



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DEL LITORAL
ESCUELA DE POSTGRADO DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
MAESTRÍA EN GERENCIA HOSPITALARIA

TESIS DE GRADO PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

MAGISTER EN GERENCIA HOSPITALARIA

TEMA:

AUTORES:

JESSICA PAOLA FLOR CALERO

PILARCITA DEL JESÚS ÁLVAREZ PLUA

MARÍA ISABEL HONORES CALLE

DIRECTOR:

PAOLA OCHOA PACHECO, PHD.

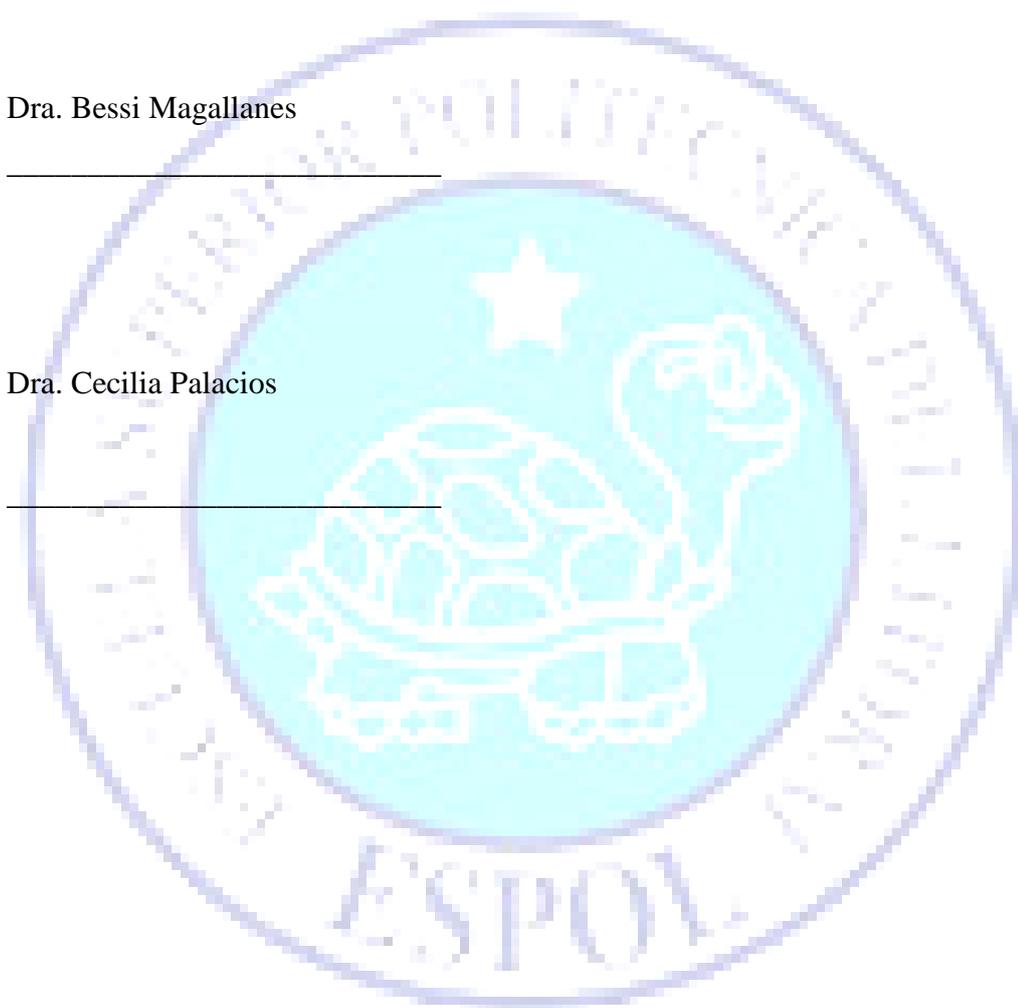
Guayaquil – Ecuador

JUNIO-2015

TRIBUNAL DE GRADUACIÓN

Dra. Bessi Magallanes

Dra. Cecilia Palacios



DECLARACIÓN EXPRESA

“La responsabilidad por los hechos, ideas y doctrinas expuestas en esta tesis, corresponden exclusivamente a su autor, y el patrimonio intelectual de la Tesis de Grado corresponderá a la ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DEL LITORAL”.

(Reglamento de Exámenes y Títulos Profesionales de la ESPOL.

PILARCITA DEL JESÚS ÁLVAREZ PLUA

JESSICA PAOLA FLOR CALERO

MARÍA ISABEL HONORES CALLE

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a las autoridades de la Escuela Superior Politécnica del Litoral, quienes nos dieron la oportunidad de realizar nuestra Maestría en Gerencia Hospitalaria. A nuestros profesores que esculpieron y fortalecieron nuestros conocimientos en los cursos sobre gerencia durante la formación académica.

Nuestro más sincero agradecimiento a la tutora de tesis Dra. Paola Ochoa Pacheco quien fue nuestra guía durante la elaboración de este estudio de investigación. Su apoyo fue indispensable para completar esta tesis en el tiempo propuesto.

DEDICATORIA

Con un amor profundo a mi creador y dueño de todos mis planes, Dios...

A mi amado esposo Darío Villacreses Morán, quien con su amor y soporte día a día me animó a no rendirme y continuar hasta culminar tan anhelada meta.

A mis hijos Jessica, Matthew, Isabella y Martina quienes aun sin entender el porque de mis ausencias, animaron con una sonrisa a seguir y no desmayar.

A mis padres Ernesto Y Margarita quienes han sido en todo momento apoyo fundamental en cada etapa de mi vida.

De manera especial a mis queridos suegros Darío y Toñita, aporte invaluable en mi formación.

A mis amigas compañeras de fórmula en esta maestría Pilita y Marisa, de quienes me llevo el mejor de los recuerdos, ya que juntas logramos los objetivos trazados desde el inicio.

Con especial cariño a mi Tutora y amiga Paola Ochoa

Jéssica

DEDICATORIA

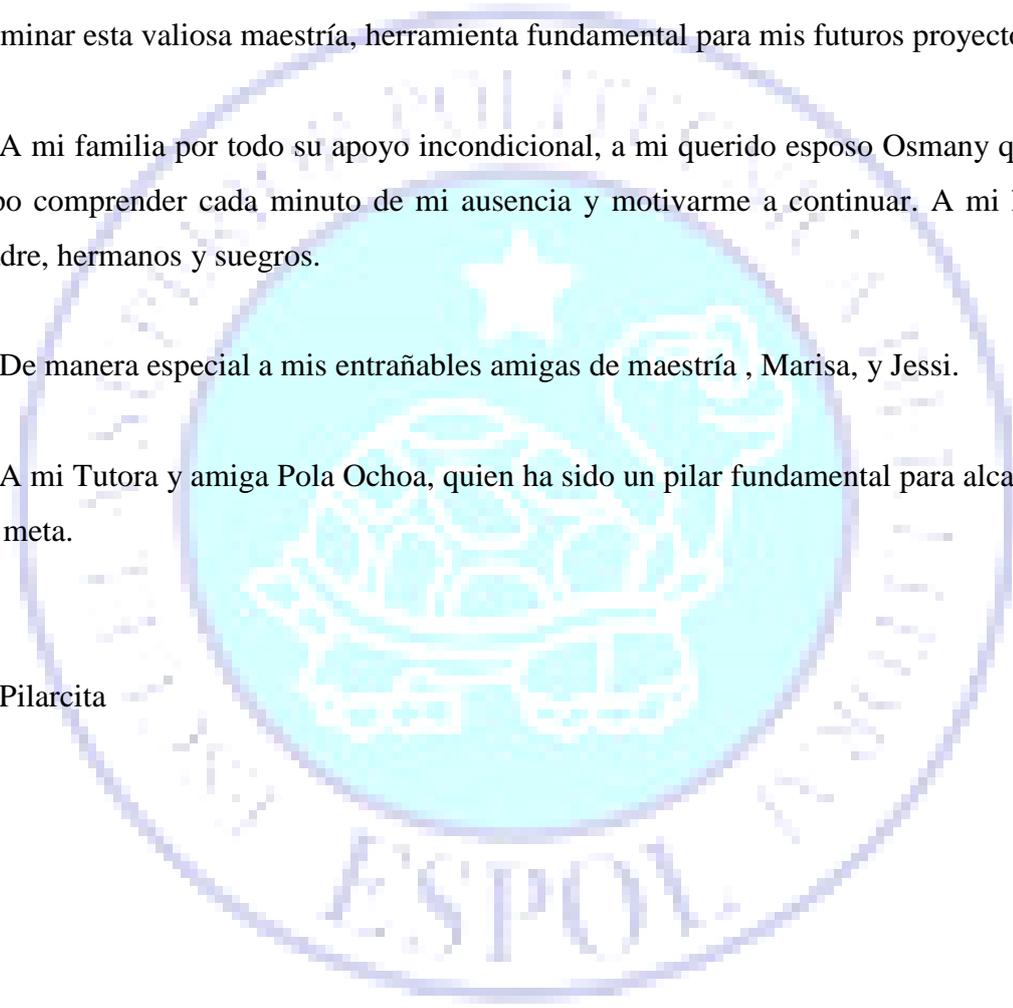
Este estudio está dedicado a Dios Omnipotente el cual hizo posible iniciar y culminar esta valiosa maestría, herramienta fundamental para mis futuros proyectos.

A mi familia por todo su apoyo incondicional, a mi querido esposo Osmany quien supo comprender cada minuto de mi ausencia y motivarme a continuar. A mi hijo, madre, hermanos y suegros.

De manera especial a mis entrañables amigas de maestría , Marisa, y Jessi.

A mi Tutora y amiga Pola Ochoa, quien ha sido un pilar fundamental para alcanzar mi meta.

Pilarcita



DEDICATORIA

Dedico esta tesis en primer lugar a mi Padre Celestial, quien con su bendición y amor infinito me ha permitido atravesar los obstáculos y me ha enseñado que el verdadero valor se da por el sacrificio, el mismo que hoy me ha permitido llegar a este momento especial en mi vida.

A mis adorables hijas, Yaritza, Valeria y Karelys, quienes han sido mi fortaleza, mi apoyo incondicional, mi mayor motivación para progresar cada días más, gracias por la paciencia, por el tiempo y por la esperanza que siempre me transmiten, el sacrificio de ustedes ha sido invaluable para mí y determinante para culminar el desarrollo de mi investigación.

A mi madre, a mi hermano Darwin y a mi esposo por el apoyo incondicional y confianza brindada durante este tiempo que me ha servido para tomar nuevos retos en mi vida personal y profesional.

A mis amigas Jessi y Pili por el equipo de tesis que hemos conformado, y que gracias al compromiso y responsabilidad que nos caracteriza, hoy nos permitimos celebrar juntas este triunfo anhelado gracias al acompañamiento y asesoría constante de mi tutora Paola Ochoa.

Con amor,

María Isabel

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue describir y analizar las dimensiones del Síndrome de Burnout y sus factores asociados en médicos del Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón.

Método: El estudio fue de tipo transversal y descriptivo y la muestra de 155 médicos en el Hospital Guayaquil. Se aplicó el Inventario de Burnout de Maslach (MBI), adaptación de la versión Bresó, Salanova y Schaufeli, (2007) adaptada al español. Se realizaron en primer lugar las pruebas de validez del instrumento y fiabilidad de datos. Para el análisis de la información recogida se utilizaron técnicas de estadística descriptiva, se analizaron los niveles de cada dimensión y las diferencias de medias según variables sociodemográficas; a través del el Programa SPSS, Versión 21

Resultados: Se evidenciaron niveles altos y medios en los componentes de: agotamiento y cinismo respectivamente y un nivel alto en la dimensión eficacia, además se concluyó que si bien el porcentaje de prevalencia del Síndrome de Burnout es bajo; se encontraron perfiles de burnout con potenciales niveles de riesgo psicosociales.

