
Demandas psicológicas del trabajo	,645	8
Control sobre el trabajo	,751	7
Apoyo en el trabajo	,900	10

Revisada que fue la información recogida a través de los instrumentos mencionados, luego de ser procesado estadísticamente, ya es posible determinar los factores que están generando la presencia del SDP en los profesionales de la salud de la institución objeto de estudio.

En primera instancia, se presenta una relación general de participantes, clasificados por características profesionales y personales (sección A del formulario), para pasar luego a identificar los referentes estadísticos de los factores que generan el SDP; le sigue una relación de la prevalencia de dimensiones, con respecto a los niveles de burnout (bajo, medio alto), una representación numérica de la presencia de los factores de burnout según dichos niveles (bajo, medio y alto) establecidos como relevantes a ser tomados en consideración para posibles correctivos.

En una segunda sección se hace la referencia sobre la presencia del burnout y sus dimensiones, tomando como ejemplo las dos características profesionales que llaman la atención con las respuestas recibidas en el formulario, así como el grado de significancia en la relación de las variables cuantitativas, a través de la prueba de chi-cuadrado.

En la tercera sección se busca representar la relación de las dimensiones del burnout con las características factores de riesgo psico-sociales y los estresores laborales. Finalmente, en la cuarta sección se presenta la correlación lineal del comportamiento de dos variables en una población.

#### **Análisis de frecuencias y prevalencias: características profesionales**

En la Tabla 5 se presenta un resumen de las respuestas de los encuestados, clasificados según los datos profesionales y personales.

*Tabla 5. Clasificación de los informantes clave, según características profesionales y personales*

<b>Característica</b>	<b>Descripción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Género	Masculino	78	51,7
	Femenino	73	48,3
	<b>Total</b>	<b>151</b>	<b>100,0</b>
Años de trabajo	Menos de 10	68	45,0
	De 10 a 20	69	45,7
	Más de 20	14	9,3
	<b>Total</b>	<b>151</b>	<b>100,0</b>
Especialidad	Especialista	92	60,9
	Medicina general	27	17,9
	Médico residente	32	21,2
	<b>Total</b>	<b>151</b>	<b>100,0</b>
Horas de trabajo/semana	Menos de 40	20	13,2
	40 o más	131	86,8
	<b>Total</b>	<b>151</b>	<b>100,0</b>
Actividad investigadora	Si	44	29,1
	No	107	70,9
	<b>Total</b>	<b>151</b>	<b>100,0</b>
Actividad de gestión	Si	28	18,5
	No	123	81,5
	<b>Total</b>	<b>151</b>	<b>100,0</b>
Acontecimientos vitales desfavorables	Si	31	20,5
	No	120	79,5
	<b>Total</b>	<b>151</b>	<b>100,0</b>
Calidad de las relaciones de pareja	Sin pareja	25	16,6
	Muy buenas	102	67,5
	No muy buenas	24	15,9
	<b>Total</b>	<b>151</b>	<b>100,0</b>
Horas semanales que usted asigna para realizar tareas domésticas	Entre 1 y 2	39	25,8
	De 3 a 5	60	39,7
	Mayor a 5	52	34,4
	<b>Total</b>	<b>151</b>	<b>100,0</b>

Como se puede apreciar, hubo una distribución equitativa de personas en cuanto al género, de manera que los resultados no tienen tendencia alguna en cuanto a si el profesional médico es hombre o mujer, sin embargo, aunque todos los datos son importantes y relevantes, cabe establecer una mirada a lo que sí puede confirmarse de esta muestra y que puede ser un elemento a tener en cuenta en una propuesta de intervención, es que en un 86.8% trabajan más de 40 horas a

la semana y un 81.5% hacen actividades de gestión, significando esto un elemento de posible efecto o generación del SDP.

*Tabla 6. Prevalencia de dimensiones, con respecto a los niveles de burnout*

<b>Factor</b>	<b>Descripción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Cansancio emocional	Bajo	69	45,7
	Medio	35	23,2
	Alto	47	31,1
	<b>Total</b>	<b>151</b>	<b>100,0</b>
Despersonalización	Bajo	67	44,4
	Medio	39	25,8
	Alto	45	29,8
	<b>Total</b>	<b>151</b>	<b>100,0</b>
Realización personal	Bajo	26	17,2
	Medio	42	27,8
	Alto	83	55,0
	<b>Total</b>	<b>151</b>	<b>100,0</b>

En términos generales, de acuerdo con los datos de la Tabla 6, se puede evidenciar el nivel de participación de las dimensiones del burnout en el desempeño y sentir de los encuestados. Sin embargo, esta frecuencia tiene mayor relevancia si se realiza una descripción estadística (Tabla 7), para una mayor interpretación de los datos.

*Tabla 7. Referentes estadísticos con respecto a los factores de burnout*

<b>Característica</b>	<b>Cansancio emocional</b>	<b>Despersonalización</b>	<b>Realización personal</b>
Media	22,46	7,31	39,07
Mediana	20,00	6,00	40,00
Moda	11	6	48
Desviación estándar	11,910	5,759	7,818
Varianza	141,836	33,162	61,116
Mínimo	4	0	19
Máximo	46	23	48

Con respecto a los estadísticos descriptivos se constata que los valores promedio de las tres dimensiones del SDP se ubican en un término medio cansancio emocional (presenta un 22.46 en un rango de 27-54), de

despersonalización (7,31 de un rango de 6-9) y realización personal (con un 39.07 de un rango de 0-33). Estos datos deben ser cotejados luego con otras pruebas estadísticas, sobre todo en lo que tiene relación con el grado de significancia del burnout y el desempeño.

### **Prevalencia de burnout y grado de significancia**

Se busca, en esa sección, representar la importancia de atender la posible presencia de las dimensiones del burnout en los profesionales de la salud, considerando tres aspectos relevantes, como son el género, la cantidad de horas de trabajo por semana y la asignación de tareas de gestión.

Para determinar la asociación de prevalencia del burnout en hombres, se toma en consideración los siguientes datos (Tabla 8).

*Tabla 8.* Prevalencia del burnout según género de los encuestados

<b>Género</b>	<b>Hay tendencia a padecer burnout</b>	<b>Marcada presencia de burnout</b>	<b>Total</b>
Masculino	64	14	78
Femenino	62	11	73
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>25</b>	<b>151</b>

Con el fin de establecer la prevalencia del burnout, de acuerdo con el género de los encuestados, es importante tomar los siguientes datos provenientes de la Tabla 8 (referencia: *hombres*), en donde:

- a) Hombres expuestos al factor de estudio, que tienen burnout: **14**
- b) Mujeres no expuestas al factor de estudio, que tienen burnout: **11**
- c) Hombres con tendencia de burnout, no expuestos en el factor de estudio:  
**64**
- d) Mujeres con tendencia de burnout, no expuestas en el factor de estudio:  
**62**



Al aplicar la fórmula de *razón de momios de prevalencia* ( $RMP = ad/bc$ ), se obtiene que los hombres tienen una prevalencia de 1,2 veces.

Desde los mismos datos de la Tabla 8 y en relación con la razón de prevalencia de burnout en mujeres, se tiene:

- a) Mujeres expuestas al factor de estudio, que tienen burnout: **11**
- b) Hombres no expuestos al factor de estudio, que tienen burnout: 14
- c) Mujeres con tendencia de burnout, no expuestas en el factor de estudio:  
**62**
- d) Hombres con tendencia de burnout, no expuestos en el factor de estudio:  
**64**

Mediante la fórmula de *razón de momios de prevalencia* ( $RMP = ad/bc$ ), se obtiene que las mujeres tienen una prevalencia de 0,8 veces.

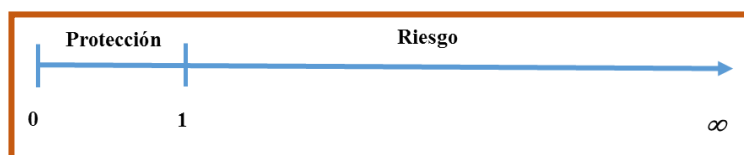


Figura 2. **Escala para la interpretación de las medidas de asociación.**  
Nota: Tomado de Fajardo (2017)

En resumen, la Figura 2 muestra que los hombres presentan una prevalencia de burnout de 1,2 veces en relación con las mujeres que tienen una prevalencia de 0,8 veces.

Tabla 9. Prevalencia del burnout según cantidad de horas de trabajo/semana

Horas/semana	Hay tendencia a padecer burnout	Marcada presencia de burnout	Total
Menos de 40	12	8	20
40 o más	114	17	131
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>25</b>	<b>151</b>

Con el fin de establecer la prevalencia del burnout, de acuerdo con el número de horas de trabajo por semana de los encuestados, es importante tomar

los siguientes datos provenientes de la Tabla 9 (referencia: *40 horas o más*), en donde:

- a) Personas que laboran 40 horas o más, que tienen burnout: **17**
- b) Personas que laboran menos de 40 horas, que tienen burnout: **8**
- c) Personas que laboran 40 horas o más, con tendencia de burnout: **114**
- d) Personas que laboran menos de 40 horas, con tendencia de burnout: **12**

Al aplicar la fórmula de *razón de momios de prevalencia* ( $RMP = ad/bc$ ), se obtiene que los profesionales de salud que laboran 40 horas o más tienen una prevalencia de 0,2 veces.

Desde los mismos datos de la Tabla 9 y en relación con la razón de prevalencia de burnout en mujeres, se tiene:

- a) Personas que laboran menos de 40 horas, que tienen burnout: **8**
- b) Personas que laboran 40 horas o más, que tienen burnout: **17**
- c) Personas que laboran menos de 40 horas, con tendencia de burnout: **12**
- d) Personas que laboran 40 horas o más, con tendencia de burnout: **114**

Mediante la fórmula de *razón de momios de prevalencia* ( $RMP = ad/bc$ ), se obtiene que quienes laboran menos de 40 horas tienen una prevalencia de 4,5 veces.

*Tabla 10. Prevalencia del burnout en encuestados que realizan actividades de gestión*

<b>Actividad de gestión</b>	<b>Hay tendencia a padecer burnout</b>	<b>Marcada presencia de burnout</b>	<b>Total</b>
Si	22	6	28
No	104	19	123
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>25</b>	<b>151</b>

En cuanto a la prevalencia del burnout, según si realiza o no actividades de gestión, adicionales a su función de médico, se toman los datos de la Tabla 10 (referencia: *no realizan actividades de gestión*), en donde:

- a) Personas que no realizan actividades de gestión, que tienen burnout: **19**
- b) Personas que realizan actividades de gestión, que tienen burnout: **6**
- c) Personas que no realizan actividades de gestión, con tendencia de burnout: **104**
- d) Personas que realizan actividades de gestión, con tendencia de burnout: **22**

Al aplicar la fórmula de *razón de momios de prevalencia* ( $RMP = ad/bc$ ), se obtiene que los profesionales de salud que **no realizan actividades de gestión** tienen una prevalencia de 0,7 veces.

Desde los mismos datos de la Tabla 10 y en relación con la razón de prevalencia de burnout en personas que *sí tienen actividades de gestión*, se tiene:

- a) Personas que realizan actividades de gestión, que tienen burnout: **6**
- b) Personas que no realizan actividades de gestión, que tienen burnout: **19**
- c) Personas que realizan actividades de gestión, con tendencia de burnout: **22**
- d) Personas que no realizan actividades de gestión, con tendencia de burnout: **104**

Mediante la fórmula de *razón de momios de prevalencia* ( $RMP = ad/bc$ ), se obtiene que quienes *sí realizan actividades de gestión* tienen una prevalencia de 1,5 veces.

Para conocer si existe relación de dependencia de las variables de estudio, se aplicó la fórmula de chi cuadrado a las dimensiones del burnout y su relación con las variables género, horas de trabajo/semana y actividades de gestión que fueron identificadas como las más vulnerables para generar el burnout en los profesionales médicos.

Tabla 11. Frecuencia relacional bivariada: género/dimensiones del burnout

Dimensión del burnout	Género	Bajo	Medio	Alto	Total
Cansancio emocional	Masculino	42	12	24	78
	Femenino	27	23	23	73
	<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>35</b>	<b>47</b>	<b>151</b>
Despersonalización	Masculino	29	24	25	78
	Femenino	38	15	20	73
	<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>39</b>	<b>45</b>	<b>151</b>
Realización personal	Masculino	12	22	44	78
	Femenino	14	20	39	73
	<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>42</b>	<b>83</b>	<b>151</b>

Tomando los datos de la Tabla 11, se puede aplicar la prueba de chi cuadrado de Pearson, evidenciándose que **sí existe influencia del género en la dimensión cansancio emocional** puesto que la significancia da como resultado 0.037 que es menor a 0.05; por lo demás, en las dimensiones *despersonalización* y *realización personal*, no hay relación de dependencia con respecto al género de los encuestados (Tabla 12), por tanto, son variables independientes.