Palabras claves: Síndrome de Burnout, Médicos Especialistas, Hospital Guayaquil, Salud Pública, Guayaquil

Índice General

1. Síndrome de Burnout en médicos del Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”, Ecuador, periodo 2014-15.

PARTE 1.	5
ESTUDIO DEL SINDROME DE BURNOUT	5
1. La Investigación	6
1.1. Justificación del Estudio	7
1.2. Planteamiento del Problema	8
1.3. Objetivo General	9
1.3.1. Objetivos Específicos	9
2. Marco Teórico	10
2.1. Síndrome de Burnout: Antecedentes	10
TABLA 1.0: Evolución del concepto de Burnout y sus instrumentos de medida	11
2.1.1 El estrés	12
2.2 Modelo demandas – recursos	14
Figura 1.0 Modelo de demandas y recursos laborales	15
Figura 1.1.- Intervenciones basadas en la teoría de DR laborales	16
2.3 Riesgos psicosociales	16
2.4 Concepto del Síndrome de Burnout	20
2.5 Manifestaciones clínicas	23
2.6 Dimensiones del fenómeno estudiado	26
2.7 Características del Síndrome de Burnout	27
2.8 Consecuencias del Síndrome de Burnout	29
Figura N 1.2: Proceso y consecuencias del Síndrome de Burnout	30
2.9 Estado del arte	31
Tabla N° 2.0 Estudios a nivel Nacional	38
Tabla N° 2.1.- Estudios realizados a nivel de latinoamérica	55
3 Contexto de la Salud Ecuatoriana	66

Figura N° 1.3.- Antecedentes de la Reforma de Salud	68
Figura N°1.4.- Modelo de Atención Integral de Salud	71
Tabla N° 3.0.- Datos de resultados de indicadores del PNBV	75
3.1.1 Financiamiento del Sistema Nacional de Salud Pública	76
Figura N° 1.5.- Financiamiento del Sistema Nacional de Salud.....	76
Figura N° 1.6.- Composición del Gasto del Presupuesto General del Estado	79
3.1.2 Provisión de Servicios de Salud	80
3.1.3 Ministerio de Salud Pública.....	82
3.1.4 Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”	86
Figura N° 1.7.- Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”	87
A. Área de influencia	89
Figura 1.8: Producción Hospitalaria	91
Figura 1.9: Atenciones de consulta externa y de emergencia	92
Figura 2.0: Egresos hospitalarios e intervenciones quirúrgicas	93
Figura 2.1.: Egresos hospitalarios por especialidad	94
Figura 2.2.: Indicadores de hospitalización	95
Figura 2.3.: Porcentaje de satisfacción de usuarios	96
Tabla N° 3.1: datos adicionales de importancia para el estudio.....	96
C. Direccionamiento estratégico.....	97
El Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón” cuenta con un Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos de Hospitales (EOGOPH), en el cual se describe la misión, visión, objetivos estratégicos y valores institucionales. El EOGOPH define una estructura organizacional en cuatro procesos:	97
Figura 2.4.: Mapa de proceso hospitalario.....	97
PARTE 2.....	99
ESTUDIO EMPÍRICO DEL SÍNDROME DE BURNOUT	99
1. Diseño de la investigación	100
1.1 Variables en Investigación	100
A. Variables psico-sociales:	101

B. Variables socio-demográficas:	101
1.2 Hipótesis del estudio.....	102
2. Método de la Investigación	103
2.1 Procedimiento.....	103
2.2 Procedimientos para la recolección de la información.....	104
2.2.1 Muestra	106
2.2.2 Caracterización de la muestra	106
Variable Departamento:.....	106
Tabla N° 3.2.: Distribución de profesionales por departamento hospitalario	107
Figura N° 2.5.: Distribución de profesionales por departamento hospitalario.....	108
Tabla N° 3.3.: Sexo	109
Figura N° 2.6.: Sexo	109
Tabla N° 3.4.: Edad.....	110
Figura N° 2.7.: Edad.....	111
Tabla N° 3.5.: Situación contractual	112
Figura N° 2.8.: Situación contractual.....	112
Tabla N° 3.6.: Antigüedad como profesional en el centro	113
Figura N° 2.9.: Antigüedad como profesional en el centro	114
2.3 Instrumento del Estudio	114
Tabla N° 4.0.: Inventario de Burnout de Maslach (MBI), adaptación de la versión Bresó, Salanova y Schaufeli, (2007)	117
2.3.1 Valoración de los ítems.....	118
A. Escala de Frecuencia	118
2.3.2 Puntos de corte.....	118
Tabla N° 4.1: Puntos de corte del M.B.I. según Bresó y colaboradores (2013)	119
2.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	119
2.4.1 Criterios de inclusión	119
2.4.2 Los criterios de exclusión.....	120

2.5	Análisis de validez y fiabilidad del Maslach Burnout Inventory (MBI).....	120
2.5.1	Análisis de validez del cuestionario MBI.....	121
	Tabla N° 4.2.: Varianza total explicada.....	122
	Tabla N° 4.3.: Matriz de configuración	123
2.5.2	Análisis de fiabilidad de los componentes principales del S. de Burnout.....	124
	Tabla N° 4.4.: Estadísticos de fiabilidad del agotamiento emocional	125
	Tabla N° 4.5 Estadísticos de fiabilidad de cinismo.....	126
	Tabla N° 4.6.: Estadísticos de fiabilidad del cinismo; ajustada	127
	Tabla N° 4.7.: Estadísticos de fiabilidad eficacia profesional.....	127
2.5.3	Análisis estadístico.....	129
3.	Resultados.....	131
3.1	Presentación de los resultados del MBI	131
3.2	Descripción de las distribuciones (medias, desviaciones, asimetría, y curtosis)	132
	Tabla N° 5.0.: Estadísticos de componentes principales.	132
	Figura N° 3.0.: Nivel de agotamiento	133
	Figura N° 3.1.: Nivel de cinismo	134
	Figura N° 3.2.: Nivel de eficacia profesional	134
3.3	Análisis de los niveles de Burnout	135
	Tabla N° 5.1.: Nivel de agotamiento.....	135
	Figura N° 3.3: Nivel de agotamiento	136
	Tabla N° 5.2.: Nivel de cinismo	137
	Figura N° 3.4.: Nivel de cinismo	137
	Tabla N° 5.3: Nivel de Eficacia profesional.....	138
	Figura N° 3.5.: Nivel de Eficacia profesional.....	138
3.4	Resultados preguntas extras (praxis, lo mejor, lo peor).....	139
	Tabla N° 6.0.: Praxis	140
Tabla	N° 6.1.: Lo mejor	141

Tabla N° 6.2.: Ámbito laboral: Lo peor	142
A. Prueba T - Student.....	143
Tabla N° 6.3.: Estadísticos de grupo	144
Tabla N° 6.4.: Estadísticos de grupo	145
Tabla N° 6.5.: Estadísticos de grupo	146
Tabla N° 6.6.: Pruebas de muestras independientes Nivel de eficacia profesional * Sexo	146
Tabla N° 6.7.: Estadísticos de grupo	147
Tabla N° 6.8.: Pruebas de muestras independientes Nivel de agotamiento * Situación contractual.....	147
Tabla N° 6.9.: Estadísticos de grupo	148
Tabla N° 7.0.: Pruebas de muestras independientes Nivel de cinismo * Situación contractual.....	149
Tabla N° 7.1.: Estadísticos de grupo	150
Tabla N° 7.2.: Pruebas de muestras independientes Nivel de eficacia profesional * Situación contractual.....	150
B. Pruebas F 150	
Tabla N° 7.3.: Descriptivos Nivel de agotamiento * Edad	151
Tabla N° 7.4.: ANOVA de un factor	152
Tabla N° 7.5.: Pruebas post hoc	152
Tabla N° 7.6.: Descriptivos Nivel de cinismo * Edad	154
Tabla N° 7.7.: ANOVA de un factor	154
Tabla N° 7.8.: Pruebas post hoc	155
Tabla N° 7.9.: Descriptivos Nivel de eficacia profesional * Edad	156
Tabla N° 8.0.: ANOVA de un factor	156
Tabla N° 8.1.: Descriptivos Nivel de agotamiento * Departamento	157
Tabla N° 8.2.: ANOVA de un factor	158
Tabla N° 8.3.: Descriptivos Nivel de cinismo * Departamento	159

Tabla N° 8.4.: ANOVA de un factor	159
Tabla N° 8.5.: Pruebas post hoc	160
Tabla N° 8.6.: Descriptivos Nivel de eficacia profesional * Departamento	161
Tabla N° 8.7.: ANOVA de un factor	161
Tabla N° 8.8: Descriptivos Nivel de agotamiento * Antigüedad como profesional en el centro	162
Tabla N° 8.9.: ANOVA de un factor	163
Tabla N° 9.0.: Pruebas post hoc	163
Tabla N° 9.1: Descriptivos Nivel de cinismo * Antigüedad como profesional en el centro.....	164
Tabla N° 9.2.: ANOVA de un factor	165
Tabla N° 9.3: Descriptivos Nivel de eficacia profesional * Antigüedad como profesional en el centro	166
Tabla N° 9.4.: ANOVA de un factor	166
C. Tablas de contingencia.....	167
Tabla N° 9.5.: Únicas asociaciones significativas entre variables sociodemográficas con el Síndrome de Burnout.....	168
Tabla N° 9.6.: Nivel de agotamiento * Departamento.....	169
Figura N° 3.6.: Nivel de agotamiento * Departamento.....	170
Tabla N° 9.7: Nivel de agotamiento * Sexo.....	171
Figura N° 3.7: Nivel de agotamiento * Sexo.....	171
Tabla N° 9.8.: Nivel de agotamiento * Edad.....	172
Figura N° 3.8: Nivel de agotamiento * Edad	173
Tabla N° 9.9.: Nivel de agotamiento * Situación contractual	174
Figura N° 3.9: Nivel de agotamiento * Situación contractual	174
Tabla N° 10.0.: Nivel de agotamiento * Antigüedad como profesional en el centro.....	175
Figura N° 4.0.: Nivel de agotamiento * Antigüedad como profesional en el centro	176
Tabla N° 10.1.: Nivel de cinismo * Departamento.....	177
Figura N° 4.1.: Nivel de cinismo * Departamento.....	177

Tabla N° 10.2.: Nivel de cinismo * Sexo	178
Figura N° 4.2: Nivel de cinismo * Sexo	179
Tabla N° 10.3.: Nivel de cinismo * Edad	180
Figura N° 4.3.: Nivel de cinismo * Edad.....	181
Tabla N° 10.4.: Nivel de cinismo * Situación contractual	182
Figura N° 4.4.: Nivel de cinismo * Situación contractual	182
Tabla N° 10.5.: Nivel de cinismo * Antigüedad como profesional en el centro	183
Figura N° 4.5.: Nivel de cinismo * Antigüedad como profesional en el centro.....	184
Tabla N° 10.6.: Nivel de eficacia profesional * Departamento	185
Tabla N° 10.7.: Nivel de eficacia profesional * Sexo	187
Figura N° 4.7.: Nivel de eficacia profesional * Sexo	187
Tabla N° 10.8.: Nivel de eficacia profesional * Edad	188
Figura N° 4.8.: Nivel de eficacia profesional * Edad.....	189
Tabla N° 10.9.: Nivel de eficacia profesional * Situación contractual	190
Figura N° 4.9.: Nivel de eficacia profesional * Situación contractual.....	190
Tabla N° 11.0.: Nivel de eficacia profesional * antigüedad como profesional en el centro	192
Figura N° 5.0.: Nivel de eficacia profesional * Antigüedad como profesional en el centro.....	192
3.5 Prevalencia del Síndrome de Burnout	193
Tabla N° 11.1.: Prevalencia del Síndrome de Burnout	194
Tabla N° 11.2.: Prevalencia del Síndrome de Burnout	195
Tabla N° 11.3.: Perfiles del Síndrome de Burnout	195
Figura N° 5.1.: Porcentaje del Síndrome de Burnout.....	196
Tabla N° 11.4.: Tabla de contingencia Sexo * Síndrome de Burnout	197
Tabla N° 11.5.: Estimación de riesgo	197
3.6 Análisis de regresión dimensiones del burnout e índice de rotación del Hospital de Guayaquil	198
Tabla N° 12.: Índice de rotación dimensión de agotamiento del burnout	199

Tabla N° 12.1.: Varianza del índice de rotación.....	199
Tabla N° 12.3.: Variables excluidas	199
4. Discusión	200
5. Conclusiones.....	207
6. Recomendaciones.	209
7. Recomendaciones:.....	211
Referencias bibliográficas	221
ANEXO N° 1	232
Inventario de Burnout de Maslach (MBI), adaptación de la versión Bresó, Salanova y Schaufeli, (2007) en una versión adaptada al español.	232
ANEXO N° 2	244
Constancia, Declaración de las coordinadoras y participantes de la investigación.....	244
ANEXO N° 3	250
Solicitud y autorización de las autoridades de la institución para el desarrollo de la investigación	250

INTRODUCCIÓN

En esta era de la globalización, en que la calidad, la eficiencia y la innovación son los pilares del crecimiento socioeconómico, del progreso empresarial e institucional, se requiere fortalecer el talento humano presente en las organizaciones de salud, para garantizar la calidad de sus servicios y las competencias que demanda el entorno. El trabajo médico se encuentra rodeado de altas demandas emocionales y laborales que influyen en la salud del médico, por lo que el tema de tesis de esta investigación tiene como objetivo principal describir las dimensiones del Síndrome de Burnout en los profesionales de la medicina del Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”.

El Síndrome de Burnout, denominado también “Síndrome del quemado” o de agotamiento profesional, se presenta en los trabajadores de servicio, los que tienen largas jornadas de trabajo, realizan un esfuerzo en prolongados periodos de tiempo, y requieren del contacto personal.

Como parte de los primeros estudios dedicados a estudiar la situación de agotamiento del médico en la década de los 70`s el Doctor Freudenberg, encontró el síndrome de desgaste profesional, una enfermedad que especialmente afectaba a los

profesionales que laboran en el área de salud. Este concepto ha venido tomando importancia, se ha modificado a través del tiempo y actualmente se estudia en profesiones diversas, que están en contacto con usuarios o clientes.

Numerosos estudios acerca de este fenómeno han sido estudiados en diferentes grupos de profesionales enfermeras, docentes, estudiantes, e incluso otras áreas laborales. Según diferentes autores Maslach y Jackson, (1997) se identifican tres aspectos característicos del Burnout como son: cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal. Las consecuencias de este síndrome en el ámbito del trabajo están relacionadas con el riesgo de sufrir depresión y trastornos de ansiedad, ausentismo laboral, dificultades para trabajar en grupos, disminución en la satisfacción laboral, despersonalización en la relación médico paciente y disminución en el rendimiento laboral así como pérdida de la productividad, entre otras.

El servicio de salud en el Ecuador ha cambiado en los últimos años, con la transformación en los modelos de atención, la priorización de la APS (atención primaria de salud) y el aumento de la inversión en salud destinada a la capacitación del recurso humano sanitario e infraestructura. El fortalecimiento del sistema de salud, a través de la RIPS (Red integral pública de salud), ha estado alineado con el

cumplimiento de los objetivos del milenio que buscan ofrecer una mejor calidad de vida a toda la población.

La presente tesis está diseñada en dos grandes partes: En la Primera parte se desarrolla el Marco Teórico, donde se abordarán los antecedentes, evolución del constructo del Síndrome Burnout a través de la historia y sus principales actores, la base teórica, características, manifestaciones, dimensiones y consecuencias del Burnout. También se formula en esta parte el estado del arte que cuenta con los estudios más actualizados a nivel nacional, de Latinoamérica y el mundo y finalmente se presenta un resumen sobre el Sistema Nacional de Salud. En la segunda parte de la investigación se presenta el estudio empírico realizado en el Hospital de Especialidades de Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, comenzando por el método, y siguiendo con la presentación de resultados, discusión y conclusiones.

Diversos estudios realizados para determinar frecuencia, prevalencia del Síndrome de Burnout, así como su asociación con factores socio-demográficos a nivel nacional e internacional en grupos médicos hacen que se considere de alto impacto la realización de este primer estudio a nivel de maestría en Ecuador, y en particular en un Hospital Público en la ciudad de Guayaquil.

Las transformaciones experimentadas por el sistema de salud de Ecuador en los últimos ocho años se ha fortalecido de manera integral a través de convenios y acuerdos con el objetivo de garantizar el acceso a los servicios de salud gratuita, estos cambios reflejan la importancia de mejorar las condiciones de trabajo de los servidores de la salud pública con la finalidad de garantizar la calidad de los servicios de salud.

Desde el punto de vista organizacional, la aplicación de políticas públicas de salud sin la integración de la gestión del talento humano, generan mayor demanda de recursos por parte del trabajador para compensar las exigencias y sobrecargas laborales. Motivo por el cual, con el aporte de esta investigación se espera lograr la sensibilización de las autoridades de salud a fin de generar estrategias de prevención al Síndrome de Burnout.



1. La Investigación

En el Ecuador el sector salud atraviesa cambios profundos considerando a la salud como un derecho del cual los pacientes se empoderan cada vez más, lo que conlleva a una mayor exigencia por parte de los mismos, sumado a las políticas de salud dirigidas a brindar servicios de calidad y calidez al usuario, sin embargo en las instituciones de salud donde se brinda el servicio no se aplican políticas dirigidas al bienestar de los trabajadores.

Actualmente los médicos además de la responsabilidad que tienen en el ejercicio de su profesión sobre la vida de sus pacientes, están directamente relacionados con las transformaciones políticas del país en la aplicación de las leyes y reformas constitucionales y laborales como son el Código Integral Penal COIP (2014) y la Ley Orgánica de Servicio Público LOSEP (2010).

Los estresores a los que están expuestos constantemente los profesionales de la salud intervienen en la aparición de síntomas y signos característicos de agotamiento emocional, despersonalización y baja eficacia profesional, triada clásica del Síndrome de Burnout, resultando un riesgo para el trabajador, la organización, y sobre todo para los pacientes que son quienes perciben y reciben las consecuencias negativas que

podrían generarse como resultados del Burnout. Motivo por el cual esta investigación espera aportar con la determinación del nivel de las dimensiones del Síndrome de Burnout en un grupo de médicos del Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”, y la relación de los factores sociodemográficos como herramienta de cambio para la gestión hospitalaria además de sugerir a las autoridades soluciones a estos riesgos laborales.

1.1. Justificación del Estudio

El Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón” es considerado actualmente como el único hospital de referencia para toda la región costa y sierra sur del Ecuador, captando una gran demanda de usuarios y exigiendo la participación activa del personal de salud, lo que supone sería un ambiente propicio para el estudio del tema escogido en la presente investigación.

El Síndrome de Burnout es un tema de interés tanto a nivel mundial como latinoamericano, sin embargo en Ecuador existen pocos estudios realizados de los cuales ninguno cuenta con muestras representativas que permitan determinar los objetivos e hipótesis que serán planteadas en la presente investigación, convirtiéndose en la primera investigación que valorará no solo las variables

cuantitativas sino que además se analizarán algunas preguntas con carácter cualitativo de interés actual político y social.

La oportunidad brindada por la Universidad ha sido acogida con gran interés por las autoras, motivado por el perfil profesional que tiene cada una y la experiencia en la gerencia y dirección de instituciones de salud pública; por lo que el reto se convertirá en una herramienta de conocimiento y de estrategias para ser aplicadas en las instituciones a las cuales representamos. Aunque la ejecución de la presente investigación a nivel personal supone un mayor esfuerzo, compromiso, tiempo y dedicación frente al otro grupo de tesis de la universidad, debido al tipo de estudio que consiste en una investigación empírica permitiendo desarrollar el perfil investigador; las ventajas siguen siendo mayores como interés profesional y personal.

1.2. Planteamiento del Problema

¿Cuáles son los niveles del síndrome de Burnout alcanzados por el personal médico del Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”?

1.3. Objetivo General

Describir las dimensiones del Síndrome de Burnout (Síndrome del Quemado) en los profesionales de la medicina del Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón” en el contexto de salud ecuatoriano.

1.3.1. Objetivos Específicos

- Establecer los niveles de las dimensiones que componen el Síndrome de Burnout: Agotamiento, Cinismo y Eficacia, en los médicos del Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”.
- Determinar las diferencias de medias de las dimensiones del Síndrome de Burnout en los profesionales médicos del Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”, según las variables demográficas sexo, edad, departamento, especialidad médica, antigüedad en la profesión, empleos ejercidos actualmente, antigüedad en el centro, situación contractual, dedicación laboral al centro, dedicación elegida voluntariamente y responsabilidades directivas

2. Marco Teórico

2.1. Síndrome de Burnout: Antecedentes

El Síndrome de Burnout también conocido como el síndrome de quemarse por el trabajo, fue empleado en la industria aeroespacial en 1969, este síndrome fue descrito por primera vez por el psiquiatra de Fráncfort y el Dr. Herbert Freudenberg (1974), pero fue Maslach (1997) quien lo describió como una situación que se presenta en trabajadores de los servicios humanos, que después de meses o años de dedicación terminan “quemándose” (Alvarez & Fernandez, 1991) (Gil Monte & Moreno , 2007)

Durante las últimas décadas, diferentes investigadores han desarrollado varios instrumentos de evaluación para el Síndrome de Burnout, sin embargo Cristina Maslach (1997) fue la primera investigadora que presentó un cuestionario para valorar este síndrome (Blancharda, y otros, 2010); (Maslach & Jackson, 1997). Otros instrumentos que evalúan el síndrome son a) el Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP), que mide cuatro dimensiones: insatisfacción laboral, tensión psicológica e interpersonal, problemas de salud y deterioro de las relaciones profesionales con los pacientes; b) instrumento elaborado por Pines Aronson y Kafry, Tedium Measure (TM) que evalúa 3 dimensiones: agotamiento emocional,

agotamiento físico y agotamiento mental; c) Instrumento llamado Maslach Burnout Inventory (MBI) para evaluar 3 dimensiones: Baja realización personal en el trabajo, agotamiento emocional, despersonalización entre los profesionales de sanitarios; d) el instrumento MBI modificado por Schaufeli, Leiter, Maslach y por último e) el de Jackson, y Schaufeli, Salanova, González-Romá y Bakker (Berdejó, 2014); (Maslach & Jackson, 1997).

TABLA 1.0: Evolución del concepto de Burnout y sus instrumentos de medida

MEDIDA DEL BURNOUT			
Año	Dimensiones que componen el síndrome	Instrumento de Medida	Muestra
1981	MBI-Human Services. (Maslach y Jackson, 1981)	MBI-Human Services. (Maslach y Jackson, 1981)	Profesionales de ayuda y Servicios
1996	MBI-General Survey. (Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson, 1996)	MBI-General Survey. (Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson, 1996)	Todo tipo de profesionales
2002	MBI-Student Survey. (Schaufeli, Salanova, González-Romá y Bakker, 2002)	MBI-Student Survey. (Schaufeli, Salanova, González-Romá y Bakker, 2002)	Estudiantes universitarios

Fuente: Salanova, Bakker, Schaufeli, 2006.

Como antecedentes también es importante hablar sobre un fenómeno vinculado a la actividad laboral considerada como la antesala del Burnout, es decir el Estrés.

2.1.1 El estrés

El estrés es uno de los fenómenos más comunes en el mundo laboral, que se acrecienta en el marco de las exigencias que las organizaciones plantean a los trabajadores. Es un constructo complejo de explicar y en sus inicios el fisiólogo y médico Hans Selye (1936) identificó en sus pacientes síntomas que llamó Síndrome de Adaptación General (SAG), y que se relacionaban con tres sistemas: Endócrino, Nervioso e Inmunológico, en los cuales se genera una respuesta neurológica ante un estímulo de estrés, estas respuestas pueden ser de tipo cognitivo, emotivo y conductuales. Otros esquemas del estrés dan énfasis a lo cognitivo, que según (Daza, 1993) es parte de un proceso de valoración referido al ámbito interno, la percepción del individuo ante estímulos externos con carácter defensivo y la capacidad de éste de traducir dichos estímulos de acuerdo a su apreciación en valoración positiva o negativos. Por su parte la Organización Mundial de la Salud (OMS) define al estrés como el conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción y cuyos síntomas están relacionados con los mismos sistemas (OMS, 2013).

Estudios más recientes como los de Fernández, González y Trianes (2015) citando a Lazarus y Folkman (1986) indican que el estrés es producido en dos fases, en la primera, el individuo visualiza cognitivamente al estresor y a las demandas que éstos provocan; en la segunda fase el individuo evalúa si los recursos que posee son suficientes para afrontar esas demandas, tomando en cuenta que a pesar de existir el mismo estresor los seres humanos suelen reaccionar de modo diferente, y las respuestas pueden ser de tipo fisiológico, emocional o comportamental.

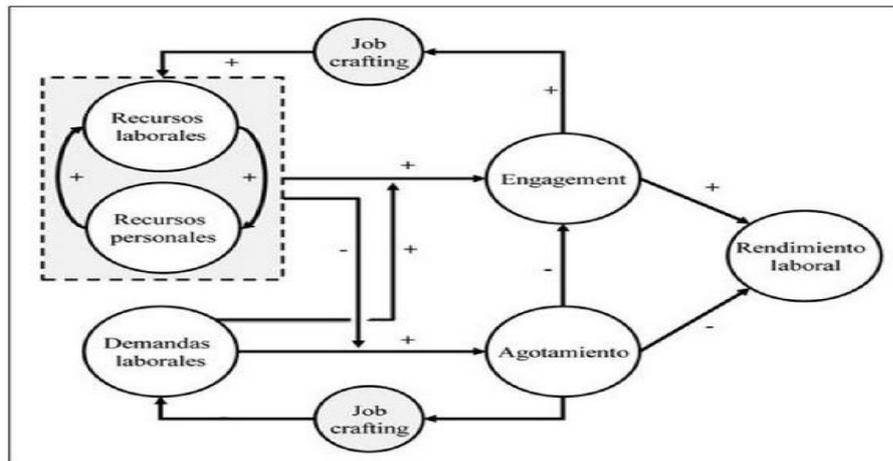
El estrés está distribuido en tres fases: la aparición de varios síntomas como: aumento de la frecuencia cardíaca, hipercoagulación sanguínea, aumento de la frecuencia respiratoria, etc.; la resistencia, a este hecho se suma a que el individuo es incapaz de superarlo y aparece la siguiente fase: el agotamiento que es la incapacidad de una respuesta fisiológica que conduce a la enfermedad. Entre las causas que generan este tipo de estímulos están en primer lugar los agentes estresantes que provienen de circunstancias externas, puede ser del ambiente familiar, del trabajo, del estudio, etc. En segundo lugar está el estrés producido por el mismo individuo, es decir, por sus propias características de personalidad y por su forma particular de enfrentar y solucionar los problemas (Carrillo , Gómez, & Espinoza, 2012).

2.2 Modelo demandas – recursos

El modelo de Demandas y recursos laborales (DRL) (Bakker & Demerouti, 2013) es un marco conceptual que presenta la influencia de estas dimensiones sobre el bienestar o malestar del trabajador. Los recursos laborales son aquellos aspectos físicos, psicológicos, organizacionales o sociales que ofrece el trabajo y las demandas son las exigencias, en términos de carga o esfuerzo sostenido que se presentan en la organización. Las demandas tienen costes fisiológicos y emocionales y los recursos laborales pueden reducir las exigencias del trabajo. (Ver figura N°1.0).

Este modelo permite evitar un enfoque individualista de los problemas de salud del trabajador, ya que el Burnout aparece como una respuesta a la interacción entre el individuo y el entorno laboral u organizacional, y sus consecuencias afectan el rendimiento del trabajador, deterioran la calidad del servicio, producen absentismo laboral y un alto número de rotaciones (Gil Monte,2001).