Tabla 12. Frecuencia relacional bivariada: género/dimensiones del burnout

Dimensión	Género/cansancio emocional	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Cansancio emocional	Chi-cuadrado de Pearson	6,581	2	,037
	Razón de verosimilitud	6,659	2	,036
Despersonalización	Chi-cuadrado de Pearson	3,680	2	,159
	Razón de verosimilitud	3,699	2	,157
Realización personal	Chi-cuadrado de Pearson	,385	2	,825
	Razón de verosimilitud	,385	2	,825

Al considerar la variable *horas de trabajo de la semana* y relacionarla con las dimensiones de burnout para establecer el grado de significancia, se presenta

La Tabla 13 muestra la frecuencia de las variables *horas de trabajo* en relación con las dimensiones del burnout. Al tomar estos datos y aplicar la prueba de chi cuadrado (Tabla 14), se tiene que existe significancia con las dimensiones *cansancio emocional* (0.31) y *despersonalización* (0.00), por tanto, se puede

asegurar que **sí** hay una influencia de las horas de trabajo en estas dos dimensiones porque son menores a  $p=0.05$ ; todo lo contrario, ocurre con respecto a la dimensión *realización personal* que se ubica en un 0.084 de significancia.

Tabla 13. Frecuencia relacional bivariada: género/dimensiones del burnout

Dimensión del burnout	Horas	Bajo	Medio	Alto	Total
Cansancio emocional	Menos de 40	12	0	8	20
	40 o más	57	35	39	131
	<b>Total</b>	69	35	47	151
Despersonalización	Menos de 40	0	7	13	20
	40 o más	67	32	32	131
	<b>Total</b>	67	39	45	151
Realización personal	Menos de 40	0	6	14	20
	40 o más	26	36	69	131
	<b>Total</b>	26	42	83	151

Tabla 14. Frecuencia relacional bivariada: horas de trabajo semanal/dimensiones del burnout

Dimensión	Género/horas trabajo	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Cansancio emocional	Chi-cuadrado de Pearson	6,959	2	,031
	Razón de verosimilitud	11,441	2	,003
Despersonalización	Chi-cuadrado de Pearson	20,564	2	,000
	Razón de verosimilitud	27,276	2	,000
Realización personal	Chi-cuadrado de Pearson	4,957	2	,084
	Razón de verosimilitud	8,311	2	,016

Este mismo análisis se realizó buscando la dependencia de las variables *actividades de gestión* y las dimensiones del burnout, para ello se parten de la tabla de frecuencias (Tabla 15) y se aplica la prueba de chi cuadrado de Pearson. Los resultados se aprecian en la Tabla 16, de donde se obtuvo que no existe dependencia de la variable *actividades de gestión* en las dimensiones cansancio emocional y despersonalización; sin embargo, al buscar la relación entre esta variable y la dimensión *realización personal* se tiene que su grado de significancia de ubica en un 0.005, lo cual es menor a  $p=0.05$  por tanto **sí** existe influencia de *actividades de gestión* en la *realización personal* del colaborador médico.

*Tabla 15.* Frecuencia relacional bivariada: actividades de gestión/dimensiones del burnout

Dimensión del burnout	Horas	Bajo	Medio	Alto	Total
Cansancio emocional	Si	14	7	7	28
	No	55	28	40	129
	<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>35</b>	<b>47</b>	<b>151</b>
Despersonalización	Si	13	9	6	28
	No	54	30	39	123
	<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>39</b>	<b>45</b>	<b>151</b>
Realización personal	Si	1	4	23	28
	No	25	38	60	123
	<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>42</b>	<b>83</b>	<b>151</b>

*Tabla 16.* Frecuencia relacional bivariada: actividades de gestión/dimensiones del burnout

Dimensión	Género/horas trabajo	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Cansancio emocional	Chi-cuadrado de Pearson	,603	2	,740
	Razón de verosimilitud	,622	2	,733
Despersonalización	Chi-cuadrado de Pearson	1,372	2	,504
	Razón de verosimilitud	1,411	2	,494
Realización personal	Chi-cuadrado de Pearson	10,598	2	,005
	Razón de verosimilitud	11,950	2	,003

De lo revisado en las Tablas 12, 14 y 16, se tiene un alto grado de significancia de las variables género con *cansancio emocional* (0.037), sobre todo en cuanto a que los hombres tienen mayor grado de prevalencia del burnout (1.2); horas de trabajo por semana con *cansancio emocional* (0.031) y *despersonalización* (0.000), en donde el mayor grado de prevalencia lo tiene la variable trabajo menos de 40 horas (4.5), actividades de gestión con *realización personal* (0,005) con un grado de prevalencia de quienes sí la realizan (1.5). Esto implica que debe considerarse algunas estrategias para paliar las condiciones emocionales y personales que estarían afectando al desempeño del profesional médico.

### **Correlación dimensiones del burnout con riesgos psico-sociales y estresores laborales**

La magnitud de covariación entre distintas variables relacionadas linealmente se aprecia en las Tablas 17 y 18. Al respecto, es de resaltar que, tomando las dimensiones del burnout y los factores de riesgo psico-sociales, se ha determinado que existe una relación media entre *cansancio emocional* y la *sobrecarga de trabajo* que se refleja en 0.562 (tomando valores que van de cero a uno, con una significancia en el nivel de 0.01), es lo que más se resalta en la tabla mencionada.

Correlaciones de menor nivel se presentan entre *cansancio emocional* y las *dificultades en la gestión clínica* (0.441), así como las *responsabilidades en la gestión clínica* (0.409). Las otras relaciones entre variables se ubican en el orden de 0.312 y 0.278.

En cuanto a la dimensión *despersonalización* hay una correlación baja-positiva entre el *impacto negativo del trabajo en la vida familiar* (0.383) con *sobrecarga de trabajo* (0.357), las *responsabilidades en la gestión clínica* (0.343) y *dificultades en la gestión clínica* (0.280).

En *realización personal* y su relación con *recompensa profesional* se tiene una correlación baja-positiva (0.291) lo mismo ocurre con *ausencia de dificultades en la gestión clínica* (0.227) y en *buenas relaciones con pacientes y familiares* (0.215); mientras que hay una correlación baja-negativa con *impacto negativo del trabajo en la vida familiar* (-0.231), es decir que ocurre una situación inversa en que pudiera haber logros en realización personal bajaría el impacto negativo en la vida familiar.

Cabe resaltar que el factor de riesgo psico-social *estímulo intelectual* no se encuentra relacionado con ninguna de las dimensiones del burnout.

En el análisis correlacional de las dimensiones del burnout y los estresores laborales, se tiene que existe una correlación baja-negativa entre *cansancio emocional* y el *control sobre el trabajo* (-0.270); en *despersonalización* existe una correlación baja-positiva con las *demandas psicológicas del trabajo* (0.254); en *realización personal* se presenta una correlación baja-positiva con *apoyo en el trabajo* (0.291).



Tabla 17. Correlación bivariada de Pearson: dimensiones del burnout y riesgos psico-sociales

VARIABLES	Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal	Contacto con el sufrimiento y la muerte	Dificultades en la gestión clínica	Responsabilidades en la gestión clínica	Sobrecarga de trabajo	Impacto negativo del trabajo en la vida familiar	Estímulo intelectual	Recompensa profesional	Ausencia de dificultades en la gestión clínica	Buenas relaciones con pacientes y sus familiares
Cansancio emocional	1	,632**	-,223**	,312**	,441**	,409**	,562**	,278**	-0,039	0,122	,200*	,193*
Realización personal	-,223**	-,310**	1	,187*	0,085	-0,003	-,202*	-,231**	0,070	,291**	,227**	,215**
Contacto con el sufrimiento y la muerte	,312**	0,143	,187*	1	,614**	,532**	,167*	-0,037	-,256**	,451**	,513**	,574**
Dificultades en la gestión clínica	,441**	,280**	0,085	,614**	1	,604**	,443**	,173*	-,229**	,249**	,494**	,385**
Responsabilidades en la gestión clínica	,409**	,343**	-0,003	,532**	,604**	1	,477**	,203*	0,153	,399**	,482**	,390**
Sobrecarga de trabajo	,562**	,357**	-,202*	,167*	,443**	,477**	1	,423**	0,058	,205*	,179*	0,119
Impacto negativo del trabajo en la vida familiar	,278**	,383**	-,231**	-0,037	,173*	,203*	,423**	1	0,125	0,127	0,127	0,033
Estímulo intelectual	-0,039	0,125	0,070	-,256**	-,229**	0,153	0,058	0,125	1	,336**	0,157	0,011
Recompensa profesional	0,122	0,066	,291**	,451**	,249**	,399**	,205*	0,127	,336**	1	,639**	,666**
Ausencia de dificultades en la gestión clínica	,200*	0,098	,227**	,513**	,494**	,482**	,179*	0,127	0,157	,639**	1	,713**
Buenas relaciones con pacientes y sus familiares	,193*	-0,026	,215**	,574**	,385**	,390**	0,119	0,033	0,011	,666**	,713**	1

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral); \* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 18. Correlación bivariada de Pearson: dimensiones del burnout y estresores laborales

Variabes	Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal	Demandas psicológicas del trabajo	Control sobre el trabajo	Apoyo en el trabajo
Cansancio emocional	1	,632**	-,223**	0,123	-,270**	0,006
Despersonalización	,632**	1	-,310**	,254**	-0,145	0,075
Realización personal	-,223**	-,310**	1	-0,018	0,146	,291**
Demandas psicológicas del trabajo	0,123	,254**	-0,018	1	,567**	-,172*
Control sobre el trabajo	-,270**	-0,145	0,146	,567**	1	0,041
Apoyo en el trabajo	0,006	0,075	,291**	-,172*	0,041	1

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

\* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

El Hospital General IESS Manta, forma parte de la Red Integral de los Sistema de Salud nacionales, constituyéndose según su tipología en un hospital de segundo nivel, sin embargo, en la actualidad funciona como un hospital de referencia a nivel provincial; esto es, es el receptor de las patologías de mayor complejidad de la provincia de Manabí. Lo antes mencionado constituye causa que, el personal de salud de esta institución, esté desempeñando funciones que no le corresponden, por lo tanto se desenvuelve en medio de problemáticas tales como: insumos reducidos, escaso personal en relación a la aglutinación de usuarios que existe, exceso de horas de trabajo e inestabilidad en los horarios (esto para quienes se desempeñan en la modalidad guardias, horarios nocturnos), remuneración no adecuada, inestabilidad en cuanto al área a la cual se pertenece (esto sobre todo entre la población de médicos residentes quienes son factibles de remover), entre otros.

Por lo tanto, esta investigación permitió conocer cuáles son los factores de riesgo psicosociales más influyentes, debido a su alta prevalencia y estresores laborales que genera en mayor proporción la institución. Los factores de mayor relevancia a los que se hace referencia son:

- En la dimensión *cansancio emocional y despersonalización* fueron: sobrecarga laboral, con una relación positiva para el cansancio emocional, impacto negativo del trabajo en la vida familiar, dificultades en la gestión clínica y responsabilidades en la gestión clínica, factores cuya persistencia influye en las dos dimensiones mencionadas.
- En cuanto a la dimensión *despersonalización* individualmente, el factor de mayor preponderancia fue la demanda psicológica que su trabajo exige.

- En la dimensión *realización personal*, los factores de mayor prevalencia fueron: recompensa laboral y buenas relaciones con pacientes y familiares de pacientes.

Los resultados coinciden con la literatura científica nacional e internacional consultada, esto es, la aparición del burnout entre el personal de salud de la institución investigada, es producto de la exposición prolongada a factores de riesgo psicosociales y estresores laborales que pudieran identificarse y corregirse con estrategias realizables y operativas para todo el personal.