Figura 1.0 Modelo de demandas y recursos laborales



Fuente: Bakker y Demerouti (2013)

Los estudios realizados con relación al Modelo de Demandas y Recursos han demostrado que cuando existen recursos disponibles los empleados logran su mejor rendimiento laboral aunque las demandas sean exigentes, razón por la cual las organizaciones deberían ofrecer a sus empleados suficientes retos y recursos laborales, y sobre todo invertir en su formación y desarrollo y liderazgo, y por otra parte los trabajadores deben buscar la forma de ser proactivos, resolutivos movilizándose sus propios recursos fortaleciendo sus propias debilidades (Bakker & Demerouti, 2013), (Ver figura 1.1)

Figura 1.1.- Intervenciones basadas en la teoría de DR laborales



Fuente: Bakker y Demerouti (2013)

2.3 Riesgos psicosociales

Los riesgos Psicosociales se originan por diferentes aspectos de las condiciones y organización del trabajo, cuando se producen tienen una incidencia en la salud de las personas a través de mecanismos psicológicos, fisiológicos, físicos y sociales negativos, como el estrés laboral, el agotamiento o la depresión. La existencia de riesgos psicosociales en el trabajo afecta además de la salud de los trabajadores al desempeño del trabajo (Aranda, Gonzalez, Pando, & Hidalgo, 2013); (Mansilla, 2014)

Estos factores de Riesgo Psicosocial en el sector salud (Federación de Sanidad y Sectores Socio sanitarios de CCOO de Castilla y León, 2012) se pueden dividir en los siguientes grupos:

Exigencias psicológicas

- Más trabajo del que podemos realizar en el tiempo asignado (falta de personal o de medios técnicos o materiales)

- Nuestro trabajo requiere gran esfuerzo intelectual (tomar decisiones, controlar muchas cosas a la vez, etc.) o de los sentidos (requiere mucha concentración, precisión y habilidad), sin los recursos necesarios.

- Contacto con usuarios y enfermos con los que se establecen procesos transferenciales de emociones o sentimientos.

- Tener que esconder emociones, sentimientos y opiniones.

Falta de influencia y posibilidades de desarrollo

- Escasa capacidad de decisión y autonomía respecto al contenido del trabajo (tareas, métodos, etc.) y a sus condiciones de trabajo (horarios, ritmos, ubicación, etc.)

- El trabajo es monótono: no se pueden aplicar habilidades y conocimientos y no se pueden aprender cosas nuevas.

- Excesivo control del tiempo de trabajo y de descanso (pausas, permisos, imposibilidad de conciliar la vida familiar y laboral)

- Trabajo sin sentido (desconocimiento de los objetivos y del trabajo final)

- Escasa implicación con la empresa.

Falta de apoyo social y de calidad de liderazgo

- No recibir la ayuda adecuada de superiores y compañeros para sacar el trabajo adelante.

- Trabajar en condiciones de aislamiento o que impiden o dificultan la sociabilidad.

- Ausencia de equipos y de sentimiento de grupo.

- Indefinición de puestos, tareas, funciones, responsabilidades, margen de autonomía.

- No disponer de la información adecuada y a tiempo para adaptarse a los cambios.

- Exigencias contradictorias y conflictos de carácter profesional o ético.

- Jefes sin habilidades para gestionar equipos o jefes tóxicos.

Escasez de compensaciones

- Falta de reconocimiento y trato justo.
- Inseguridad: contractual, cambio de jornada y horario de trabajo, salario (variable), movilidad funcional o de departamento contra la voluntad de los trabajadores y las trabajadoras.
- Ausencia de perspectivas

Los riesgos psicosociales perjudican la salud de los trabajadores, causando estrés, malestar y el síndrome de Burnout al cual se dedica esta tesis, y de allí la importancia de mencionarlos en el marco conceptual del estudio.

Algunos ejemplos de condiciones de trabajo que entrañan riesgos psicosociales son:

- Cargas de trabajo excesivas
- Falta de claridad de las funciones del puesto
- Falta de participación del trabajador en la toma de decisiones
- Gestión deficiente de los cambios organizativos
- Comunicación poco efectiva

- Acoso psicológico y sexual, violencia ejercida por terceros

2.4 Concepto del Síndrome de Burnout

El Síndrome de Burnout se presenta como una manifestación del ser humano ante la exposición crónica al estrés laboral, caracterizado por una serie de síntomas y signos negativos que impactan al trabajador, la organización y a todo su entorno. En las últimas décadas este concepto ha sido trabajado por numerosos autores de los cuales se presentan algunas definiciones:

- Una experiencia de fracaso y agotamiento que resulta de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales o fuerzas espirituales del trabajador (Freudenberg, 1974)
- Un síndrome de agotamiento emocional y físico, lo cual trae como consecuencias, respuestas negativas tanto para sí mismo como para los clientes de la organización, que aparece en los profesionales sanitarios (Maslach & Pines, 1977).
- Manifestación del comportamiento del ser humano que trabaja con atención directa a personas, sometido a un estrés laboral, definiéndole como una triada caracterizado por cansancio emocional (CE), despersonalización

(DP) en el trato con clientes y usuarios, y dificultad para el logro o realización personal (RP) (Maslach & Jackson, 1997)

- Respuesta al estrés laboral crónico, acompañado de una experiencia subjetiva de sentimientos, cogniciones y actitudes, las cuales provocan alteraciones psicofisiológicas en la persona y consecuencias negativas para la organización (Gil-Monte & Peiró, 1997).

- Un conjunto de manifestaciones que surgen de la presión de satisfacer las demandas de otros, la intensa competitividad, el deseo de obtener más dinero y la sensación de ser desprovisto de algo que se merece. (Farber, 2000)

- El conjunto de manifestaciones traducidas en cuatro dimensiones: Ilusión por el trabajo, en la que el individuo experimenta satisfacción y deseo de lograr metas; desgaste psíquico, expresado en agotamiento emocional y físico por la relación y contacto diario con personas; indolencia, cuando el individuo adopta actitudes de indiferencia hacia las personas que reciben el servicio y culpa, síntoma característico de quienes desarrollan el Burnout. (Gil-Monte, 2003)

- Identifica al Burnout como una respuesta a los estresores crónicos laborales, describe que el estrés en los profesionales de la salud está originado por combinación de variables físicas, psicológicas y sociales. (Gil-Monte, 2005)

Los diversos estudios y conceptualizaciones sobre el tema, permiten hacer referencia a los enfoques dados por cada autor en el constructo del Síndrome, haciendo que esta patología sea reconocida como un problema tanto social como laboral. Con el paso de los años se ha vuelto un tema que amerita detenidos análisis, a través de estudios que ayuden a identificar nuevas variables o factores sociodemográficos y otras áreas de impacto tanto en el individuo como en la organización. Como por ejemplo (Maslach y Jackson., 1981), además de crear las tres dimensiones clásicas, ponen especial atención en el contexto y las características de las profesiones de servicio que lo experimentan; (Gil-Monte, 2010) toma 4 dimensiones ilusión, desgaste, indolencia y culpa. Farber (2000) propone varias tipologías de Burnout, entre otros.

Con base al planteamiento anterior se concluye en que la presencia del Síndrome de Burnout, merece ser estudiado en los profesionales cuyas labores están al servicio de otras personas y con mayor énfasis en aquellos profesionales que tienen contacto con pacientes o personas que padecen de alguna enfermedad, sea ésta mental o física.

El Síndrome de Burnout se definirá en esta investigación como un estado de agotamiento emocional, físico y mental que se manifiesta por una despersonalización percibida por clientes, pacientes y compañeros de trabajo, además de la disminución

del sentido de eficacia profesional, en ausencia o falta de estrategias de afrontamiento; asociado a la interacción del trabajador con la organización y con los clientes o pacientes.

2.5 Manifestaciones clínicas

Clínicamente más de 130 síntomas de Burnout han sido identificados y clasificados en 5 grupos: Área afectiva, cognitiva, física, comportamiento, y motivacional (Schaufeli & Enzmann, 1998)

Área afectiva.- Trastornos psiquiátricos como deterioro progresivo y encubierto de la persona, como depresión y ansiedad crónicas, trastornos del carácter, suicidio, disfunciones familiares graves, violencia y adicciones incluida la adicción al trabajo.

Área cognitiva.- Dificultad para concentrarse, olvido.

Área Física.- trastornos somáticos, con manifestaciones variadas de tipo muscular, endócrino, nervioso, circulatorio y otros cuadros psicósomáticos.

Área del comportamiento.- manifestado por la falta de constancia en las tareas de equipo, ausencias, impuntualidad y poca participación o no inclusión, absentismo laboral, bajo desempeño profesional, indiferencia ante las necesidades de los demás,

rivalidad, individualismo, fallas operativas reiteradas, trato distante, mal manejo de la información y falta de respuesta a las emociones del otro. La persona pasa a la acción a través de conductas reactivas de enojo, confrontaciones reiteradas con colegas, pacientes y maltrato al personal paramédico.

Área motivacional.- Se asocia con la pérdida de autorrealización y baja autoestima, que puede traducirse en falta de iniciativa, idealismo, desilusión, desmotivación e inconformismo, falta de conciencia del propio estado de agotamiento e irritación constante, hipercríticas y carencia de registro de autocrítica;

(Carrillo , Gómez, & Espinoza, 2012) Realizan un análisis descriptivo del Síndrome en la práctica médica, en el cual describe que el médico puede tener las siguientes conductas:

Ausencia de compromiso emocional: Trato distante, mal manejo de la información y falta de respuesta a las emociones del otro.

Disociación instrumental extrema: Se expresa en conductas automáticas y rígidas, como: Comunicación unidireccional, exceso de pedido de estudios, repetición

de discursos automatizados, uso exclusivo de lenguaje técnico e intervenciones innecesarias.

Embotamiento y negación: La falta de conciencia del propio estado de agotamiento e irritación constante, hipercríticas y carencia de registro de autocrítica.

Impulsividad: la persona pasa a la acción a través de conductas reactivas de enojo, confrontaciones reiteradas con colegas, pacientes y maltrato al personal paramédico.

Desmotivación: se asocia con la pérdida de autorrealización y baja autoestima, que puede traducirse en falta de sostén de los tratamientos, falta de iniciativa y constancia en las tareas de equipo, ausencias, impuntualidad y poca participación o no inclusión en proyectos.

Varios de los estudios realizados señalan que los efectos negativos del agotamiento pueden aparecer no sólo en los médicos sino también en quienes reciben el servicio, ya que los médicos con niveles de Burnout reportan más errores en el tratamiento de sus pacientes que otros sin desgaste.

2.6 Dimensiones del fenómeno estudiado

La conceptualización de Burnout, que es la más conocida, según Maslach y Jackson (1981) abarca tres dimensiones:

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

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

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

2.7 Características del Síndrome de Burnout

El Síndrome de Burnout es un fenómeno que ha generado mucho interés por las graves consecuencias que tiene sobre la salud, tanto en la parte psicológica como física, si bien el Síndrome de Burnout se encuentra en cualquier trabajo o profesión, es propio de ciertas labores que se centran en la prestación de servicios humanos, por lo que existe un contacto directo con las personas a las que se destina la labor médica (Durán, 2013).

Existen referencias del Síndrome Burnout en otras profesiones que no necesariamente implican el trato directo con personas, aunque no es la perspectiva más extendida. Si bien, como es lógico, dependiendo de algunas variables de personalidad, sociodemográficas individuales o de entorno personal, pueden darse evoluciones diferentes en el desarrollo del Síndrome de Burnout (Fidalgo, 2000).

Dentro de las personalidades más susceptibles al Síndrome de Burnout están las personalidades emotivas, aquellas que se inclinan al servicio social dentro de sus actividades laborales, por lo general este tipo de personas tienen características que los predisponen a padecer de Burnout, suelen ser personas autoexigentes, perfeccionistas y con baja tolerancia al fracaso y aunque algunos presentan empatía, sensibilidad, delicadeza, idealismo y orientación hacia los demás, otros presentan características negativas como ansiedad, ideación obsesiva, entusiasmo y susceptibilidad a identificarse con otros (Fidalgo, 2000; Goldman , 2009).

También existen personalidades que son capaces de rechazar o frenar el Burnout, caracterizadas por mantener sentimientos de compromiso, de confianza en sí mismos, con un alto nivel de autocontrol (Gil-Monte,2001)

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

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

2.8 Consecuencias del Síndrome de Burnout

El Síndrome Burnout frente al estrés generado por la relación entre profesional médico y paciente y por la relación profesional con la organización, produce consecuencias tanto para la organización como para el trabajador. Las consecuencias negativas para la organización deterioran la comunicación y las relaciones interpersonales disminuyendo el rendimiento profesional, la productividad y la calidad, además de generar alta rotación y ausentismo laboral (Fidalgo, 2000)

En el trabajador o profesional médico se produce un deterioro cognitivo consistente en la aparición de la frustración y el desencanto por la profesión, crisis de la capacidad percibida por el desempeño de la actividad profesional, disminución del afecto que se caracteriza por el deterioro emocional y en algunos casos se acompaña por sentimientos de culpa. También se produce un deterioro actitudinal asociado con actitudes de cinismo, indolencia e indiferencia con los pacientes y con la organización (Mansilla, 2014), (Ver figura N° 1.2).

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

Figura N 1.2: Proceso y consecuencias del Síndrome de Burnout



Fuente: Pedro Gil Monte 2005

Dada la importancia del Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud, existen numerosos estudios sobre la prevalencia, relación entre las variables sociodemográficas y factores asociados, tanto a nivel nacional, Latinoamericano como a nivel mundial, de los cuales los estudios más recientes relacionados en esta investigación se describen a continuación en el estado del arte:

2.9 Estado del arte

Schaufeli, Leiter & Maslach (2009) en su artículo “Burnout: 35 años de investigación y practica”, hacen un recuento de la evolución del Burnout y el conjunto de transformaciones del contexto social, económico y cultural que han impactado la sociedad industrial y derivan en presiones psicológicas y nuevos factores de riesgo para el trabajador. En varias investigaciones (Schaufeli, Maassen, Bakker, & Sixma, 2011); Wilmar Schaufeli, 2007) se hace un análisis sobre el impacto que tienen las demandas de pacientes en la aparición del Síndrome de Burnout en los médicos de atención primaria. A pesar que el Síndrome de Burnout es considerado un fenómeno global, el significado del concepto difiere entre países y cómo vamos a ver en el estado de arte que se presenta a continuación, las investigaciones hechas revelan características propias de los grupos estudiados.

A nivel nacional.- Existen estudios llevados a cabo en los profesionales de la salud, de los cuales se hará referencia de aquellos realizados en personal médico. Veintimilla (2012), en la ciudad de Cuenca realizó un estudio trasversal, descriptivo con el objetivo de identificar el Burnout en profesionales de la Salud y factores relacionados con este fenómeno, en una muestra de 31 médicos del Hospital del IESS “José Carrasco Arteaga” en cuyos resultados se encontró un

9,7% de burnout en la muestra. Una de las variables del EPQR-A mide sinceridad, y se encontró con los médicos con Burnout tienen un porcentaje más alto. El nivel de burnout presenta una variación considerable en las mediciones debido a que los resultados parecen no estar acordes con las actividades de los profesionales (Veintimila, 2012) (Ver Tabla N° 2.0).

En otro estudio realizado en la ciudad Cuenca, Brito, Cabrera y Cedillo (2012), ejecutaron un estudio transversal, observacional, descriptivo con el objetivo de determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout y los factores relacionados con la presencia de esta enfermedad en los hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso, en una muestra de 182 médicos. Utilizándose como método el test Maslach Burnout Inventory, la versión Human Services Survey en su adaptación española, Se obtuvieron como resultados un 41.03% de Síndrome de Burnout, nivel alto; 26.56%, nivel medio y 32.42 % nivel bajo (Brito, Cabrera, & Cedillo, 2011.) (Ver tabla N° 2.0).

En la ciudad de Santa Cruz, Quevedo (2012) se efectuó un estudio cualitativo, observacional descriptivo de corte transversal con el objetivo de determinar Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados de una muestra de 30 profesionales médicos que laboran en el hospital y la Unidad Ambulatoria del Hospital Teodoro Maldonado Carbo del Seguro Social, aplicando

el cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI). Los resultados obtenidos no reportaron síndrome de burnout, pero se encontró dos casos que presentan nivel alto y medio de agotamiento emocional, en lo que corresponde a las otras dos dimensiones como la despersonalización y realización personal, no se encontró nivel de afectación alguno (Quevedo, 2012) (Ver Tabla N° 2.0).

Pico (2012), con una muestra de 30 médicos del Hospital Pediátrico “Dr. Roberto Gilbert” basándose en el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), realizó un estudio cuantitativo, transversal, exploratorio y descriptiva con el objetivo de identificar el Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en cuyos resultados se determinó que no existe prevalencia del Síndrome de Burnout, pero si ciertos niveles de agotamiento y baja realización personal que podrían desencadenar en malestares psicológicos (Pico, 2012) (Ver tabla N° 2.0).

En la ciudad de Quito, Camacho (2012), desarrolló un estudio cuantitativo, transversal, exploratoria y descriptiva con el objetivo de identificar Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en una muestra de 30 profesionales (15 médicos y 15 enfermeras) del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas, cuyos resultados obtenidos determinaron que los médicos no presentan Burnout, en relación al agotamiento emocional está

presente en un 20% en los de género masculino y en un 33% en el femenino(Camacho, 2012) (Ver tabla N° 2.0).

Moreira (2012) en la ciudad de Santo Domingo de los Tsáchilas, aplicó un estudio transversal, cuantitativo, exploratorio, descriptivo, con el objetivo de identificar el burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en una muestra de 40 profesionales del Hospital “Dr. Gustavo Domínguez Z.”, cuyos resultados determinaron que el Síndrome de Burnout fue distinto en hombres como en mujeres. El agotamiento emocional, en mujeres el 16% tiene alto nivel de Burnout, un 20% nivel medio y el 64% no presenta agotamiento emocional. En hombres el 7% indicó tener alto agotamiento emocional, un 13% nivel medio y el 80% no tenía. En despersonalización un 8% de las mujeres tiene nivel medio y el 92% no refiere. En los hombres el 13% presentó nivel medio de despersonalización y el 87% no presenta. En la realización personal, el 96% de las mujeres está satisfecho y un 4% no está satisfecho. El 100% del equipo médico indicó sentirse satisfecho (Moreira, 2012) (Ver tabla N° 2.0).

Bravo (2012), efectuó un estudio cuantitativo, corte transversal, exploratorio y descriptivo, con el objetivo de identificar el Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en una muestra de 31 profesionales en

el subcentro de salud de Céllica y centro de salud No 8 de Catacocha, en cuyos resultados se encontró un bajo porcentaje del (3%) de personas que padecen Burnout en la población investigada. Sin embargo no se puede ignorar que se evidencian altos niveles de agotamiento emocional, bajo nivel de realización personal en la población investigada (Bravo, 2012) (Ver tabla N° 2.0).

En la ciudad de Cuenca, Durán (2013) llevo a cabo un estudio transversal con el objetivo de determinar la prevalencia de las diferentes dimensiones del Síndrome de Burnout en médicos de consulta externa del Ministerio de Salud, en una muestra 124 profesionales médicos, utilizándose como métodos el cuestionario Burnout, la escala Maslach Burnout y el programa estadístico SPSS, cuyo resultado obtuvo que con una jornada laboral de 8 y 4 horas la prevalencia de Burnout es de 2.38%. En las dimensiones la prevalencia es de 8.73% en cansancio emocional, despersonalización 12.69% y falta de realización personal 20.63% (Durán, 2013)(Ver tabla N° 2.0).

En la ciudad de Quito, Gonzales y Luzuriaga (2013), desarrolló un estudio analítico de las variables sociodemográficas y laborales, trastornos emocionales y perfiles de personalidad en médicos tratantes y residentes con Síndrome de Burnout en una muestra de 369 participantes, distribuidos de la siguiente manera: 209 médicos tratantes, 140 residentes postgradistas y 20 residentes asistenciales

del Hospital Carlos Andrade Marín, y sus resultados determinaron una prevalencia global del Síndrome de Burnout fue del 77,7%. La prevalencia sólo en médicos residentes fue del 83,22% y en médicos tratantes del 72,2%, se encontró que la prevalencia global de depresión fue de 10,5% y de ansiedad fue de 30,9%, de los tipos de personalidad, el más prevalente fue el rasgo obsesivo-compulsivo (37,3%) (González, 2013) (Ver tabla N° 2.0).

Suárez (2014), efectuó un estudio cuantitativo, observacional descriptivo de corte transversal, con el objetivo de determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout y factores asociados, en una muestra de 95 médicos residentes que laboran en diferentes áreas del Hospital Teodoro Maldonado Carbo ubicado en la ciudad de Guayaquil, basándose en encuestas previamente piloteadas y para la recolección de datos uso el test de Maslach siendo estos datos procesados en el programa estadístico SPSS y la asociación de variables mediante el chi – cuadrado. Los resultados que obtuvo señalan que la prevalencia del Síndrome de Burnout, en los residentes se encuentra en un nivel moderado con un 51,6%, un nivel alto 48,4% no se encontró ningún caso donde el nivel del Síndrome de Burnout es leve (Suárez, 2014) (Ver tabla N° 2.0).

Peralta (2014), realizó un estudio transversal, observacional, descriptivo con el objetivo de determinar la prevalencia del síndrome de desgaste profesional en

anestesiólogos de nuestros hospitales, en una muestra de 50 anestesiólogos de la H. Junta beneficencia de Guayaquil, basándose en el Test de Maslach, con los siguientes resultados el 34% presentó algún componente del síndrome, siendo el más común la baja realización profesional en un 30% seguido de la despersonalización en un 8% y por último el cansancio emocional, que fue en sí lo que determinó la presencia del síndrome en estos profesionales en un 4% (Peralta, 2014)



Tabla N° 2.0 Estudios a nivel Nacional

TABLA N°2. 0.- ESTUDIOS REALIZADOS A NIVEL NACIONAL									
Tema: Burnout				Materiales y Metodos					Resultados
N°	Nombre Artículo	Autor(es)	Resumen	Tipo Investigación	Muestra	Instrumento	Rec. Datos	Procedimientos	Resultados
1	Identificación del Burnout en profesionales de la Salud y factores relacionados con este fenómeno en el Hospital del IESS "José Carrasco Arteaga" de la ciudad de Cuenca	Veintimilla, P. (2012)	Estudio diseñado para evaluar la Identificación del Burnout en profesionales de la Salud y factores relacionados	Trasversal ,observacional ,descriptivo	Muestra de 31 medicos de el Hospital del IESS "José Carrasco Arteaga"	Cuestionario Sociodemográfico y Laboral, cuestionario MBI, cuestionario de Salud Mental de GHQ-28, cuestionario Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), cuestionario MOS de Apoyo Social,y el cuestionario de Personalidad de Eysenck. EPQR-A	Mayo-diciembre 2012	Información obtenida através de encuestas analizadas en Excel	Se encontraron 3 casos de burnout, que correspondería al 9.7% de la muestra estudiada. En cuanto a la variable de personalidad, la que más se evidenció fue neuroticismo con el 74.19% y extroversión en el 25.81%. de participantes con burnout y la personalidad que más se evidencia en los participantes sin burnout es la extroversión; un dato interesante es que una de las variables del EPQR-A mide sinceridad la misma que tanto en médicos sin burnout como en enfermeras con y sin burnout los porcentajes fueron 121 bajos, mientras que en los médicos con burnout se encontró un porcentaje más alto para esta variable, este dato nos abre la puerta a la duda de que si los participantes fueron realmente sinceros al contestar los cuestionarios o no.
2	Determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout y los factores relacionados con la presencia de esta enfermedad en internos y residentes de los hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso en la ciudad de Cuenca.	Brito,JP.,Cabrera, H.& Cedillo, J.(2012).	Estudio diseñado para evaluar la la prevalencia del Síndrome de Burnout y los factores relacionados con la presencia de esta enfermedad en internos y residentes de HJCA y HVCM	Trasversal, observacional , descriptivo	Muestra de 182 medicos de HJCA y HVCM.	test Maslach Burnout Inventory, la versión Human Services Survey	ABRIL - OCTUBRE 2012	Información obtenida através de encuestas analizadas en SPSS	Como resultados obtuvo que la prevalencia del Síndrome de Burnout fue del 41.03%, nivel medio 26.56%, nivel bajo 32.42 % considerando que el nivel alto del síndrome se presentó en el 74,6% de todo el grupo.

TABLA N° 2.0.- ESTUDIOS REALIZADOS A NIVEL NACIONAL (continua)

Tema: Burnout				Materiales y Metodos					Resultados
N°	Nombre Artículo	Autor(es)	Resumen	Tipo Investigación	Muestra	Instrumento	Rec. Datos	Procedimientos	Resultados
3	Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital República del Ecuador, Unidad Ambulatoria del Seguro Social y médicos Particulares, Santa Cruz, provincia de Galápagos	Quevedo, B. (2012)	Estudio diseñado para identificar el burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en HPE, UASS, MP	Cuantitativa, Descriptiva, Observacional, de corte transversal	Muestra de 30 profesionales médicos que laboran en HPE, UASS, MP	Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), Cuestionario de Salud Mental (GHC28), Escala Multidimensional de Evaluación de los estilos de afrontamiento (BRIEF-COPE), Cuestionario MOS de Apoyo Social, Cuestionario Revisado de Personalidad de Eyseck (EPQRA)	Septiembre 2011 - Febrero 2012	Información obtenida a través de encuestas analizadas en Excel	los resultados obtenidos de la muestra perteneciente a los médicos no reportaron síndrome de burnout; pero se encontró dos casos que presentan nivel alto y medio de agotamiento emocional, en lo que corresponde a las otras dos dimensiones como la despersonalización y realización personal, no se encontró nivel de afectación alguno
4	Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital "Dr. Roberto Gilbert" de la ciudad de Guayaquil-Ecuador.	Pico, R. (2012)	Estudio diseñado para identificar el burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en HRGP	Cuantitativo, transversal, exploratoria y descriptiva	Muestra de 30 profesionales médicos que laboran en HRGA	Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), Cuestionario de Salud Mental (GHC28), Escala Multidimensional de Evaluación de los estilos de afrontamiento (BRIEF-COPE), Cuestionario MOS de Apoyo Social, Cuestionario Revisado de Personalidad de Eyseck (EPQRA)	Noviembre 2011 - Marzo 2012		Los resultados que obtuvo indicaron que no existe prevalencia del síndrome del burnout en la institución sanitaria donde se realizó la investigación. Pero si ciertos niveles de agotamiento y baja realización personal que podrían desencadenar en malestares psicológicos.