## Capítulo IV

### Propuesta de Intervención

Toda institución que brinda servicios de salud, tal y como se lo ha expuesto en los capítulos anteriores, se constituye, en un ambiente propicio para la aparición del burnout entre sus trabajadores, esto debido a las características de los servicios brindados, y a que la relación médico-paciente-familiar es continua, por esta razón la empresa debe adquirir el compromiso de brindar a sus usuarios internos, es decir a sus empleados, la seguridad de contar con programas de vigilancia que permitan captar aquellos trabajadores afectados o en vías de afectarse con el síndrome de desgaste profesional (SDP), además de identificar los factores que estarían generando dicha patología, así como también contar con estrategias, individuales y grupales para el tratamiento del burnout en sus tres dimensiones una vez que éste haya sido identificado. El hospital debería contar con un clima organizacional que fomente prácticas de autocuidado en sus médicos, estrategias que incluyan el manejo del cansancio emocional y la despersonalización, dimensiones que actualmente forman parte de la cultura médica de forma cada día más usual.

Es menester comprender que proporcionar un mejor ambiente laboral para el personal de salud y a su vez establecer un entorno que no propicie el *burnout* se traduce en mejoras en la calidad de los servicios prestados a la comunidad y al mismo tiempo implica una atención de calidad y calidez, tal y como la visión/misión de la empresa lo exige; no es menor el hecho de que actualmente los médicos se enfrentan a constantes demandas por parte del usuario, quienes aducen haber sido maltratados y despreciados por quienes supuestamente les han debido brindar confort y salud, rasgo que caracteriza típicamente a la dimensión

*despersonalización*, que forma parte del *burnout*; sin embargo, si el médico emocional y psicológicamente no está sano, no podrá cubrir esta necesidad.

### **Vigilancia Epidemiológica**

Ante la realidad expuesta y a partir de los resultados obtenidos en la investigación realizada se requiere, en primera instancia, reorganizar el ***Departamento de Salud Ocupacional y Riesgo Laboral***, que forma parte del actual organigrama del Hospital General IESS Manta, pero que sus funciones actuales no son las que corresponde según su tipología. A partir de este primer paso para el proceso de vigilancia epidemiológica propuesto, se contaría con el ente rector encargado de generar las propuestas terapéuticas a realizarse y mantener el sistema de vigilancia sugerido, acorde a la realidad institucional.

Quienes conformarían el departamento en mención serían: el médico especialista en salud ocupacional y riesgo laboral, en calidad de director del mismo, un médico especialista en medicina familiar, un médico general, dos licenciadas en enfermería, así como también un licenciado en psicología clínica y un psiquiatra de la institución, como colaboradores y consultores expertos; cabe recalcar que todo el personal que se ha mencionado ya forma parte del equipo de salud de la institución, solamente se reasignarían sus funciones, con el objetivo de conformar el departamento en mención; es decir, no se trata de nuevas contrataciones, sino de reasignar funciones a los profesionales cuya preparación académica se adhiere al proyecto propuesto.

Será de suma importancia involucrar a los Departamentos de Tecnología e Informática (en adelante TICS) y Talento Humano, ya que a través de los mismos se van a generar por un lado, las plataformas virtuales de vigilancia y tratamiento así como también se obtendrán las nóminas y correos internos institucionales de

los médicos a evaluar y tratar. Las plataformas virtuales para la realización de las encuestas de evaluación del personal de salud serán creadas por los Ingenieros Programadores de Sistemas Informáticos, quienes forman parte del Departamento de TICS de la institución; es decir, dentro de las competencias laborales de quienes han sido contratados en la institución como Programadores en Sistemas está la creación de herramientas virtuales tales como: censos, encuestas, herramientas estadísticas, entre otros, que en la actualidad facilitan todo tipo de trabajos en salud.

Durante el año 2019, la institución contrató a un médico especialista en salud ocupacional y riesgo laboral, quien se formó en universidades nacionales e internacionales, con experiencia en el manejo de programas similares al propuesto, sin embargo, lastimosamente, actualmente dicho médico, se desempeña en un cargo administrativo que no corresponde a su especialidad; quienes realizamos este trabajo investigativo consideramos que se trata de un profesional cuyas habilidades están siendo subvaloradas ya que podría ser quien dirija el departamento a ser reestructurado y así maneje la propuesta resultante de esta investigación; esto es, se sugiere reasignar las funciones que actualmente desempeña el médico en mención para que dirija y reorganice el Departamento de Salud Ocupacional y Riesgo Laboral, tarea que es correspondiente a su título académico.

### **Justificación**

Actualmente el Departamento de Salud Ocupacional y Riesgo Laboral lo constituyen: un Médico Familiar y una Auxiliar de Enfermería. La función del Médico es la de determinar la veracidad de los síntomas físicos (en muy pocas ocasiones se han de valorar síntomas compatibles con patologías psico-sociales)

con los que el trabajador acude a su consulta y validar o no un posible reposo domiciliario, por su parte la Auxiliar de Enfermería se encarga de la toma de signos vitales y determina la secuencia de las consultas para el Médico.

Esto es, en resumen, la única función que actualmente tiene el improvisado Departamento de Salud Ocupacional y Riesgo Laboral de la institución; en conclusión, no existe un órgano destinado a generar procesos de vigilancia y terapéutica para patologías que pudieran tener su origen debido a las características de la institución y dentro de ésta, este tipo de vigilancia no debería únicamente destinarse a las patologías de tipo psicológicas y psico-sociales, sino además se podrían controlar enfermedades metabólicas (hipertensión, diabetes, obesidad, dislipidemias, entre otras) que son directamente relacionadas con los estilos de vida sedentarios y factores de riesgo psicosociales y estresores laborales a los que los médicos están expuestos, por otro lado se sabe que existen enfermedades relacionadas con las características estructurales del edificio y/o con las áreas asignadas a las estancias prolongadas que el personal de salud hace dentro de la empresa, problemas tales como: posturales, auditivos, accidentes laborales, entre otros, todo lo antes mencionado resalta la importancia de la reorganización de un sistema de prevención de enfermedades laborales, dentro del mismo encaja la propuesta de los investigadores de este trabajo.

### **Intervención y seguimiento**

La propuesta consiste en la evaluación trimestral de todos los médicos del Hospital General IESS Manta, mediante la realización de encuestas cuya función es captar y determinar el padecimiento, o en su defecto, el personal en riesgo de padecer patologías tales como *burnout* o aquellas que pudieran desencadenarse de la exposición continua a estresores laborales y factores de riesgo psicosociales,



que son relativamente similares o coincidentes con el desgaste profesional; es decir, una vez que, mediante este trabajo investigativo, se identificaron cuáles son los factores desencadenantes presentes en mayor proporción dentro del personal afectado con burnout, se parte de estos resultados, para elaborar constructos en relación a lo estudiado cuyo fin es identificar al personal enfermo o en vías de enfermarse.

Un primer obstáculo para la realización de la estrategia antes mencionada es la escasez de personal con el que se contaría para la realización de encuestas directas y en vivo, por lo tanto se propone que éstas se realicen mediante una plataforma virtual, mediante el ingreso a las mismas por medio de un link on line, el cual sería socializado a través del correo interno de la institución de manera personalizada e individual, con la colaboración del personal de TICS del Hospital, específicamente los programadores de sistemas de informática, quienes generarían dichas plataformas.

Todos los médicos de la institución deberán ser evaluados, de forma aleatoria, por lo menos una vez en un período de dos años, laborados de manera subsecuente en la institución. El Departamento de Talento Humano deberá generar el correo, al azar, donde se indicaría que la realización de dicha encuesta es de carácter obligatorio, sin embargo se deberá aclarar que la información que se genere es de manejo exclusivo por parte del Departamento de Salud Ocupacional y Riesgo Laboral, esto para fines de privacidad pertinentes.

Dentro de los trabajadores de la institución, se cuenta con Psicólogos Clínicos y Psiquiatras especialistas, que serían quienes asesoren, en su calidad de expertos, a los integrantes del Departamento de Salud Ocupacional y Riesgo Laboral en la realización de las encuestas virtuales mencionadas; cabe destacar

que, para la aprobación de la realización de este trabajo investigativo en el Hospital General IESS Manta, los directivos de la institución, asignaron en calidad de supervisora a la Lic. Cecilia Moreno Ortiz, Psicóloga Clínica, quien está al tanto de las propuestas de los autores y es quien podría ser la co-autora de los constructos, los mismos que se adaptarían de los ya existentes y anteriormente propuestos en este trabajo de investigación, para la evaluación del estado de salud psicosocial de los usuarios internos de la institución.

Es de suma importancia entender que estas acciones son de manejo multidisciplinario, es decir, los constructos evaluadores del personal deberán ser adaptados al ambiente laboral de la institución, esto por parte de: el Médico Ocupacional, el Médico Familiar, Psicólogos y Psiquiatras, personal con el que la institución sí cuenta en la actualidad; estarían involucrados además los programadores del Departamento de TICS, quienes generarían las plataformas pertinentes para la propuesta de vigilancia epidemiológica.

Se deben excluir del programa de vigilancia epidemiológica propuesto a aquellos trabajadores que presenten en los últimos dos años, acontecimientos personales desfavorables tales como: fallecimiento de hijos, cónyuge, padres, enfermedades catastróficas o discapacitantes, que no sean producto de las labores realizadas dentro de la institución, disturbios relacionados a denuncias legales por hechos que se presentasen y que sean ajenos a esta Entidad, así como también antecedentes de trastornos de personalidad o emocionales, conocidos y diagnosticados antes del inicio del contrato institucional vigente, esto es debido a que, no se podrían incluir a quienes presentasen los factores antes expuestos en un programa de prevención y tratamiento del Síndrome de Burnout, pues su manejo y terapéutica se corresponden a un origen distinto de su patología, no con esto se

debe de desvincular de la vigilancia y tratamiento que la institución debería impartir a aquellos en quienes se determinen estas características, al contrario también deben ser objeto de estudio y tratamiento por parte del Departamento de Salud Ocupacional y Riesgo Laboral de la empresa.

En consecuencia, la primera fase de la propuesta de los investigadores consiste en evaluar a todo el personal médico de la institución, para captar casos afectos o en vías de afectación de *burnout*; esta evaluación se realiza mediante el llenado de constructos virtuales, cuya realización será responsabilidad del personal médico que forme parte del Departamento de Salud Ocupacional y Riesgo Laboral, teniendo como consultores expertos a una Licenciada en Psicología y a un Médico especialista en psiquiatría.

La herramienta virtual a utilizarse, como ya se ha mencionado, será diseñada por los Ingenieros programadores de sistemas de informática que forman parte del Departamento de TICS del Hospital y la convocatoria a realizar la encuesta se generará mediante correo institucional, con la colaboración del Departamento de Talento Humano, esto al azar, de carácter obligatorio e individual.

### **Estrategia de Prevención y Tratamiento**

Con carácter de obligatoriedad la institución debe vigilar, como mínimo, una vez cada dos años a su personal médico con respecto a la aparición de síntomas y signos compatibles con desgaste laboral, esto mediante constructos especializados y debidamente aprobados en la literatura científica internacional, adaptados a la realidad de la institución a evaluarse, con la asesoría experta de Psicólogos y Psiquiatras del Hospital en estudio. Esto se llevaría a cabo de manera práctica y sin incrementar la necesidad de personal adicional para encuestar,

mediante el uso de plataformas virtuales que de manera automática generan una puntuación que determinará el diagnóstico o riesgo del padecimiento mencionado.

Una vez determinada la población en riesgo y/o diagnosticada con síndrome de burnout es de suma importancia implementar una estrategia de prevención y tratamiento, este proceso implica trabajo en equipo y manejo multidisciplinario, ya que se incluyen actividades no solo de tipo psicológicas sino físicas, así como también el manejo clínico de enfermedades satélites; es menester recordar que el desgaste laboral viene acompañado de patologías o en su defecto el empeoramiento de enfermedades tales como: hipertensión arterial, obesidad, diabetes, gastritis, colon irritable, entre otras.

El programa de prevención y tratamiento para patologías como desgaste laboral contará de varias etapas o sub-estrategias:

**A. Dar a conocer el concepto de desgaste profesional y socializar los**

**resultados obtenidos durante esta investigación:** es de suma importancia, como primer paso del programa propuesto, solicitar audiencia, mediante la modalidad de *staff administrativo* y *médico*, con las autoridades pertinentes para instruirlos acerca del concepto Síndrome de Burnout y sus sinónimos: Desgaste Profesional y Síndrome del Profesional Quemado, así como sus desencadenantes y posibles gatilladores. En esta reunión, además, se debe dar a conocer los resultados de este trabajo de investigación; es decir, una vez definidos cuáles son los factores de riesgo psicosociales y estresores laborales que más comúnmente son reportados entre el personal médico, esto mediante la realización de encuestas, su tabulación y obtención de resultados con la aplicación de programas estadísticos, tal y como se lo ha detallado en

apartados anteriores, se debe exponer lo obtenido, de tal forma que se les dará a conocer qué es lo que desencadena este síndrome dentro de la institución y de esta manera procurar mejorías. Factores como: sobrecarga laboral, mala relación con los supervisores y directivos, supervisión inadecuada, clima laboral, horarios no fijos, horarios nocturnos en exceso, laborar más de 40 horas semanales, entre otros, han sido, como en la mayoría de los trabajos consultados, aquellos factores de mayor relevancia en el ambiente hospitalario y menester que quienes dirigen la empresa conozcan la situación laboral de sus empleados:

**B. Procurar aminorar la presencia de estresores laborales y factores de riesgo psicosociales presentes en la institución:** este paso implica: detección y corrección de los desencadenantes (factores de riesgo psicosociales y estresores laborales). Estando ya en pleno conocimiento de qué factores generan morbilidad entre sus trabajadores, es obligación de quienes realizan gerencia en salud, adoptar medidas correctivas. Los autores del presente trabajo proponen una estrategia de vigilancia – prevención y tratamiento del resultado de la exposición continua del trabajador al ambiente laboral hostil; sin embargo, quienes dirigen el nosocomio, deben plantearse la manera de disminuir la hostilidad del ambiente de trabajo, ello está directamente relacionado con considerar establecer horarios fijos para el personal médico, aminorar la presión en cuanto a metas numéricas y de producción que el médico debe cumplir anualmente, procurar más empatía entre el personal administrativo y el personal médico, mejorar el proceso de comunicación con el trabajador, establecer un nexo más personal y menos virtual y de correos electrónicos

impersonales, procurar solicitar, a quien corresponda y dentro de los lineamientos presupuestarios institucionales, la contratación de nuevo personal, lo cual trae como beneficio aminorar la carga laboral establecida.

**C. Detección de burnout:** este eslabón fundamental en el proceso de la estrategia propuesta implica: aplicar de manera periódica el cuestionario MBI para la detección del personal médico afecto o en vías de afectarse con burnout, esto de forma aleatoria y a todo el personal médico, de tal manera, que en un período de dos años mínimamente y de forma obligatoria se haya aplicado dicho constructo por lo menos en una ocasión al cliente interno. Tal y como se detalló en el apartado anterior, se realizará una adaptación de este constructo a la realidad actual institucional, dicha tarea forma parte de la estrategia de vigilancia epidemiológica que el nuevo Departamento de Salud Ocupacional y Riesgo Laboral llevará a cabo, bajo la supervisión de los consultores del proyecto que serán quienes conforman el staff médico del Departamento de Psicología y Psiquiatría de la institución.

**D. Tratamiento del burnout – Estrategias de afrontamiento:** la literatura científica consultada expone estrategias varias tanto para la prevención como para el tratamiento del desgaste profesional, esto debido a que incluso en la actualidad, aún no se ha determinado si es una patología exclusivamente psíquico-clínica o más bien psíquico-social, por otra parte hay escuelas de psicología con la tendencia a encasillar la patología como una consecuencia a la exposición continua de estresores laborales, mientras que otras corrientes determinan que es el origen de un conjunto de signos y síntomas de trastornos de personalidad y conducta de la

persona que lo padece. Los autores de este estudio han propuesto estrategias terapéuticas en la medida en que éstas sean realizables en la institución, partiendo de la premisa, ya conocida, de que al ser una institución pública, carece de fondos para este tipo de campañas y tiene una brecha numérica de talento humano inferior a la óptima. Una vez captados los pacientes afectados o en vías de afectarse, se van a generar una serie de pasos o fases subsecuentes, tales como:

1. Estrategia **Psico-Educación**: esto implica instruir a los participantes/pacientes, es decir brindar conocimientos acerca de la patología a tratar, en este caso el *burnout*. Esta es una estrategia ampliamente utilizada por los psicólogos clínicos para cualquier tipo de trastornos de personalidad, depresión y ansiedad. No es un dato menor, que la comunidad médica en su gran mayoría desconozca qué implica este concepto y cuáles son las consecuencias de padecerlo, por lo general se desconoce también que las consecuencias de este síndrome no sólo se limitan a quien lo padece y a su desempeño profesional, sino que el personal debe saber que también se podría afectar su entorno familiar y social. Por lo tanto esta estrategia implica dar a conocer los signos y síntomas de la patología, procura socializar sus causas, sus consecuencias y las diversas otras opciones de tratamiento, dando paso a la siguiente fase de la estrategia propuesta; el hecho de que el afectado de burnout conozca qué le sucede y por qué, le ayuda de sobremanera a superar la estigmatización de padecer una patología psiquiátrica. Todo el personal médico, independientemente de su área de trabajo, especialidad y cargo, tiene

asignado en su horario de trabajo una hora para actividades de docencia; en este caso, será esta hora aquella que se destine a la terapia de psico-educación, los médicos a quienes se van a dirigir estas charlas educativas serán distribuidos en grupos de máximo siete personas, previamente se solicitará al Departamento de Talento Humano el horario de la población a tratar y se los agrupará por afinidad de horarios; las charlas serán semanales, en número de dos por semana, en horarios matutinos y vespertinos, en dependencia del horario del usuario, tendrán una duración de una hora e impartidas por los expertos a quienes se les ha pedido colaboración en el proyecto, esto es: Psicólogos y Psiquiatras de la institución, a quienes se les realizaría por lo tanto un reajuste de sus horarios para que esta nueva actividad no represente sobrecarga en sus tareas, cabe mencionar que este tipo de actividades son compatibles con las designadas para ellos dentro del Hospital.

Estas charlas se acompañarán de material didáctico virtual, durante el proceso de asignación de horarios, para ello se solicitará al Departamento de Talento Humano los correos institucionales de los participantes, para enviar material de lectura y así reforzar los conocimientos adquiridos. Se dará apertura durante los últimos 15 minutos de la charla a un foro de preguntas y respuestas de los participantes, así como también se permitirá la participación de los presentes con anécdotas pertinentes al tema. Los participantes deberán asistir a dos charlas en un mes, para poder pasar a la siguiente fase de la terapia. Serán convocados vía correo institucional, las reuniones



serán de carácter obligatorio, y su asistencia será el equivalente a la asistencia a las charlas docentes que normalmente la institución organiza para fines de educación médica continua, esto quiere decir que el paciente hará uso de su hora obligatoria de docencia que consta en su horario, para asistir a su charla semanal y así no se genera sobrecarga horaria mensual, esto aplica también para los expertos que imparten la charla de psico-educación

2. Estrategia **Minfulness**: Durante la última década, el fenómeno *mindfulness* (MF) ha recibido gran atención en las ramas de estudio de salud mental científico-académicas y su práctica está siendo ampliamente aceptada como una eficiente técnica para la mejora de diferentes trastornos psicológicos, además ha sido integrada en las llamadas *terapias de tercera generación* en psicología clínica. Actualmente, la psicología emplea el término MF para referirse a algunas de las prácticas de meditación budistas incorporadas a programas y a técnicas de diversa índole, dentro de las llamadas terapias de tercera generación psicológicas (Ruiz & Callejón, 2014). El MF es la práctica de regresar una y otra vez a un estado de alerta y conocimiento de lo que está sucediendo en el momento presente, es la percepción concientizada tanto de la experiencia externa como interna y acompañada por una actitud no enjuiciadora de dicha experiencia. Se lo conceptualiza también como la capacidad de estar completamente presente, consciente de cómo se está, qué se está haciendo o qué está sucediendo, acompañada de una baja tendencia a la reactividad emocional. Implica aceptar y abrirse a que todas las

dimensiones de la experiencia, sean experimentadas como agradables, neutras o desagradables. Con ello, MF hace referencia a vivir con plenitud el momento presente, mantener la atención plena en aquello que estamos experimentando sin atender al flujo de pensamiento ordinario que constantemente surge en nuestra mente. Vivir con atención plena implica estar en el presente con toda nuestra consciencia, con todos nuestros sentidos, con presencia (Águila, 2020). En resumen y para unificar conceptos en torno al presente estudio, se ha conceptualizado al MF como un método terapéutico de relajación que se basa en: *autoobservación, meditación y atención plena*. MF ha sido incorporado a la psicología contemporánea como una técnica que permite gestionar más eficientemente ciertos procesos mentales relacionados con diferentes trastornos psicológicos (Cebolla et al., 2017), esto ha desencadenado una enorme cantidad de investigaciones que señalan su eficacia en problemas como la ansiedad, el déficit de atención, la depresión, el estrés o el dolor crónico. Una vez que el paciente haya cumplido con la asistencia a dos charlas mensuales de psico-educación, se le enviará vía correo institucional material para lectura, audios y videos, mediante los cuales aprenderá acerca de la técnica de relajación-meditación propuesta, siempre se estaría consultando con el Departamento de Salud Mental de la institución para la actualización de dicho material. Cabe destacar que el MF está siendo ampliamente practicado en empresas y escuelas, tanto primarias como secundarias, por lo que se cuenta con mucho material para compartir con los pacientes dentro de

la literatura científica. Este tipo de terapia, tiene la ventaja de que puede ser realizada de manera individual en casa, mediante la asignación de material, el mismo que será analizado en la siguiente sesión grupal, y así reforzar conceptos y experiencias, y lo más importante: recibir consejería de expertos. Como mínimo, al final de cuatro sesiones grupales y la revisión del material enviado, el paciente debería estar en la capacidad de realizar cinco pasos (Martín, 2016):

1.- Detenerse y observar: se trata de parar, respirar, observar y analizar lo que ocurre en ese momento en el cuerpo, ver qué pensamientos y sentimientos se tienen en ese momento, analizar sensaciones tales como: hambre, sueño, cansancio, posturas (mandíbula apretada, hombros levantados), etc. Enfocarse en esto durante un minuto y continuar trabajando. Lo antes descrito logra sacar al ser humano de la inconsciencia y el automatismo con el que normalmente trabaja y le ayuda a relajarse.

2.- Dar un paso atrás: es otra forma de observación de la situación actual, pero no desde adentro, sino como un espectador, desde fuera, esta tarea se puede realizar varias veces al día durante un breve rango de tiempo.

3.- Volver al aquí y ahora: los expertos sugieren programar una alarma tres veces al día que nos lleve de nuevo al aquí y ahora. Habría que parar, hacer tres respiraciones conscientes y continuar con la tarea.

4.- Respirar: esta actividad consiste en realizar 40 respiraciones, contando cada una durante la exhalación, de esta manera se concientiza al paciente de su respiración y se genera una especie de

pacificación mental y aquietamiento de emociones y sentimientos adversos.

5.- Aceptar nuevos pensamientos y emociones: implica atender, analizar y aceptar nuevas emociones y sensaciones corporales.

**E. Fomentar la realización de actividades con relación inversamente proporcional al burnout:** fomentar prácticas en el colectivo médico tales como: actividades recreativas, sociales y físicas, autocuidado, deportes, encuentros grupales sociales, encuentros grupales de trabajo, encuentros grupales evaluativos, reuniones de feedback de reconocimiento de evolución y señalamiento de dificultades, charlas acerca de liderazgo, fomentar el reconocimiento de los logros de cada área de trabajo, aumentar las actividades docentes y sobre todo permitir las. Estas actividades de reforzamiento irán intercaladas con las prácticas de MF, es decir, pasando a la fase de meditación y relajación, de manera intercalada se realizarán las actividades antes mencionadas. Por ejemplo, intercalar cambiar de escenario de las charlas y acudir a la playa o a algún parque y proponer practicar ese día un juego, un deporte, o pedir colaboración del Departamento de Nutrición para que las licenciadas nutricionistas instruyan al paciente acerca de las mejores prácticas en cuanto a alimentación, entre otras. Estas actividades grupales, así mismo se realizarán en grupos de un máximo de siete personas y se realizarán una vez por semana en la hora destinada a docencia, que cada médico tiene asignada en su jornada laboral. Así mismo, las actividades que requieran mayor tiempo, se realizarán los fines de semana y su asistencia en este caso no podría ser obligatoria, sin

embargo, se confía en que el personal médico se entusiasme con este tipo de actividades que los aparten del ambiente hostil laboral.