TABLA N° 2.0.- ESTUDIOS REALIZADOS A NIVEL NACIONAL (continua)

Tema: Burnout			Materiales y Metodos					Resultados	
N°	Nombre Artículo	Autor(es)	Resumen	Tipo Investigación	Muestra	Instrumento	Rec. Datos	Procedimientos	Resultados
5	Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas	Camacho, D.(2012)	Estudio diseñado para identificar el burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en HEFA	Cuantitativo, transversal, exploratoria y descriptiva	Muestra de 30 profesionales médicos que laboran en HEFA	Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), Cuestionario de Salud Mental (GHC28), Escala Multidimensional de Evaluación de los estilos de afrontamiento (BRIEF-COPE), Cuestionario MOS de Apoyo Social, Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysck (EPQRA)	mayo-diciembre 2012.		AE: Médicos un 53% en un nivel bajo, 27% medio y 20 % alto. Enfermeras: AE 40% nivel bajo, 27% nivel medio, 33% nivel alto. D: Medicos y enfermeras presentaron 100 % nivel bajo RP:100% en nivel alto tanto médicos como enfermeras. Tanto médicos como enfermeras presentaron nivel alto de R P 100% En la institucióna través del Test MBI, no se encontró la
6	Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en la ciudad de Santo Domingo de los Tsáchlas, hospital Dr. Gustavo Domínguez Z.,	Moreira, S. (2012).	Estudio diseñado para identificar el burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en HGDZ	Transversal, cuantitativo ,exploratorio, descriptivo	Muestra de 40 profesionales del HGDZ	Test sociodemográficas y laborales, burnout de Maslach, salud mental, afrontamiento, apoyo social y personalidad	enero - diciembre 2012	Información obtenida através de encuestas analizadas en Excel	Los resultados indicaron que El síndrome de burnout en esta muestra de estudio, salió positiva. Se detectó que el 16% de doctoras tiene alto nivel de burnout, un 20% medio y el 64% no presenta agotamiento emocional. En médicos el 7% indicó tener alto agotamiento emocional, un 13% medio y el 80% no tenía. En despersonalización un 8% de doctoras tiene nivel medio y el 92% no refiere. De los médicos el 13% presentó nivel medio de despersonalización y el 87% no. En la realización personal, el 96% de doctoras está satisfecho y un 4% no está satisfecho. El 100% del equipo médico indicó sentirse satisfecho.

TABLA N° 2.0.- ESTUDIOS REALIZADOS A NIVEL NACIONAL (continua)

Tema: Burnout				Materiales y Metodos					Resultados
N°	Nombre Artículo	Autor(es)	Resumen	Tipo Investigación	Muestra	Instrumento	Rec. Datos	Procedimientos	Resultados
7	Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el subcentro de salud de Celica y centro de salud No 8 de Catacocha	Bravo, L. (2012)	Estudio diseñado para identificar el burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en SCSC Y SCSC	Cuantitativo, transeccional, exploratorio y descriptivo	Muestra de 31 profesionales del SCSC Y SCSC	Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28), Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), International Personality Disorder Examination Screener, HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale).	Diciembre del 2011 - Febrero 2012		Este estudio obtuvo como resultado que Existe un bajo porcentaje (3%) de personas que padecen Burnout en la población investigada. Sin embargo no se puede ignorar que se evidencian altos niveles de agotamiento emocional, bajo nivel de realización personal en la población investigada
8	Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos del ministerio de salud pública del Azuay según jornada laboral 2011	Duran, M., Garcia, J. (2013).	Estudio diseñado para evaluar la Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos del ministerio de salud pública del Azuay según jornada laboral	Transversal	Muestra 124 profesionales médicos	Cuestionario burnout, la escala Marlasch Burnout	Enero - diciembre 2011		Se usaron tres tipos de variables : independiente, interviniente y dependiente. Como resultado obtuvo que con una jornada laboral de 8 y 4 horas (n=63), La prevalencia de Burnout es de 2.38%. En las dimensiones de Burnout tenemos una prevalencia de 8.73% en cansancio emocional, despersonalización 12.69% y falta de realización personal 20.63%. Se encontró que la jornada laboral de 8 horas tiene una RP: 2.67 (IC: 0,7-9.5) en cansancio emocional, despersonalización RP: 1.29 (IC: 0.5-3.2) y baja realización personal RP: 3.29 (IC: 1.5-7.2) siendo este ultimo la estadística mas destacada en los consultados

TABLA N° 2.0.- ESTUDIOS REALIZADOS A NIVEL NACIONAL (continua)

Tema: Burnout			Materiales y Metodos					Resultados	
N°	Nombre Artículo	Autor(es)	Resumen	Tipo Investigación	Muestra	Instrumento	Rec. Datos	Procedimientos	Resultados
9	estudio analítico de las variables sociodemográficas y laborales, trastornos emocionales y perfiles de personalidad en médicos tratantes y residentes con síndrome de burnout hospital Carlos Andrade Marin	González, M., Luzuriaga, L.(2013).	estudio analítico de las variables sociodemográficas y laborales, trastornos emocionales y perfiles de personalidad en médicos tratantes y residentes con síndrome de burnout HCAM	cuantitativo, transversal, exploratoria y descriptiva	muestra de 369 participantes que laboran en HCAM	Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28),Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), International Personality Disorder Examination Screener , HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale).	Diciembre del 2012 - Marzo 2013		Resultados indican que la prevalencia global de SB en médicos residentes y tratantes del Hospital Carlos Andrade Marín fue del 77,7%. La prevalencia sólo en médicos residentes fue del 83,22% y en médicos tratantes del 72,2%. se encontró que la prevalencia global de depresión fue de 10,5% y de ansiedad fue de 30,9%, de los tipos de personalidad, el más prevalente fue el rasgo obsesivo-compulsivo (37,3%). Analizando según los grupos de personalidad el porcentaje más alto (82,7%) se encontró en el tipo C, que resultado estadísticamente significativo
10	prevalencia del Síndrome de Burnout y factores asociados de el Hospital Teodoro Maldonado Carbo	Suarez, a, (2014).	Estudio diseñado para evaluar prevalencia del Síndrome de Burnout y factores asociados de el HTMC	Cuantitativa, Descriptiva, Observacional, de corte transversal	Muestra de 95 medicos residentes de HTMC	Test de Maslach.	Abril - Septiembre 2014.		Síndrome de Burnout, en los residentes se encuentra en un nivel moderado con un 51,6%, un nivel alto 48,4% no se encontró ningún caso donde el nivel del Síndrome de Burnout es leve, lo que indica que los médicos residentes están sometidos a grandes presiones lo que provocan Desgaste Profesional .

TABLA N° 2.0.- ESTUDIOS REALIZADOS A NIVEL NACIONAL (continua)

TABLA N° 2.0.- ESTUDIOS REALIZADOS A NIVEL NACIONAL (continua)									
Tema: Burnout				Materiales y Metodos					Resultados
N°	Nombre Artículo	Autor(es)	Resumen	Tipo Investigación	Muestra	Instrumento	Rec. Datos	Procedimientos	Resultados
11	Prevalencia del Síndrome de Burnout en Médicos anestesiólogo de la H. Junta de Beneficencia de Guayaquil.	Peralta, Eli. (2013).	Estudio diseñado para evaluarla prevalencia de S. B. en anestesiólogos de los Hospitales de la Junta de Beneficencia de la ciudad de Guayaquil.	Transversal- Observacional descriptivo	Muestra de 50 Anestesiólogos de 3 Hospitales de la J.B	Adaptación de MBI Cuestionario de Maslach se mide los 3 componentes: Desgaste, Despersonalización, baja realización Cuestionario 27 preguntas y el Test de Maslach. La medición de los datos se usó variables Cuanti y Cualitativas. Puntuaciones por Componentes para determinar su existencia	Periodo desde 1 Enero hasta 28 de febrero		La presencia del Síndrome de Burnout en el personal de anestesiología de la H. Junta de beneficencia fue de un 4 % frente a un 96% en el que no se presentó. Sin embargo refieren sintomatología subjetiva que no precisa la presencia del síndrome. Al igual que se determinó que en un 37% existe una baja realiz personal. 17 casos Presentan Componentes de Burnout que representan el 37%. Baja realización: 15 casos 30%, Despersonalización 4 casos 8%, Cansancio emocional: 2 casos C7:M7 4%.

En Latinoamérica.- Existen estudios recientes que merecen ser referenciados debido a la relación que hay con la investigación realizada en el presente estudio.

En Colombia, Robert, Edelcy y Magdoly (2010), realizaron un estudio descriptivo, con un diseño transversal, cuyo objetivo fue establecer y describir la existencia del síndrome de burnout en médicos especialistas que laboran en un Hospital Universitario de tercer nivel de la Ciudad de Santa Marta, Colombia. La población estuvo conformada por 56 médicos especialistas vinculados a dicha Institución, a los cuales se les aplicó el Maslach Burnout Inventory (MBI), Resultados: Se encontró un alto nivel de agotamiento emocional (94,6%) en comparación con las otras dos variables, quedando la despersonalización (53,6%) y la falta de realización personal (53,6) en un nivel medio, estableciéndose la presencia del síndrome de burnout en un nivel medio en los médicos especialistas del Hospital Universitario. Estos resultados concuerdan con otros estudios similares (Ferrel, 2010). (Ver tabla 2.1)

Cáceres y Florencia en Argentina, desarrollaron un estudio observacional, descriptivo y transversal sobre la población de médicos residentes de las diferentes especialidades, pertenecientes a los Hospitales de instrucción “Gral. José Francisco de San Martín”, “Dr. José Ramón Vidal” y “Ángela Iglesia de Llano” de la ciudad de Corrientes Capital y del Hospital “Dr. Julio C. Perrando” de la ciudad de

Resistencia Chaco, durante los meses de septiembre 2008 a mayo 2009, con el objetivo de diagnosticar la situación de estrés en una muestra de 190 residentes, de diferentes especialidades y su comparación con las demás especialidades. El método a utilizar fue una encuesta a través de un formulario de autollenado anónimo adaptado del “Maslach Burnout Inventory Manual de 1996”. Resultados: Se obtuvo en forma global; estrés leve (27,36%), moderado (45,78%), manifiesto (17,36%) y grave (8,94%) (Caceres, Echeverría, & Florencia, 2010) (Ver tabla N° 2.1).

Sánchez, Mugártegui (2013) en la ciudad de Yucatán México, desarrollaron un estudio observacional transversal, prospectivo y analítico con el objetivo de determinar el Síndrome de agotamiento profesional en los médicos familiares de Mérida Yucatán, en una muestra de 130 médicos, se realizó una encuesta transversal en la que se aplicó el Maslach Burnout Inventory (MBI). Resultados: Se obtuvieron 59 casos de síndrome de agotamiento profesional: 36 con afectación en un componente del Maslach Burnout Inventory, 15 en dos y ocho en los tres. El 35 % de los casos indicó trabajar en promedio 10 turnos extra al mes; tener un segundo trabajo también se relacionó con el síndrome (Sánchez 2013) (Ver tabla N° 2.1).

En la ciudad de Guadalajara México, (Aranda, González, Pando, Hidalgo, 2013) ejecutaron un estudio descriptivo, analítico y comparativo con el objetivo de Analizar los riesgos psicosociales laborales negativos y el apoyo social como incidentes del síndrome de Burnout en los médicos de familia que laboran en tres instituciones públicas de salud en muestra de A= 160 B= 45 C=205 profesionales médicos se realizó una encuesta transversal en la que se aplicó el Maslach Burnout Inventory (MBI). Resultados: En general se obtuvo un adecuado o buen apoyo social en las tres instituciones. Las prevalencias para los factores psicosociales negativos fueron mayores para la institución 3 (33,64 %), mientras que para el síndrome de Burnout la institución 1 mostró mayores porcentajes (43,5 %). Se obtuvieron algunas asociaciones significativas entre las variables de estudio (Ver tabla N° 2.1).

Patlán (2013) en la ciudad de México DF; realizó un estudio ex post facto y descriptiva con el objetivo de determinar el efecto del burnout y la sobrecarga en la calidad de vida en el trabajo en personal de un instituto de salud en una muestra de 673 médicos se aplicó una encuesta transversal en la que se aplicó el Maslach Burnout Inventory (MBI). Resultados: presentan los resultados descriptivos de las variables consideradas en la investigación. Las puntuaciones medias obtenidas fueron de 31,76 para la satisfacción laboral, 3,16 para el CTF, 3,07 para el

agotamiento emocional, 2,09 para la despersonalización, 2,13 en la insatisfacción de logro y 3,70 para la sobrecarga (Patlán, 2013) (Ver tabla N° 2.1).

En la ciudad de Tegucigalpa, Guatemala; Ochomogo, Barrera (2011), realizaron un estudio Analítico, observacional, descriptivo-transversal con el objetivo de determinar la prevalencia del Síndrome Burnout en el personal del Hospital Nacional de Salud Mental de Guatemala, en una muestra de 94 profesionales médicos se realizó una encuesta transversal en la que se aplicó el Maslach Burnout Inventory (MBI). Resultados: Se identificó el Síndrome Burnout en el 12,24% de la población del hospital, a donde mayor se evidencio prevalencia en el grupo B 15,8%, siguiendo la misma línea, el personal más afectado el de intendencia con 6 personas afectadas que representaron el 30% de la prevalencia (Ochomogo & Barrera, 2011) (Ver tabla N° 2.1).

En Paraguay; Delgado, Vega, Sanabria, Figueredo (2010), realizaron un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal, con el objetivo de determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en médicos anestesiólogos, en una muestra de 146 profesionales médicos utilizando el Maslach Burnout Inventory (MBI) y que lo obtuvo a través de encuestas analizadas en SPSS. Resultados: Se identificó una prevalencia global de síndrome de Burnout de 72,6%. El cansancio emocional fue la dimensión más frecuente 60,9%. Los menores de 35 años padecieron el

síndrome en mayor número 83,1%, tener una pareja estable se identificó como un factor de protección. (Delgado, Vega, Sanabria, & Figueredo, 2011) (Ver tabla N° 2.1).