**F. Seguimiento de la estrategia preventiva de burnout:** el departamento deberá construir un calendario de estrategia anti-burnout, definir el programa y controlar su cumplimiento. Ejemplo:

Semana	Psico-educación	Mindfulness	Actividades anti-burnout
1era semana	X (1 hora)		
2da semana	X (1 hora)		
3era semana		X (1 hora)	
4ta semana			X (1 hora)
5ta semana		X (1 hora)	
6ta semana			X (1 hora)
7ma semana		X (1 hora)	Se propone actividad fuera de las instalaciones IEES

**Psico-educación:** impartir conocimientos acerca de la patología a tratar. **Mindfulness:** presencialmente se conversará acerca de las experiencias con la meditación/relajación, se analizará material audiovisual y de lectura enviado y se compartirán experiencias en relación al tema. **Actividades anti-burnout:** actividades recreativas, sociales y físicas, autocuidado, deportes, encuentros grupales sociales y de trabajo, reuniones de feedback, charlas acerca de liderazgo, reconocimiento de los logros de cada área de trabajo.

Durante la octava semana se realizarán ejercicios de autoevaluación y nuevamente se solicitará el llenado del constructo MBI para una recalificación de la condición del paciente. Independientemente de la calificación obtenida en este segundo constructo, el paciente deberá tener mínimamente cuatro semanas de reforzamiento de actividades y conocimientos. Ejemplo:

Semana	Psico-educación	Mindfulness	Actividades anti-burnout
1era semana	X (1 hora)		
2da semana		X (1 hora)	
3era semana		X (1 hora)	
4ta semana			X (1 hora)

**Psico-educación:** impartir conocimientos acerca de la patología a tratar. **Mindfulness:** presencialmente se conversará acerca de las experiencias con la meditación/relajación, se analizará material audiovisual y de lectura enviado y se compartirán experiencias en relación al tema. **Actividades anti-burnout:** actividades recreativas, sociales y físicas, autocuidado, deportes, encuentros grupales sociales y de trabajo, reuniones de feedback, charlas acerca de liderazgo, reconocimiento de los logros de cada área de trabajo.

La literatura científica expone que aquellos médicos que participan en un plan estratégico de *mindfulness* presentan menos reactividad frente a eventos adversos y tienden a recuperarse de mejor manera y más rápidamente frente a dichos eventos.

Las características que constituyen esta estrategia son directamente proporcionales a las habilidades de resiliencia del ser humano, que es la capacidad que tiene el hombre para adaptarse y manejar el estrés y los eventos adversos. El concepto *resiliencia médica* se ha instalado en la investigación sobre la práctica clínica en la última década, ha sido descrita como una sinergia entre características personales, tales como autovaloración, flexibilidad cognitiva, habilidades de organización, asertividad y humor, y la disponibilidad de recursos profesionales y organizacionales, tales como apoyo administrativo, capacidad de trabajo en equipo y disponibilidad de insumos.

Se ha sugerido que las estrategias asociadas a la resiliencia determinan la diferencia entre médicos que experimentan estrés y *burnout* por la exposición continua a situaciones estresantes y aquellos que pueden adaptarse a estas exigencias del contexto clínico sin deterioro en su bienestar.

Esta estrategia permitirá al médico adaptarse a realidades difícilmente reversible, ya que se necesitaría movilizar presupuesto nacional para abastecer a la institución de lo necesario, en cuanto recurso humano e insumos, versus la gran afluencia de usuarios, sin mencionar lo que conllevaría remunerar debidamente al gremio de la salud. Es por esto que asumir el diario acontecer con claridad y sin juzgamientos, se constituye como la estrategia más adecuada ante esta problemática.

## **Implementación de la Propuesta**

La realización de la propuesta previamente detallada no genera mayor inversión para la institución, esto debido a que, quienes se constituyen como responsables del programa, se encuentran ya dentro de la nómina de empleados en la institución dentro de la cual se va a aplicar la estrategia; sin embargo, se debe reasignar sus laborales y reestructurar horarios, ya que se persigue que ningún trabajador trabaje más de lo estipulado por la Ley.

Por otro lado, se persigue reestructurar el Departamento de Salud Ocupacional y Riesgo Laboral, departamento que ya integra el organigrama del Hospital, sin embargo no cumple plenamente con los objetivos de su creación; los investigadores proponen la asignación de la dirección de dicho departamento a un médico especialista en estos temas, que ya se encuentra formando parte del staff médico de la institución, pero que está asignado a funciones administrativas.

El material didáctico con el que se reforzarán los conocimientos adquiridos en la fase de psico-educación, se lo obtiene de la literatura científica gratuita y debidamente indexada que se encuentra en la red virtual y será difundido mediante correo electrónico institucional, lo cual no implica gasto alguno.

La única inversión en la que habría que incurrir es en la compra de una licencia de software para la generación de las plataformas virtuales mediante las cuales se realizarán las encuestas evaluadoras, las mismas que serán creadas por los programadores de sistemas, quienes actualmente forman parte del Departamento de TICS de la institución. El costo de estas licencias es de aproximadamente \$2 000, para lo cual se deberá seguir el proceso regular y legal de compra de insumos que existe en la institución. En caso de no ser posible esta inversión se puede, en una primera instancia, utilizar las herramientas

informáticas disponibles, por ejemplo la herramienta Google Forms que permite la creación gratuita de encuestas y formularios para múltiples usos; su principal ventaja está en que pueden ser personalizadas según necesidades específicas sin ningún recargo, además, le permite utilizar las funciones de Google, para reunir la información en una hoja de cálculo y poder analizar los datos directamente.

Como se ha podido determinar a través del contenido de esta propuesta, su implementación sí es factible, permitiendo obtener grandes beneficios para el equipo de profesionales que ofrecen atención en salud, tanto en el ámbito personal, laboral y familiar, así como para los usuarios de dichos servicios.



## Conclusiones y Recomendaciones

Un mejor ambiente laboral para el personal de salud y un entorno que no propicie el burnout se traduce en mejoras en la calidad de los servicios prestados a la comunidad, lo que implica una atención de calidad y calidez.

### Conclusiones

En la producción académica confiable y literatura científica encontrada se analizó las diferentes teorías, principios y opiniones de expertos, con respecto al SDP y sus consecuencias, lo cual permitió reforzar la necesidad que indujo a la realización de esta investigación y se pudieron ir resolviendo las interrogantes de investigación con respecto a la definición, orígenes y causas de este síndrome, así como los factores de riesgo que lo inducen, todo ello como base para comprender su importancia y buscar posibles soluciones en el contexto de estudio.

Por otro lado, luego de revisar experiencias y buenas prácticas internacionales y nacionales sobre el tema, se determinó que las diversas estrategias diseñadas para la prevención y manejo del *burnout* han sido ampliamente analizadas, todas y cada una de ellas presentan resultados favorables, tanto las individuales como las grupales/organizacionales; sin embargo, cada institución es responsable de obtener sus propias estadísticas de incidencia y prevalencia del *burnout* entre sus empleadores y escoger la estrategia más conveniente y realizable en su empresa.

Luego del levantamiento y procesamiento de la información obtenida acerca del ambiente interno del Hospital objeto de este estudio, se puede asegurar que:

- Existe una relación media positiva entre *cansancio emocional* y la *sobrecarga de trabajo*; a esto podemos argumentar que es difícil para una institución pública batallar con el tema presupuesto anual, sin embargo,

podría constituirse como gran ayuda ante esta premisa el colocarlo como primer punto a debatir, ante las autoridades nacionales y regionales, el hecho de hacer prevalecer la brecha óptima de talento humano institucional previamente establecida por el ente rector nacional.

Hay, en la institución, un evidente aumento del número de usuarios, esto producto de los decretos presidenciales de que la seguridad social se extienda a través del afiliado al conyugue e hijos menores de edad, por no mencionar, la figura del *afiliado campesino*, quien a través de su aporte, genera cobertura a toda su familia de manera indefinida, esto hace que aquello que se determinó con anterioridad como suficiente, actualmente sea obsoleto, es decir, pretender que el mismo número de partidas médicas se mantenga desde hace aproximadamente 10 años, es cegarse ante un fenómeno de saturación, no solo de la institución como infraestructura, sino a su recurso más importante como lo es el personal de salud.

El personal de salud, sobre todo el personal médico, está en continuo escrutinio por parte del usuario, en riesgo permanente de cometer errores ante la saturación de sus labores, y con esto generar la querrela del usuario y en el peor de los casos la demanda judicial del mismo. Por lo tanto, es fundamental que los departamentos rectores y dirigentes de la institución, quienes tienen acceso a las autoridades nacionales, expongan este fenómeno y antepongan que la contratación de personal de salud es prioridad, ante cualquier otra necesidad.

- La relación entre el *cansancio emocional* y la *despersonalización* con los factores de riesgo: *impacto negativo del trabajo en la vida familiar*,

*dificultades en la gestión clínica y responsabilidades en la gestión clínica*, es una relación menor, pero positiva. Esto implica, realidades como: escasez de insumos, horarios inadecuados, horarios nocturnos, percibirse mal remunerado, dificultades en sus relaciones con la dirección y con sus otros compañeros, entre otros, factores que, en la literatura nacional e internacional, se mencionan en cada una de las investigaciones consultadas.

De manera generalizada, el concepto de *no reconocimiento* ante lo realizado frente al nivel de resolución alcanzado, en las distintas áreas médicas, ya sea clínicas o quirúrgicas, ha primado entre los trabajadores, el sentimiento de que no se reconozca lo complejo de lo resuelto por parte de la institución ante las necesidades de la provincia, no siendo un hospital de tercer nivel ni mayormente equipado, siempre forma parte del pensamiento médico, esto se confirma con los resultados obtenidos de que existe correlación negativa entre *cansancio emocional* y el *control sobre el trabajo*.

- En cuanto a ***despersonalización***, se debe mencionar que, de manera cada vez más frecuente, los médicos reciben denuncias por maltrato a los usuarios, ausentismo en las consultas agendadas, demoras excesivas para alcanzar la atención médica en la consulta externa y áreas de emergencia, quejas a diario por los tiempos de espera para la realización de cirugías programadas, entre otros.

Llama la atención que los reportes por conductas erráticas y violentas de ciertos médicos, en algunas ocasiones, provienen del personal de apoyo médico institucional, esto es: enfermeros/as, auxiliares de enfermería,

técnicos en imágenes y servicios de laboratorio, entre otros, incluso actualmente, se cuenta con colegas recibiendo atención psicológica, por fuera de la institución, con diagnósticos como: burnout, crisis de pánico, somatización de patologías tales como: hipertensión y diabetes emocional, entre otras.

Lo antes expuesto se confirma con los resultados obtenidos que indican que entre el factor **despersonalización** existe una correlación baja-positiva con las *demandas psicológicas del trabajo*.

- El factor **realización personal** obtuvo una relación positiva con los factores: *recompensa profesional y buenas relaciones con pacientes y familiares*, en este punto se volvería a hablar de remuneración probablemente, lo cual es difícil de variar, por tratarse de presupuestos nacionales, sin embargo, es evidente que si el personal administrativo que dirige la institución tampoco genera conductas de reconocimiento y no genera ninguna compensación para el trabajador, por ejemplo: programas de educación continua gratuitos, reconocimientos con horas libres o días permitidos de reposo domiciliario sin cargo a vacaciones, entre otros, el factor realización personal aumenta entre los afectados, el no reconocimiento de lo trabajado por parte del dirigente/jefe, es un estresor laboral presente a diario, esto se evidencia en los resultados obtenidos en cuanto a **realización personal** que presenta una correlación positiva con *apoyo en el trabajo*.

Tomando los datos analizados, se pudo constatar la necesidad de diseñar un programa de vigilancia epidemiológica y estrategias para superar el SDP que incluye las buenas prácticas y experiencias de otras instituciones. La

implementación de la propuesta de intervención deberá hacerse bajo el compromiso y consentimiento de directivos, profesionales médicos y colaboradores de todo nivel, dado que de la calidad del servicio va a depender la satisfacción del usuario externo y, para que el usuario externo reciba una atención eficiente, depende del nivel de satisfacción del usuario interno.

Cabe resaltar que la implementación de la propuesta diseñada contempla principalmente una reestructuración de uno de los departamentos y reasignación de funciones, lo cual no implica egresos adicionales de dinero; así también, la disponibilidad del material didáctico y los medios de información y comunicación a ser utilizados están basados en los recursos informáticos actualmente existentes en el Hospital objeto de este estudio.

Finalmente, es importante resaltar que la hipótesis planteada con respecto a que los factores de riesgo psicosociales y estresores laborales influyen negativamente en las dimensiones *cansancio emocional* y la *despersonalización*, ha sido confirmada, considerando la correlación positiva de algunos de esos factores, como son: sobrecarga de trabajo, impacto negativo del trabajo en la vida familiar, dificultades en la gestión clínica, responsabilidades en la gestión clínica. En la dimensión *realización personal* se correlaciona con: recompensa profesional, buenas relaciones con pacientes y familiares y apoyo en el trabajo.

## **Recomendaciones**

La institución como ente brindador de servicios de salud debe:

Desarrollar un alto compromiso para con sus usuarios internos ofreciéndoles la seguridad de contar con programas y estrategias que permitan prevenir y/o superar la presencia del SDP, además de establecer estrategias individuales y grupales para el tratamiento de este síndrome, en sus tres dimensiones.

Generar conocimiento entre sus trabajadores de los riesgos de padecer el SDP, así como su sintomatología y sus opciones terapéuticas. Concientizar al usuario de que, en caso de presentar la sintomatología compatible con burnout, en cualquiera de sus dimensiones, no se encuentra desprotegido, ya que la institución, cuenta con estrategias de tratamiento.

Contar con un clima organizacional que fomente prácticas de autocuidado entre sus médicos, estrategias que incluyan el manejo del cansancio emocional y la despersonalización que son parte de la cultura médica. El autocuidado se fundamenta en concientizar al médico de la importancia del ejercicio diario, alimentación sana, abandono de vicios y estilos de vida nocivos, así como también la necesidad del esparcimiento, la lectura no científica, la apreciación del arte en cualquiera de sus modalidades, entre otros; todo esto fomenta a que el médico esté sano y pueda brindar salud, recordando el concepto actual de la OMS de que salud no solo es la ausencia de enfermedad, sino que es el equilibrio del ser humano en sus dimensiones bio-psico-sociales.

Generar documentos informativos, en relación a temas médicos, pero de características motivacionales, podrían ser, por ejemplo: lo acontecido en algún departamento en el cual se logró resolver un caso clínico de alta complejidad, o cuando se lleva a cabo alguna cirugía correctiva de una patología grave, esto con

el fin de eliminar el sentimiento de "falta de reconocimiento" por parte de los directivos de los esfuerzos realizados. Para ello existe un Departamento de Comunicación y Publicidad que podría destinar parte de sus actividades a la publicidad interna de la institución, que el usuario interno conozca los logros de sus colegas y los aprecie.

El sistema de vigilancia epidemiológica de la incidencia y prevalencia del burnout entre los trabajadores de la institución, debe integrar la lista de indicadores que continuamente el Departamento de Estadística evalúa, es decir, así como se determina, por ejemplo: el número de cirugías realizadas o el número de nacimientos por año alcanzado, se debe determinar el número de nuevos casos de burnout entre sus trabajadores y tomar medidas de acción

### Referencias Bibliográficas

- ACYV. (2019, mayo). *¿Qué es el “burnout”? La OMS reconoce el “síndrome del trabajador quemado”*. El Confidencial.  
[https://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2019-05-28/que-es-burnout-sindrome-trabajador-quemado\\_2039726/](https://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2019-05-28/que-es-burnout-sindrome-trabajador-quemado_2039726/)
- Águila, C. (2020). Mindfulness de investigación psicológica positivista: Críticas y alternativas. *Psychology, Society & Education, 1*(1), 57–69.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7286928>
- Aranda, G., Elcuaz, M. R., Fuertes, C., Güeto, V., Pascual, P., & Sainz de Murieta, E. (2018). Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness y autocompasión para reducir el estrés y prevenir el burnout en profesionales sanitarios de atención primaria. *Atención Primaria, 50*(3), 141–150. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.03.009>
- Arias, W. L., & Muñoz del Carpio, A. (2016). Síndrome de burnout en personal de enfermería de Arequipa. *Revista Cubana de Salud Pública, 42*, 559–575. <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2016.v42n4/559-575/>
- Arias, W. L., Muñoz del Carpio, A., Delgado, Y., Ortiz, M., & Quispe, M. (2017). Síndrome de burnout en personal de salud de la ciudad de Arequipa (Perú). *Medicina y Seguridad del Trabajo, 63*(249), 331–344.  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0465-546X2017000400331&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0465-546X2017000400331&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Constitución de la República del Ecuador, Pub. L. No. Registro Oficial 449, 449 Registro Oficial 223 (2008).



[https://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion\\_de\\_bolsillo.pdf](https://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf)

Ato, M., López, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038–1059. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>

Bernal, C. A. (2010). *Metodología de la investigación: Administración, economía, humanidades y ciencias sociales*. Pearson Educación.

Bravo, C., & Nazar, G. (2015). Riesgo psicosocial en el trabajo y salud en conductores de locomoción colectiva urbana en Chile. *Salud de los Trabajadores*, 23(2), 105–114.

[http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1315-01382015000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1315-01382015000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Brito, J. P., Medina, H., & Cedillo, J. P. (2012). *Prevalencia y factores influyentes del síndrome de burnout en internos y residentes de los hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga, Cuenca-Ecuador, enero-julio 2011* [Tesis de Pregrado en Medicina, Universidad de Cuenca].

<https://www.semanticscholar.org/paper/Prevalencia-y-factores-influyentes-del-sindrome-de-Vera-Medina/d07e6a606fd0ec1bef1f8111d179b18d105c3c59>

Cadena, P., Rendón, R., Aguilar, J., Salinas, E., De la Cruz, F. del R., & Sangerman, D. M. (2017). Métodos cuantitativos, métodos cualitativos o su combinación en la investigación: Un acercamiento en las ciencias sociales. *Revista mexicana de ciencias agrícolas*, 8(7), 1603–1617.

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2007-09342017000701603&lng=pt&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2007-09342017000701603&lng=pt&nrm=iso&tlng=es)

Calle, M. I., Vargas, F. S., & Molina, Y. J. (2016). *Prevenir el burnout como problema de salud pública*. [Tesis de Especialización en Gerencia de la Salud Pública, CES].

<http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/handle/10946/4297>

Cano, M., Cicirello, S., López, A., & Aguilar, M. (2014). Marco actual del suicidio e ideas suicidas en personal sanitario. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 60(234), 198–218.

<http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v60n234/revision4.pdf>

Carlin, M., & Garcés de los Fayos, E. J. (2010). El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de Psicología*, 26(1), 169–180.

<https://revistas.um.es/analesps/article/view/92171>

Carrillo, C., Ríos, M. I., Escudero, L., & Martínez, M. E. (2018). Factores de estrés laboral en el personal de enfermería hospitalario del equipo volante según el modelo de demanda-control-apoyo. *Enfermería Global*, 17(50), 304–324. <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.2.277251>

Carrillo, R., Gómez, K., & Espinoza de los Monteros, I. (2012). Síndrome de burnout en la práctica médica. *Medicina Interna de México*, 28(6), 579–584. [https://www.medigraphic.com/cgi-](https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=38802)

[bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=38802](https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=38802)

Cascaes da Silva, F., Gonçalves, E., Valdivia Arancibia, B. A., Bento, G. G., Silva Castro, T. L. da, Soleman Hernandez, S. S., & da Silva, R. (2015).

Estimadores de consistencia interna en las investigaciones en salud: El uso del coeficiente alfa. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 32(1), 129–138.

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1726-46342015000100019&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-46342015000100019&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Cebolla, A., David, Á. E., Soler, J., & García, J. (2017). Psicología positiva

contemplativa: Integrando mindfulness en la psicología positiva. *Papeles del Psicólogo - Psychologist Papers*, 37(1), 12.

<https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2816>

Corona, J. (2016). Apuntes sobre métodos de investigación. *MediSur*, 14(1), 81–

83. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1727-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-897X2016000100016&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

[897X2016000100016&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-897X2016000100016&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Delgado, J. M. (2015). *Síndrome de burnout en los médicos residentes y personal de enfermería de las unidades de emergencia, neonatología y la unidad de*

*cuidados intensivos y su medición mediante la escala MBI en el Hospital*

*Isidro Ayora de la ciudad de Loja, período Enero-Agosto 2015* [Tesis

previa la obtención del título de Médico General, Universidad Nacional de

Loja]. <https://docplayer.es/38131445-Universidad-nacional-de-loja.html>

Díaz, F., & Gómez, I. C. (2016). Research on burnout from 2000 to 2010 in Latin America. *Psicología desde el Caribe*, 33(1), 113–131.

<https://doi.org/10.14482/psdc.33.1.8065>

- Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). *Burn-Out: Stages of Disillusionment in the Helping Professions*. Kluwer Academic Pub.
- Escribà, V., Artazcoz, L., & Pérez, S. (2008). Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de burnout en médicos especialistas. *Gaceta Sanitaria*, 22(4), 300–308.  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0213-91112008000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-91112008000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Fajardo, A. (2017). Medición en epidemiología: Prevalencia, incidencia, riesgo, medidas de impacto. *Revista Alergia México*, 64(1), 109–120.  
<https://doi.org/10.29262/ram.v64i1.252>
- Fernández, J. C., Pérez, J. M., Santos, A. M., Pérez, M., & Peralta, M. I. (2018). Burnout and executive functions in Palliative Care health professionals: Influence of burnout on decision making. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 41(2), 171–180. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0308>
- Fernández, Manuel, Juárez, A., & Merino, C. (2015). Análisis estructural e invarianza de medición del MBI-GS en trabajadores peruanos. *Liberabit*, 21(1), 9–20.  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1729-48272015000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1729-48272015000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Fernández, María, González, J., Iribar, C., & Peinado, J. M. (2013). Comentarios sobre riesgos psicosociales en el trabajo: Una aproximación evaluativa. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(1), 149–150. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1726-46342013000100032&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-46342013000100032&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

- Fernández, V., Zarate, R. A., & Lartigue, T. (2010). ¿Para qué estudiar el síndrome de burnout en el personal de enfermería en México?: Precisiones metodológicas para el desarrollo de una línea de investigación. *Enfermería Universitaria*, 7(1).  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632010000100004](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632010000100004)
- Ferreira, J., Alves, C., Cezar, M. R., Heck, R. M., & Modernel, D. (2018). Burnout en profesionales de la salud hospitalaria: *Revista Uruguaya de Enfermería*, 13(1), 70–90. <https://doi.org/10.33517/rue2018v13n1a7>
- Flores, J. C., & Imbaquingo, G. E. (2017). Evaluación del síndrome de Burnout en el personal médico que labora en un hospital de la ciudad de Quito-Ecuador. *RECIAMUC*, 1(4), 649–683.  
<https://doi.org/10.26820/reciamuc/1.4.2017.649-683>
- Fuertes, M. C., Aranda, G., Rezola, N., Erramuzpe, A., Palacios, C., & Ibañez, B. (2019). Persistencia a largo plazo de los efectos de un programa de mindfulness y autocompasión en profesionales sanitarios de Atención Primaria. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 42(3), 269–280.  
<https://doi.org/10.23938/ASSN.0718>
- García, M. (1991). Burnout en profesionales de enfermería de Centros Hospitalarios. *Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones = Journal of work and organizational psychology*, 7(18), 3–12.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=109444>
- Gil, P. R. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 1(1),

19–33.

[https://www.researchgate.net/publication/263161122\\_El\\_sindrome\\_de\\_quemarse\\_por\\_el\\_trabajo\\_sindrome\\_de\\_burnout\\_en\\_profesionales\\_de\\_enfermeria](https://www.researchgate.net/publication/263161122_El_sindrome_de_quemarse_por_el_trabajo_sindrome_de_burnout_en_profesionales_de_enfermeria)

Gil, P. R. (2012). Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 29(2), 237–241.

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1726-46342012000200012&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-46342012000200012&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Gil, P. R., Carlotto, M. S., & Gonçalves, S. (2011). Prevalence of burnout in a sample of Brazilian teachers. *The European Journal of Psychiatry*, 25(4), 205–212. <https://doi.org/10.4321/S0213-61632011000400003>

Gil, P. R., & Moreno, B. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout)*. Ediciones Pirámide S.A.

Gomero, R., Palomino, J., Ruíz, F., & Llap, C. (2005). El Síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera de Southern Perú Copper Corporation: Estudio Piloto. *Revista Medica Herediana*, 16(4), 233–238.

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1018-130X2005000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1018-130X2005000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Gómez, R. J., Mendoza, E. M., & Lifa, A. J. (2015). *Factores humanos y seguridad operacional* (Primera Edición). Tecnibook Ediciones.

González, D., Giachero, S., & Delgado, S. (2012). Riesgos psicosociales en el lugar de trabajo: Aproximación teórica y marco legal en Uruguay.

*Ciencias Psicológicas*, 6(1), 75–87.