En la ciudad de Santiago Chile, Ramírez, Santibáñez, Muñoz, Ramírez, Lechner, Soto, Díaz, Nachar (2010), desarrollaron un estudio descriptivo, transversal con el objetivo de describir la prevalencia y relaciones entre distintas variables laborales y los tres estamentos del Síndrome de Burnout en una muestra de 85 profesionales médicos utilizando el instrumento de Maslach Burnout Inventory (MBI) que obtuvo a través de encuestas analizadas en SPSS y prueba chi-cuadrado se obtuvieron los siguientes resultados: de la muestra de 85, el 78,2% eran mujeres un 7,6% calificó como Burnout, un 24,3% y 23% con alto grado de Agotamiento Emocional y Cinismo respectivamente, y un 25,6% con bajo grado de Eficacia Profesional (Ramírez, et al., 2010) (Ver tabla N° 2.1).

En la ciudad de Montevideo Uruguay, Cebriá, Turconi, Bouchacourt, Medina, Riva, Castromán, (2013); efectuaron un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal con el objetivo de identificar la prevalencia y factores asociados al Síndrome de Burnout en residentes de Anestesiología en hospitales y clínicas de Uruguay, en una muestra de 58 anestesiólogos utilizando como método el test Maslach Burnout Inventory, cuestionario de aspectos sociodemográficos y

laborales. Información obtenida a través de encuestas analizadas en Excel. Resultados: La prevalencia del síndrome en su forma completa fue de 17.2%. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre descansar anualmente menos de 15 días y la presencia de Burnout”. (Cebria, Turconi, Bouchacourt, Medina, River, & Castroman, 2014) (Ver tabla N° 2.1).

En la ciudad de Ica Perú, Atenas Arteaga, Junes-Gonzales, Navarrete (2013), desarrollaron un estudio transversal con el objetivo de determinar la prevalencia y los factores asociados al síndrome de burnout en el personal de salud en una muestra de 238 médicos utilizando el Maslach Burnout Inventory (MBI) y que lo obtuvo a través de encuestas analizadas en SPSS y prueba de Chi- Cuadrado. Resultados: La prevalencia de síndrome de burnout fue de 3,78% y (96,22%). Se encontró diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes promedio en relación con la ingesta de medicamentos. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los promedios obtenidos en la puntuación total según sexo, morbilidad crónica, estado civil, grado de instrucción profesional, grupo ocupacional, condición laboral, las diferentes áreas de trabajo, ni la percepción del ambiente laboral por parte del personal del nosocomio (Arteaga, 2014) (Ver tabla N° 2.1).

En la ciudad de México, Castañeda, Aguilera, Javier, García (2010), efectuaron un estudio observacional, descriptivo-transversal, con el objetivo de determinar la prevalencia y los factores de riesgo en los médicos familiares en una muestra de 240 profesionales médicos utilizando el instrumento del Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey que obtuvo a través de encuestas analizadas en SPSS y Epi – info como resultados: Se logró el 97,5% de respuesta. Se detectó una frecuencia del síndrome de agotamiento profesional en el 41,6% de los profesionales. Se obtuvieron diferencias significativas en función del sexo, grupo de edad, tener hijos, antigüedad en la institución y tipo de contratación. (Castañeda, 2010)

En Montevideo Uruguay, Morín Apela Verónica en el año 2013 efectuó un estudio descriptivo, observacional y transversal con el objetivo de establecer la prevalencia del Síndrome de Desgaste Profesional en médicos pediatras en ejercicio en Uruguay y de los factores asociados al mismo. La muestra la formaron 44 pediatras que trabajaban en Servicios de Pediatría, 42 fueron mujeres (95,5%) y 2 hombres (4,5%). El 54,5% de ellos trabajan exclusivamente en primer nivel de atención. Los datos fueron recogidos través de dos encuestas auto-administradas y anónimas. Una de ellas con el cuestionario y la escala de Maslach el cual fue utilizado para establecer el diagnóstico y otro cuestionario de elaboración propia para la recolección de variables sociodemográficas independientes de interés para

la autora. Resultados: la prevalencia del SDP fue del 9%. Siendo todas las afectadas del sexo femenino. Todas trabajan en el Primer Nivel de Atención y el 75% exclusivamente en él. Sus edades comprendidas entre los 47 y 54 años. Con un promedio de trabajo de 54.5 horas semanales y donde el 25% trabajo más de 60hs. por semana. El promedio de años de ejercicio como pediatras se sitúa en 16,7 años (Morín, 2014) (Ver tabla N° 2.1).

En la ciudad de Bogotá Colombia, Berdejó (2014) desarrollo un estudio descriptivo transversal con el objetivo de establecer la prevalencia del síndrome de desgaste laboral en los médicos residentes de especialidades médico quirúrgicas de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá. En una muestra de 133 residentes, a los cuales se les aplicó (MBI-HSS) para detectar la presencia del síndrome y sus categorías y se empleó formato de recolección de datos con variables sociodemográficas, organizacionales y ambientales considerados factores de riesgo para su desarrollo. Resultados: En esta población, el comportamiento de los 3 componentes del síndrome fue: 78,9% agotamiento emocional, 60.8% despersonalización y 76,6% alta realización personal. Se encontró asociación estadística entre relaciones interpersonales y burnout; agotamiento emocional y número de pacientes atendidos; despersonalización y año académico actual y género masculino con realización personal (Berdejó, 2014). (Ver tabla N° 2.1).

Zavala, Posada, Jiménez, López, Pedrero, Pérez (2010), en Tabasco México, desarrollaron un estudio descriptivo, de corte transversal con el objetivo de determinar la prevalencia de síndrome de burnout y los factores demográficos y laborales asociados a éste en el personal médico en una muestra de 42 profesionales médicos y enfermeras(os), utilizando el método Maslach Burnout Inventory (MBI) que obtuvo a través de encuestas analizadas en SPSS. Resultados: La prevalencia de Síndrome de Burnout fue del 2.6%. No se encontró asociación con las variables incluidas (Zavala, Posada, Jimenez, Lopez, Pedrero, & Perez, 2011).

Sánchez, Mugártegui (2013) en la ciudad de Yucatán México, desarrollaron un estudio observacional transversal, prospectivo y analítico con el objetivo de determinar el Síndrome de agotamiento profesional en los médicos familiares de Mérida Yucatán, en una muestra de 130 médicos, se realizó una encuesta transversal en la que se aplicó el Maslach Burnout Inventory (MBI). Resultados: Se obtuvieron 59 casos de síndrome de agotamiento profesional: 36 con afectación en un componente del Maslach Burnout Inventory, 15 en dos y ocho en los tres. El 35 % de los casos indicó trabajar en promedio 10 turnos extra al mes; tener un segundo trabajo también se relacionó con el síndrome (Sánchez 2013).

Parra (2012), en Venezuela, llevo a cabo un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal con el objetivo de identificar el Síndrome de desgaste profesional en médicos postgradistas, en una muestra de 215 profesionales médicos utilizando el método Maslach Burnout Inventory, Resultados: De los 215 médicos encuestados los que presentan síntomas leves del Síndrome de desgaste profesional son un 66,06%, los que presentan síntomas moderados del Síndrome representan el 3,26%. En agotamiento emocional el 58,14% presentan síntomas leves de agotamiento mientras que el 24,65% presentan síntomas moderados y 8,37% presentan síntomas crónicos de agotamiento emocional. La despersonalización el 45,12% presenta síntomas leves y 3,72% síntomas moderados. La escala de falta de realización personal presenta síntomas leves con un 42,33%, el 0,93% un nivel moderado y el 0,47% en forma crónica es decir presenta falta de realización profesional (Parra, 2012) .

En el Municipio de Mocoa Colombia, Rivera, Estrada, Pérez, Quintana, Fajardo, en (2013) efectuaron un estudio descriptivo de corte transversal con el objetivo de determinar la prevalencia y los principales factores de riesgo de síndrome de Burnout en los trabajadores asistenciales y administrativos del Hospital José María Hernández de Mocoa Putumayo, en un grupo de 87 trabajadores, se utilizó un cuestionario de elaboración propia para las características socio demográficas y el Maslach Burnout Inventory en su versión

validada en español. Resultados: La prevalencia general calculada para el síndrome de Burnout y sus tres dimensiones fue de: 21.8% para la escala de despersonalización, 28.7% para la escala de Agotamiento físico y Cansancio emocional y 26.4% para la escala de baja realización personal, y una prevalencia general calculada para el síndrome de Burnout de 54.02% (Illera, 2013) .



Tabla N° 2.1.- Estudios realizados a nivel de latinoamérica

TABLA N° 2.1.- ESTUDIOS REALIZADOS A NIVEL LATINOAMÉRICA									
Tema: Burnout				Materiales y Metodos					Resultados
N°	Nombre Artículo	Autor(es)	Resumen	Tipo Investigación	Muestra	Instrumento	Rec. Datos	Procedimientos	Resultados
12	Síndrome de desgaste profesional (burnout) en médicos especialistas de un hospital universitario, de la ciudad de Santa Marta, Colombia	Ferrel, R., Sierra, E., & Rodríguez, M. (2010).	La presente investigación tuvo como objetivo establecer y describir la existencia del síndrome de burnout en médicos especialistas que laboran en un Hospital Universitario de tercer nivel de la Ciudad de Santa Marta, Colombia.	Descriptivo, enmarcado en el paradigma cuantitativo, con un diseño transversal	La población estuvo conformada por 56 médicos especialistas	Maslach Burnout Inventory (MBI)		Se utilizó un muestreo intencional o por conveniencia, por lo que se trabajó con el 100% de ellos.	Se encontró un alto nivel de agotamiento emocional (94,6%) en comparación con las otras dos variables, estando la despersonalización (53,6%) y la falta de realización personal (53,6) en un nivel medio, estableciéndose la presencia del síndrome de burnout en un nivel medio en los médicos especialistas del Hospital Universitario.
13	SINDROME DE BURN-OUT EN MÉDICOS RESIDENTES DEL NEA	Cáceres, G., Echevarría, M. (2010).	La presente investigación tuvo como objetivo diagnosticar la situación de estrés en residentes de diferentes especialidades y su comparación con las demás especialidades.	Observacional, descriptivo y transversal	Muestra de 190 residentes, de diferentes especialidades	Se realizó una encuesta a través de un formulario de autollenado anónimo adaptado del "Malsach Burnout Inventory Manual de 1996"		Los datos obtenidos se registraron y fueron volcados en una base de datos creada para tal fin con la asistencia del programa Microsoft Excel 2007	Se obtuvo en forma global; estrés leve 53 residentes (27,36%), moderado 87 residentes (45,78%), manifiesto 33 residentes (17,36%) y grave 17 residentes (8,94%). En la evaluación subjetiva de variables relacionadas con situaciones de estrés, en su gran mayoría respondieron creer haber tratado de adaptarse al régimen e incluso lograrlo, pero mencionaron haber sufrido cambios de peso corporal, empeorado sus relaciones afectivas con sus parejas y familiares y haberse enfermado, entre otros

TABLA N° 2.1.- ESTUDIOS REALIZADOS A NIVEL LATINOAMÉRICA

Tema: Burnout			Materiales y Metodos					Resultados	
N°	Nombre Artículo	Autor(es)	Resumen	Tipo Investigación	Muestra	Instrumento	Rec. Datos	Procedimientos	Resultados
26	Síndrome de agotamiento profesional en los médicos familiares Instituto Mexicano del Seguro Social-Yucatan - Mexico	Sánchez, J., & Mugártegui, S. (2013).	Determinar el Síndrome de agotamiento profesional en los médicos familiares IMSS- YUCATAN -MX	Estudio observacional transversal, prospectivo y analítico	Muestra de 130 profesionales médicos que laboran en IMSS	Maslach Burnout Inventory	septiembre a diciembre 2010		se obtuvieron 59 casos de síndrome de agotamiento profesional: 36 con afectación en un componente del Maslach Burnout Inventory, 15 en dos y ocho en los tres. El 35 % de los casos indicó trabajar en promedio 10 turnos extra al mes ($p = 0.013$); tener un segundo trabajo también se relacionó con el síndrome
27	Factores de riesgo psicosocial laborales, apoyo social y síndrome de Burnout en médicos de familia de tres instituciones públicas de salud de Guadalajara (México)	Aranda, C., González, R., Pando, M., & Hidalgo, G. (2013).	Analizar los riesgos psicosociales laborales negativos y el apoyo social como incidentes del síndrome de Burnout en los médicos de familia que laboran en tres instituciones públicas de salud en Guadalajara (México).	Descriptivo, analítico y comparativo	Muestra de A= 160 B= 45 C=205 profesionales médicos que laboran en instituciones de salud en mx	Maslach Burnout Inventory (MBI).	Febrero - Diciembre 2013		En general se obtuvo un adecuado o buen apoyo social en las tres instituciones. Las prevalencias para los factores psicosociales negativos fueron mayores para la institución 3 (33,64 %), mientras que para el síndrome de Burnout la institución 1 mostró mayores porcentajes (43,5 %). Se obtuvieron algunas asociaciones significativas entre las variables de estudio.