[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1688-42212012000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-42212012000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

González, J. L., & Ruiz, P. (2011). Investigación cualitativa versus cuantitativa: ¿dicotomía metodológica o ideológica? *Index de Enfermería*, 20(3), 189–193. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962011000200011>

González, M. G., & Luzuriaga, L. S. (2013). *Estudio analítico de las variables sociodemográficas y laborales, trastornos emocionales y perfiles de personalidad en médicos tratantes y residentes con síndrome de Burnout que trabajan en el Hospital Carlos Andrade Marín en el periodo de diciembre del 2012 y marzo del 2013*. [Tesis de Grado para optar por el título de Médico Cirujano, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. <http://repositorio.puce.edu.ec:80/xmlui/handle/22000/5890>

Gracia, R. M., Ferrer, J. M., Ayora, A., Alonso, M., Amutio, A., & Ferrer, R. (2019). Aplicación de un programa de mindfulness en profesionales de un servicio de medicina intensiva. Efecto sobre el burnout, la empatía y la autocompasión. *Medicina Intensiva*, 43(4), 207–216. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2018.02.005>

Grau, A., Suñer, R., & García, M. M. (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta Sanitaria*, 19(6), 463–470. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0213-91112005000600007&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-91112005000600007&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

- Guevara, L. M., & Ocampo, N. (2014). Propiedades Psicométricas de Confiabilidad y Validez del Maslach Burnout Inventory – General Survey. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*, 33(2), 128–142. <https://pdfs.semanticscholar.org/c512/45bdac4cddf2349f23f8935986668de44db44d.pdf>
- Hederich, C., & Caballero, C. C. (2016). Validación del cuestionario Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBISS) en contexto académico colombiano. *CES Psicología*, 9(1), 1–15. <http://www.scielo.org.co/pdf/cesp/v9n1/v9n1a02.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (Sexta edición). McGraw-Hill Education.
- Hernández, R., Méndez, S., Mendoza, C., & Cuevas, A. (2017). *Fundamentos de investigación* (Primera edición). McGraw-Hill/Interamericana.
- Hurtado, D., & Pereira, F. (2015). El síndrome de desgaste profesional (Burnout Syndrome): Manifestación de la ruptura de reciprocidad laboral. *Revista Salud Bosque*, 2(2), 29–38. <https://doi.org/10.18270/rsb.v2i2.61>
- Jordán, J. de L. A. (2017). *Estrategias educativas acerca del síndrome de burnout dirigidas al personal de salud del área de emergencias del Hospital Cantonal Baños, y influencia en la calidad de atención a los usuarios* [Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, Universidad Regional Autónoma de los Andes (UNIANDES)]. <http://localhost:8080/xmlui/handle/123456789/6324>



- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life* (6. Dr.). Basic Books.
- Klein, M. (2019). Estrategia de abordaje del problema de burnout por parte del foro argentino de medicina clínica. *Revista Argentina de Medicina*, 7(1), 41–43. <http://www.revistasam.com.ar/index.php/RAM/article/view/283>
- Kranwinkel, R. S. (2016). *El estrés en los profesores dominicanos. Un estudio sobre el burnout* [Tesis Doctoral, Universidad Alfonso X el Sabio]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=219805>
- Krogh, E., Medeiros, S., Bitran, M., & Langer, Á. I. (2019). Mindfulness and the clinical relationship: Steps to a resilience in medicine. *Revista médica de Chile*, 147(5), 618–627. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872019000500618>
- Lacave, C., Molina, A. I., Fernández, M., & Redondo, M. A. (2016). Análisis de la fiabilidad y validez de un cuestionario docente. *ReVisión*, 9(1), 2. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5814961>
- Llaneza, F. J. (2009). *Ergonomía y Psicología Aplicada. Manual para la formación del Especialista* (Décima Segunda Edición). Lex Nova.
- Llanque, P. A. (2014). Rasgos de personalidad y síndrome de Burnout en personal de salud de la unidad de quemados y cirugía plástica del “Hospital de Clínicas” de la ciudad de La Paz. *Revista de Investigación Psicológica*, 12, 93–115. [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2223-30322014000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2223-30322014000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

- López, F. J., & Expósito, A. (2016). *Ciencia de la administración y sanidad*. ACCI.
- Luna, E. A., Anaya, A., & Ramírez, E. (2019). Diagnóstico de las percepciones de los factores de riesgo psicosociales en el trabajo del personal de una industria manufacturera. *Estudios de Psicología (Campinas)*, 36. <https://doi.org/10.1590/1982-0275201936e180148>
- Madrigal, M. (2006). “Burnout” en médicos: Aproximaciones teóricas y algunos diagnósticos diferenciales. *Medicina Legal de Costa Rica*, 23(2), 137–153. [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1409-00152006000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1409-00152006000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
- Manso, J. F. (2006). Estructura factorial del maslach burnout inventory—Version human services survey—En Chile. *Interamerican Journal of Psychology*, 40(1), 111–114. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-96902006000100012&lng=pt&nrm=iso&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-96902006000100012&lng=pt&nrm=iso&tlng=es)
- Marín, M. (2017). Prevención de burnout y fatiga por compasión: Evaluación de una intervención grupal. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 9(2), 117–123. <https://doi.org/10.1016/j.jbhsi.2018.01.008>
- Martín, C. (2016, junio). *5 pasos prácticos para comenzar a practicar mindfulness*. CuidatePlus. <https://cuidateplus.marca.com/ejercicio-fisico/2016/06/23/cinco-pasos-practicos-comenzar-practicar-mindfulness-113330.html>

- Martínez, J. V., García, A., & Martínez, V. A. (2017). Estrategias para el control del estrés empresarial. Un estudio longitudinal en una empresa mediana. *Horizonte sanitario*, 16(1), 38–45. <https://doi.org/10.19136/hs.v16i1.1388>
- Maslach, C. (2009). Understanding burnout. *Ciencia & Trabajo*, 11(32), 37–43. <https://www.vitoria-gasteiz.org/wb021/http/contenidosEstaticos/adjuntos/es/16/40/51640.pdf>
- Mendoza, M. M. (2016). *Incidencia y Factores Influyentes del Síndrome de Desgaste Profesional en el personal médico especialista del Hospital de Especialidades “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” en la ciudad de Guayaquil, Junio 2016* [Trabajo de Titulación previo a la obtención del título de Magíster en Seguridad, Salud y Ambiente, Universidad San Francisco de Quito]. <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/5950>
- Merino, M. J., Carrera, F. J., Arribas, N., Martínez, A., Vásquez, P., Vargas, A., & Fikri, N. (2018). Burnout y factores de riesgo psicosocial en el personal de un hospital de larga estancia. *Cuadernos de Saúde Pública CSP*, 34(11), 1–18. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00189217>
- Moreno, B. (2011). Factors and occupational psychosocial risks: Concept, history and current changes. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(1), 4–19. <https://doi.org/10.4321/S0465-546X2011000500002>
- Moreno, B., & Báez, C. (2010). *Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas* (Informe de Investigación NIPO 792-11-088-1; p. 189). Ministerio de Trabajo e Inmigración, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Universidad Autónoma de Madrid.

<http://comisionnacional.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/PUBLICACIONES%20PROFESIONALES/factores%20riesgos%20psico.pdf>

Obando, Y. L. (2018). *Identificación del Síndrome de Burnout y su relación con las estrategias de afrontamiento en médicos residentes de la zona 7 del Ecuador* [Trabajo de Titulación de Licenciado en Psicología, Universidad Técnica Particular de Loja].

<http://dspace.utpl.edu.ec/handle/20.500.11962/23058>

Olivares, V. (2017). Christina Maslach, comprendiendo el burnout. *ResearchGate*.

Diagnóstico Psicosocial y Neuropsicológico (Fatiga) como Predictor de Seguridad y Salud Ocupacional en Trabajadores Aeronáuticos, Valparaíso.  
[https://www.researchgate.net/publication/311611859\\_Christina\\_Maslach\\_comprendiendo\\_el\\_burnout](https://www.researchgate.net/publication/311611859_Christina_Maslach_comprendiendo_el_burnout)

OMS. (2004). *La organización del trabajo y el estrés*. OMS.

[https://www.who.int/occupational\\_health/publications/stress/es/](https://www.who.int/occupational_health/publications/stress/es/)

Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227–232.

<https://doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>

Párraga, I., González, E., Méndez, T., Villarín, A., & León, A. A. (2018). Burnout y su relación con el estrés percibido y la satisfacción laboral en profesionales sanitarios de Atención Primaria de una Comunidad Autónoma. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 11(2), 51–60.

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1699-695X2018000200051&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1699-695X2018000200051&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

- Pera, G., & Serra, M. (2002). Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gaceta Sanitaria*, *16*(6), 480–486. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(02\)71968-7](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(02)71968-7)
- Pimienta, J. H. (2017). *Metodología de la investigación* (Tercera edición). Pearson Educación. <https://www.pearsoneducacion.net/ecuador/tienda-online/metodologia-de-la-investigacion-3ed-ebook>
- Piñeiros, M. N. (2018). *Mindfulness como estrategia para mitigar el estrés producido por la implementación de procesos de optimización de personal en las instituciones públicas del Ecuador* [Proyecto de Investigación presentado para la obtención del título de Licenciado en Psicología y Recursos Humanos, Universidad San Francisco de Quito]. <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/7548>
- Portero, S., & Vaquero, M. (2015). Desgaste profesional, estrés y satisfacción laboral del personal de enfermería en un hospital universitario. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *23*(3), 543–552. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0284.2586>
- Prieto, L., Robles, E., Salazar, L. M., & Vega, E. D. (2002). Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Atención Primaria*, *29*(5), 294–302. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(02\)70567-2](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(02)70567-2)
- Quiceno, J. M., & Vinaccia, S. (2017). Burnout: Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT). *Acta Colombiana de Psicología*, *10*(2), 117–125. <https://www.redalyc.org/pdf/798/79810212.pdf>

- Ramírez, A. J., Graham, J., Richards, M. A., Cull, A., & Gregory, W. M. (1996). Mental health of hospital consultants: The effects of stress and satisfaction at work. *Lancet (London, England)*, 347(9003), 724–728.  
[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(96\)90077-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(96)90077-x)
- Ramírez, M. del R. (2016). *Burnout en profesionales de la salud del Ecuador* [Tesis Doctoral, Universidad de Santiago de Compostela].  
<https://minerva.usc.es/xmlui/handle/10347/14632>
- Rivera, D. A., Rivera, J. C., & González, C. (2017). Validación de los cuestionarios CVP-35 y MBI-HSS para calidad de vida profesional y burnout en residentes. *Investigación en educación médica*, 6(21), 25–34.  
<https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.05.010>
- Román, J. (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(2), 103–110.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0864-34662003000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662003000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Ruiz, L. J., & Callejón, Z. (2014). Terapias conductuales de tercera generación en personas mayores: Una revisión de la literatura. *Psychology, Society, & Education*, 6(2), 113–124. <https://doi.org/10.25115/psyse.v6i2.512>
- Saborío, L., & Hidalgo, L. F. (2015). Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32(1), 119–124.  
[http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1409-00152015000100014&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1409-00152015000100014&lng=en&nrm=iso&tlng=es)

- Sarsosa, K., & Charria, V. H. (2018). Estrés laboral en personal asistencial de cuatro instituciones de salud nivel III de Cali, Colombia. *Universidad y Salud*, 20(1), 44–52. <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182001.108>
- Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021. Toda Una Vida, (2017). [http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL\\_0K.compressed1.pdf](http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf)
- Siegrist, J. (2002). Effort-reward imbalance at work and health. En P. Perrewe & d. Ganster (Eds.), *Historical and Current Perspectives on Stress and Health* (Vol. 2, pp. 261–291). Emerald Group Publishing Limited. [https://doi.org/10.1016/S1479-3555\(02\)02007-3](https://doi.org/10.1016/S1479-3555(02)02007-3)
- Solís, R., Tantalean, M., Burgos, R., & Chambi, J. (2017). Agotamiento profesional: Prevalencia y factores asociados en médicos y enfermeras en siete regiones del Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(3), 270–276. <https://doi.org/10.15381/anales.v78i3.13757>
- Suárez, F. C. (2016). Manteniendo la relación médico-paciente a pesar de las dificultades del sistema de salud colombiano. *Medicas UIS*, 29(2), 7–9. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0121-03192016000200001&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-03192016000200001&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
- Suárez, N. (2015). Enfoque social de la mercadotecnia y los desafíos de la cobertura universal en salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(1), 0–0. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0864-34662015000500010&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662015000500010&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Vaca, E. C. (2019). *Estrategia de prevención del síndrome de Burnout en el personal de enfermería del área de cirugía y traumatología del hospital IESS de Latacunga* [Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, Universidad Regional Autónoma de los Andes (UNIANDES)].

<http://localhost:8080/xmlui/handle/123456789/10121>

Ventura, J. L. (2017). ¿Población o muestra?: Una diferencia necesaria. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(4), 648–649.

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0864-34662017000400014&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662017000400014&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Vivanco, M. E., Sánchez, C. D., Maldonado, R. P., & Enrique, E. R. N. (2018). Síndrome de burnout en profesionales de la salud en instituciones públicas y privadas: Un análisis en la provincia de Loja-Ecuador. *Revista Boletín Redipe*, 7(11), 179–194.

<https://revista.redipe.org/index.php/1/article/view/622>

Zumárraga, R. del C., García, J. M., & Yépez, L. B. (2008). Prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos de tres hospitales públicos de la ciudad de Quito. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)*, 33(2), 29–33.

[http://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS\\_MEDICAS/article/view/1042](http://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS_MEDICAS/article/view/1042)



## Apéndices

### Apéndice A. Cuestionario para determinar el impacto de los factores de riesgo psicosociales en el síndrome de burnout en el Personal Médico del Hospital General IESS Manta

---

Saludos cordiales. El presente cuestionario forma parte de un estudio de investigación en el que se quiere determinar el impacto de los factores de riesgo psicosociales en el síndrome de burnout en el personal médico de esta institución. Los resultados de este estudio serán utilizados exclusivamente con fines académicos.

Quienes conformamos el equipo investigador de antemano agradecemos su gentil ayuda.

---

Estructura de este cuestionario:

- A) Características profesionales
- B) Cuestionario sobre agotamiento físico y emocional producido por la actividad laboral
- C) Factores de riesgo psicosociales
- D) Estresores laborales

#### A. CARACTERÍSTICAS PROFESIONALES

Marque con un X aquella característica que lo identifica

- a) Género
  - Masculino
  - Femenino
- b) Años de trabajo
  - Menos de 10
  - De 10 a 20
  - Más de 20
- c) Especialidad
  - Especialista
  - Medicina general
  - Médico residente
- d) Horas de trabajo semanal
  - Menos de 40
  - 40 o más
- e) Actividad investigadora
  - Si
  - No
- f) Actividad de gestión (jefe de servicio – coordinador de área)
  - Si
  - No
- g) Acontecimientos vitales desfavorables
  - Si
  - No
- h) Calidad de las relaciones de pareja
  - Sin pareja
  - Muy buenas
  - No muy buenas
- i) Horas semanales que usted asigna para realizar tareas domésticas
  - Entre 1 y 2
  - De 3 a 5
  - Mayor a 5

**B. CUESTIONARIO BURNOUT SOBRE AGOTAMIENTO FÍSICO Y EMOCIONAL**

Señale el número que crea oportuno sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

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

1	Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo	
2	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4	Tengo facilidad para comprender cómo se sienten mis pacientes	
5	Creo que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Siento que trabajar todo el día con pacientes supone un gran esfuerzo y me cansa	
7	Creo que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando. Me siento quemado por mi trabajo	
9	Creo que con mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de mis pacientes	
10	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo la profesión médica	
11	Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13	Me siento frustrado/a en mi trabajo	
14	Creo que trabajo demasiado	
15	No me preocupa realmente lo que les ocurra a algunos de mis pacientes	
16	Trabajar directamente con pacientes me produce estrés	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18	Me siento motivado después de trabajar en contacto con personas	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20	Me siento acabado/a en mi trabajo, al límite de mis posibilidades	
21	En mi trabajo trato los problemas emocionalmente con mucha calma	
22	Creo que mis pacientes me culpan de algunos de sus problemas	

Nota: Diseñado tomando como base el modelo propuesto por Maslach (1976)

### C. FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES

Señale con el número que corresponda al efecto que ejercen en su ambiente laboral las variables a continuación expuestas:

1	2	3	4
Nada	Poco	Medianamente	Mucho

<i>Contacto con el sufrimiento y la muerte</i>	1. Problemas emocionales de los pacientes	
	2. Transmitir malas noticias	
	3. Implicarse en el sufrimiento físico	
	4. Tratar con familiares angustiados, irritados o violentos	
	5. Sentirse incapaz de aliviar los síntomas	
<i>Dificultades en la gestión clínica</i>	6. Insuficiente influencia en la gestión de su servicio u hospital	
	7. Dificultades en sus relaciones con la dirección	
	8. Tener recursos materiales no adecuados	
	9. La experiencia y las habilidades adquiridas no se ponen en práctica	
	10. Sentirse mal pagado	
	11. Tener un horario no adecuado	
<i>Responsabilidades en la gestión clínica</i>	12. Amenaza de ser demandado por mala práctica	
	13. Responsable del bienestar de otros miembros del equipo	
	14. Responsable de la calidad del trabajo de otros miembros del equipo	
	15. Dificultados en las relaciones con sus compañeros más jóvenes	
	16. Tener conflicto de responsabilidades (ej. asistencia frente a gestión)	
	17. Asumir más responsabilidades de gestión	
	18. Dificultades en las relaciones con el personal administrativo	
<i>Sobrecarga de trabajo</i>	19. Incertidumbre respecto a la financiación futura	
	20. Tener sobrecarga de trabajo	
	21. Sentir presión por cumplir con plazos previstos o metas impuestas	
	22. Dificultades para realizar varias actividades simultáneamente	
<i>Impacto negativo del trabajo en la vida familiar</i>	23. Tener un horario no adecuado	
	24. Alteración de la vida familiar por largas jornadas de trabajo	
	25. Alteración de la vida familiar por estar de guardia o al llamado para atender emergencias	
<i>Estímulo intelectual</i>	26. Alteración de la vida familiar por llevar trabajo a casa	
	27. Estímulo intelectual con trabajos de investigación realizados en su trabajo	
	28. Estímulo intelectual con la actividad docente	
	29. Implicarse en actividades que contribuyen al desarrollo de su profesión	
	30. Oportunidades para el aprendizaje en su lugar de trabajo	
<i>Recompensa profesional</i>	31. Tener un alto nivel de autonomía en sus actividades laborales	
	32. Reconocimiento por parte de los compañeros de hacer un buen trabajo	
	33. Ser capaz de aportar un cambio positivo en su servicio/hospital	
	34. Alto nivel de responsabilidad	
	35. Tener buenas relaciones con otros miembros del staff	
	36. Tener un trabajo variado	
<i>Ausencia de dificultades en la gestión clínica</i>	37. Recursos materiales adecuados	
	38. Horarios adecuados	
<i>Buenas relaciones con pacientes y sus familiares</i>	39. Su experiencia clínica se aprovecha completamente	
	40. Sentir que se maneja bien con los familiares de los pacientes	
	41. Tener buenas relaciones con los pacientes	

Nota: Diseñado tomando como base el modelo Consultant Stress and Satisfaccion Questionnaire (CSSQ), propuesto por Ramirez, A. J., Graham, J., Richards, M. A., Cull, A., & Gregory, W. M. (1996)

**D. ESTRESORES LABORALES**

Señale con el número que corresponda al efecto que ejercen en su ambiente laboral las variables a continuación expuestas:

1	2	3	4
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

<i>Demandas psicológicas del trabajo</i>	1. Mi trabajo requiere trabajar muy rápido	
	2. Mi trabajo requiere trabajar muy duro	
	3. No tengo que trabajar una cantidad excesiva de trabajo	
	4. Tengo tiempo suficiente para realizar mi trabajo	
	5. Mi trabajo requiere largos períodos de intensa concentración en lo que se hace	
	7. Mis tareas son interrumpidas con frecuencia antes de poder terminarlas, teniendo que continuarlas más tarde	
	8. Mi trabajo es muy ajetreado	
	9. Mi trabajo se enlentece por retraso de otras personas o departamentos.	
	<i>Control sobre el trabajo</i>	10. En mi trabajo tengo que aprender cosas nuevas
11. Mi trabajo requiere que sea creativo		
12. Mi trabajo me permite tomar muchas decisiones por mí mismo		
13. Mi trabajo requiere un alto nivel de capacitación		
14. En mi trabajo puedo hacer tareas distintas		
15. Tengo mucha influencia en lo que ocurre en mi trabajo		
<i>Apoyo en el trabajo</i>	16. En mi trabajo tengo que la oportunidad de desarrollar mis habilidades especiales	
	17. Mi supervisor se preocupa del bienestar de las personas que están a su cargo	
	18. Mi supervisor presta atención a lo que digo	
	19. Mi supervisor colabora para que el trabajo se haga	
	20. Mi supervisor consigue que la gente trabaje en equipo	
	21. Las personas con las que trabajo son competentes en su trabajo	
	22. Las personas con las que trabajo se interesan por mí	
	23. Tengo problemas con las personas con las que trabajo	
	24. Las personas con las que trabajo son agradables	
25. A las personas con las que trabajo les gusta trabajar en equipo		
26. Las personas con las que trabajo colaboran para conseguir que el trabajo se haga		

Nota: Diseñado tomando como base el modelo Job Content Questionnaire (JCQ) de Karasek y Thorell (1990). La versión mínima reducida, fue validada por Escribá (2008)

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **María Belén Cevallos Chávez** con C.C.: # 1304404708, autora del trabajo de titulación **Impacto de los Factores de Riesgo Psicosociales en el Síndrome de Burnout en el Personal Médico del Hospital General IESS Manta** previo a la obtención del título de **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 02 de junio de 2021

*Ma. Belén Cevallos Ch.*

---

Dra. María Belén Cevallos Chávez

C.C: 1304404708

## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

<b>TÍTULO Y SUBTÍTULO:</b>	Impacto de los Factores de Riesgo Psicosociales en el Síndrome de Burnout en el Personal Médico del Hospital General IESS Manta		
<b>AUTORA:</b>	María Belén Cevallos Chávez, Dra.		
<b>REVISORA:</b>	Elsie Zerda Barreno, MAE		
<b>TUTORA:</b>	Adela Zurita Fabre, Ph.D.		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>UNIDAD/FACULTAD</b>	Sistema de Posgrado		
<b>PROGRAMA</b>	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	02 de Junio del 2021	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	105
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Salud, calidad en la atención, atención en salud		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Síndrome de burnout, riesgos psicosociales, estresores laborales, salud laboral, mindfulness.		
<b>RESUMEN:</b>	<p>El ambiente de los servicios de salud puede convertirse en un estresor laboral, desencadenando en sus trabajadores sentimientos de estrés, insatisfacción, cansancio, etc., que se conjugan con sus situaciones personales y familiares, síntomas que se agrupan en el Síndrome de Burnout, por ello es importante identificar los factores de riesgo psicosociales y estresores laborales, para adoptar medidas preventivas pertinentes. Esta investigación buscó identificar el impacto de los factores de riesgo psicosociales, estrés laboral y características profesionales, sobre la aparición del burnout en el personal médico del Hospital General IESS Manta, con el fin de diseñar una propuesta orientada a la prevención y superación de estos factores de riesgo. Su enfoque cuantitativo, de corte transversal, no experimental e inductivo, permitieron detectar que existe una relación media entre la dimensión <i>cansancio emocional</i> y la <i>sobrecarga de trabajo</i>; correlaciones de menor nivel, entre <i>cansancio emocional</i> y las <i>dificultades en la gestión clínica y responsabilidades en la gestión clínica</i>. <i>Despersonalización</i> tiene una correlación baja-positiva con <i>impacto negativo del trabajo en la vida familiar, sobrecarga de trabajo, responsabilidades en la gestión clínica y dificultades en la gestión clínica</i>. <i>Realización personal</i> y su relación con <i>recompensa profesional</i> tiene una correlación baja-positiva, al igual que con <i>ausencia de dificultades en la gestión clínica y buenas relaciones con pacientes y familiares</i>; hay una correlación baja-negativa con <i>impacto negativo del trabajo en la vida familiar</i>. En conclusión, los factores de riesgo psicosociales y estresores laborales influyen negativamente en <i>cansancio emocional</i> y <i>despersonalización</i>, mientras que <i>realización personal</i> se correlaciona con: recompensa profesional, buenas relaciones con pacientes y familiares y apoyo en el trabajo.</p>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR:</b>	<b>Teléfono:</b> 593-9-991569573	<b>E-mail:</b> diden_c_ch@hotmail.com	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:</b>	<b>Nombre:</b> Econ. María del Carmen Lapo Maza, Ph.D.		
	<b>Teléfono:</b> 043804600 / 0999617854		
	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:maria.lapo@cu.ucsg.edu.ec">maria.lapo@cu.ucsg.edu.ec</a>		

### SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>	
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>	
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>	