TABLA N° 2.1.- ESTUDIOS REALIZADOS A NIVEL LATINOAMÉRICA

TABLA N° 2.1.- ESTUDIOS REALIZADOS A NIVEL LATINOAMÉRICA									
Tema: Burnout				Materiales y Metodos					Resultados
N°	Nombre Artículo	Autor(es)	Resumen	Tipo Investigación	Muestra	Instrumento	Rec. Datos	Procedimientos	Resultados
28	Efecto del burnout y la sobrecarga en la calidad de vida en el trabajo.	Patlán, J. (2013).	Determinar el efecto del burnout y la sobrecarga en la calidad de vida en el trabajo en personal de un instituto de salud en México.	Ex post facto y descriptiva	Muestra de 673 medicos	Maslach Burnout Inventory (MBI).	Abril - Octubre 2013		presentan los resultados descriptivos de las variables consideradas en la investigación. Las puntuaciones medias obtenidas fueron de 31,76 para la satisfacción laboral, 3,16 para el CTF, 3,07 para el agotamiento emocional, 2,09 para la despersonalización, 2,13 en la insatisfacción de logro y 3,70 para la sobrecarga.
29	Prevalencia del síndrome Burnout en el personal del hospital nacional de salud mental de Guatemala	Ochomogo, H. A., & Barrera, E. Q. (2011)	Determinar la Prevalencia del síndrome Burnout en el personal del hospital nacional de salud mental de Guatemala	Analítico, observacional, descriptivo-transversal	Muestra de 94 medicos que laboran HSM-guatemala	Maslach Burnout Inventory (MBI).	Octubre - Diciembre 2011		Se identifico el síndrome Burnout en el 12,24% de la población del hospital, a donde mayor se evidencio prevalencia en el grupo B 15,8%, siguiendo la misma línea, el personal más afectado el de inbtendencia con 6 personas afectadas que representaron el 30% de la prevalencia

TABLA N° 2.1.- ESTUDIOS REALIZADOS A NIVEL LATINOAMÉRICA

Tema: Burnout			Materiales y Metodos					Resultados	
N°	Nombre Artículo	Autor(es)	Resumen	Tipo Investigación	Muestra	Instrumento	Rec. Datos	Procedimientos	Resultados
14	Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos anestesiólogos del Paraguay	Delgado, M., Vega, C. E., Sanabria, L., & Figueredo, T. S. (2011).	Determinar la prevalencia del síndrome de Burnout en médicos anestesiólogos del Py	Observacional, descriptivo y de corte transverso	Muestra de 146 profesionales médicos que laboran en py	Maslach Burnout Inventory (MBI).	Enero - Diciembre 2010		Se identificó una prevalencia global de síndrome de Burnout de 72,6%. En el grupo de médicos residentes la prevalencia fue 88,6% ($\chi^2= 8,14$ $P<0,005$). El cansancio emocional fue la dimensión más frecuente 60,9%. Los menores de 35 años padecieron el síndrome en mayor número 83,1% ($\chi^2= 8,14$ $P<0,005$). Tener una pareja estable se identificó como un factor de protección ($\chi^2= 3,77$ $P<0,05$).
15	Prevalencia y perfil del Síndrome de Burnout en el personal de salud de la Clínica Alemana de Puerto Varas -Chile	Ramírez, A., Santibáñez, C., Muñoz, C., Ramírez, G., Lechner, V., Soto, P., et al. (2010)	describir la prevalencia y relaciones entre distintas variables laborales y los tres estamentos del Síndrome de Burnout la CA-PV- CL	Descriptivo, transversal	Muestra de 85 profesionales médicos que laboran en CA-PV-CL	Maslach Burnout Inventory	Abril - Septiembre 2010.		El 25,7% del personal total contestó la encuesta (85), el 78,2% eran mujeres. Un 7,6% calificó como BO, un 24,3% y 23% con alto grado de CE y DP respectivamente, y un 25,6% con bajo grado de RP. Se vio mayor cansancio emocional a mayor edad de profesión, correspondiendo un 66,6% a Técnicos médicos. Las variables años de profesión y años de servicio no presentan relación con CE, DP y RP.

TABLA N° 2.1.- ESTUDIOS REALIZADOS A NIVEL LATINOAMÉRICA

TABLA N° 2.1.- ESTUDIOS REALIZADOS A NIVEL LATINOAMÉRICA									
Tema: Burnout				Materiales y Metodos				Resultados	
N°	Nombre Artículo	Autor(es)	Resumen	Tipo Investigación	Muestra	Instrumento	Rec. Datos	Procedimientos	Resultados
18	Prevalencia y factores asociados Al síndrome de burnout en residentes de Anestesiología de Hospital de Clínicas Uruguay	Cebriá, A. L., Turconi, L., Bouchacourt, J. P., Medina, F., River, J., & Castroman, P. (2014).	Estudio diseñado para identificar la Prevalencia y factores asociados Al síndrome de burnout en residentes de Anestesiología de UY	Transversal-Observacional descriptivo	Muestra de 58 anestesiólogos en el HC de UY	Maslach Burnout Inventory, cuestionario de aspectos sociodemográficos y laborales.	Febrero - marzo 2013	Información obtenida através de encuestas analizadas en Excel	La prevalencia del síndrome en su forma completa fue de 17.2%. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre descansar anualmente menos de 15 días y la presencia de burnout ($p=0.009$), con un odd ratio de 8.0 y un intervalo de confianza de 95%. El escaso descanso semanal y anual se asoció también a niveles elevados de agotamiento emocional.
19	Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal de Salud Hospital Santa María del Socorro de Ica (HSMSI)- PERU	Arteaga, A., Junes, W., & Navarrete, A. (2014)	Determinar la prevalencia y los factores asociados al síndrome de burnout en el personal de salud del (HSMSI)	transversal	muestra de 238 profesionales médicos que laboran en HSMSI	Maslach Burnout Inventory (MBI).	Enero - Diciembre 2013		La prevalencia de síndrome de burnout fue de 3,78% (9 casos) y 229 casos (96,22%) se encuentran en riesgo de tener este problema. Se halló diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes promedio en relación con la ingesta de medicamentos ($p<0,05$)($p=0,045$). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los promedios obtenidos en la puntuación total según sexo ($p=0,815$), morbilidad crónica ($p=0,167$), estado civil ($p=0,773$), grado de instrucción ($p=0,174$), profesión ($p=0,406$), grupo ocupacional ($p=0,063$), condición laboral ($p=0,595$), las diferentes áreas de trabajo ($p>0,05$) ni la percepción del ambiente laboral por parte del personal del nosocomio ($p=0,155$).

TABLA N° 2.1.- ESTUDIOS REALIZADOS A NIVEL LATINOAMÉRICA

Tema: Burnout				Materiales y Metodos				Resultados	
N°	Nombre Artículo	Autor(es)	Resumen	Tipo Investigación	Muestra	Instrumento	Rec. Datos	Procedimientos	Resultados
22	Síndrome de burnout en médicos de un hospital general en el Noreste de México "Dr. Carlos Canseco" de Tampico, Tamaulipas	Velázquez, V. J., Peinado, J. M., Barrietos, M., Lin, D., Vázquez, F., & Llanes, A. (2010).	Determinar el Síndrome de agotamiento profesional en los médicos especialistas y no especialistas en HCC-TM-MX	Observacional, descriptivo y de corte transversal	Muestra de 84 profesionales médicos que laboran en HCC	Maslach Burnout Inventory (MBI).	Septiembre 2010 - Abril 2011		Agotamiento obtuvo el 94% (n=79) calificó con un nivel bajo de gravedad. En cuanto a la despersonalización, el 38.1% (n=32) obtuvo una puntuación con un nivel de gravedad bajo, y para la realización profesional, se documentó que el 97.6% (n=82) calificó con un nivel alto. Los resultados obtenidos permiten ver que no hubo relación estadísticamente significativa entre el género y los tres dominios.
23	Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo Instituto Mexicano del Seguro Social-MEXICO DF	Castañeda, E., & García de Alba, J. E. (2010).	Determinar la prevalencia y los factores de riesgo en los médicos familiares mexicanos del el Instituto Mexicano del Seguro Social	Observacional, descriptivo-transversal	Muestra de 240 profesionales médicos que laboran en IMSS - MX	Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey	Febrero - Octubre 2010		Se logró el 97,5% de respuesta. Se detectó una frecuencia del síndrome de agotamiento profesional en el 41,6% de los profesionales. Se obtuvieron diferencias significativas en función del sexo, grupo de edad, tener hijos, antigüedad en la institución y tipo de contratación

TABLA N° 2.1.- ESTUDIOS REALIZADOS A NIVEL LATINOAMÉRICA									
Tema: Burnout				Materiales y Metodos					Resultados
N°	Nombre Artículo	Autor(es)	Resumen	Tipo Investigación	Muestra	Instrumento	Rec. Datos	Procedimientos	Resultados
20	Desgaste Profesional en médicos pediatras (Uruguay)	Morín, V. (2014).	Establecer prevalencia de Síndrome de desgaste profesional en médicos pediatras en ejercicio en Uruguay y de los factores asociados al mismo	Descriptivo, observacional y transversal	44 pediatras	Cuestionario Maslach y cuestionario de creación propia de datos sociodemográficos de interés de la autora	Período Octubre 2013	Datos recolectados a través de encuestas anónimas y autoadministradas. Se las entregó en el XX Congreso de Pediatría	La prevalencia de Síndrome de desgaste emocional fue 9%, siendo todas las mujeres las más afectadas
21	Síndrome de desgaste laboral (Burnout) en los médicos residentes de especialidades médico quirúrgicas de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá	Berdejo, H. L. (2014)	Establecer la prevalencia del síndrome de desgaste laboral en los médicos residentes de especialidades médico quirúrgicas de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá.	Descriptivo transversal	Muestra de 133 residentes	La presente investigación utilizó el cuestionario MBI-HSS		Se acudió al área administrativa para solicitar autorización, sometida a la aprobación del comité de bioética y de investigaciones de la institución, el investigador el responsable del proceso	En esta población, el comportamiento de los 3 componentes del síndrome fue: 78,9% agotamiento emocional, 60,8% despersonalización y 76,6% alta realización personal. Se encontró asociación estadística entre relaciones interpersonales y burnout; agotamiento emocional y número de pacientes atendidos; despersonalización y año académico actual y género masculino con realización personal.

A nivel Mundial.- Son muchos los estudios llevados a cabo en el mundo sobre el Síndrome de Burnout, por lo cual las autoras harán referencia en este estado del arte un grupo reducido de ellos, y posteriormente en la discusión se comentarán junto con otras investigaciones similares al diseño realizado.

En Francia, Blancharda, Truchotb, Albiges-Sauvinc, Dewasa, Pointreaux, Rodríguez, Xhaardd, Lorientc, Giraude, Soriaf, Kantorg, (2010), efectuaron un estudio amplio transversal en todo el país a los médicos en formación en oncología, con el objetivo de determinar la prevalencia y las causas del burnout, Resultados: Los cuestionarios fueron enviados durante la primavera de 2009. La tasa de respuesta fue del 60% Agotamiento emocional y despersonalización, los principales componentes del burnout, se informaron, respectivamente, en un 26% y 35% de los residentes. Prevalencia de Burnout fue del 44% que se define como un nivel severamente anormal de cualquiera de Agotamiento o despersonalización. Dieciocho por ciento de los residentes tenían niveles severamente anormales tanto de Agotamiento emocional y despersonalización. El nivel de burnout no fue significativamente diferente entre las tres especialidades, pero fue mayor entre los residentes que no se sienten adecuadamente recompensados por su trabajo. Burnout se asoció con una menor percepción del propio estado de salud general y el deseo de dejar la medicina o para cambiar de especialidad (Blancharda,

Truchotb, Sauvinc, Albieges, Dewasa, Pointreaau, Rodriguez, Xhaardd, Lorientc, Giaraude, Soriaf, Kantorg, 2010).

En médicos rumanos un estudio reciente de (Bria, Spanu, Baban , & Todea, 2014), sobre el Síndrome de Burnout determinó que las demandas laborales predicen el Burnout y existe una interferencia negativa del trabajo en casa.

En China, Hui Wu, Li Liu, Yang Wang, Fei Gao, Xue Zhao and Lie Wang (2012), ejecutaron un estudio un estudio transversal, con el objetivo investigar los factores relacionados con el agotamiento de los médicos chinos, en una población del estudio de 1.618 médicos de hospitales registrados de la provincia de Liaoning de China. El Burnout se midió utilizando la versión china de la Encuesta de Inventario General Maslach Burnout. El estrés laboral se midió utilizando las versiones chinas de los contenidos trabajo cuestionario y el desequilibrio esfuerzo-recompensa cuestionario. Se recogieron datos sobre las características demográficas de los encuestados y las situaciones de trabajo. Resultados: Las puntuaciones medias de burnout eran (7.51) para el agotamiento emocional, (5.15) para el cinismo, y (9,50) para la eficacia profesional. Con el fin de estimaciones estandarizadas descendente, las variables que predijeron un alto nivel de agotamiento emocional incluyen: alto esfuerzo extrínseco, la insatisfacción con la relación médico-paciente, alta compromiso excesivo, trabajando > 40 h por

semana, bajo la recompensa, y las altas demandas laborales psicológicas. Las variables que predijeron un alto nivel de cinismo incluyen: alto esfuerzo extrínseco, baja recompensa, insatisfacción con la relación médico-paciente, de alto compromiso excesivo, bajo la autoridad de decisión, bajo apoyo supervisor, y bajo la discreción habilidad. Las variables que predijeron una eficacia profesional baja percepción incluyen: altas demandas laborales psicológicas, ayuda baja compañero de trabajo, alto esfuerzo extrínseco, bajo la autoridad de decisión, bajo la recompensa, y la insatisfacción con la relación médico-paciente. Conclusiones: Estos hallazgos sugieren que el estrés laboral está fuertemente relacionado con el desgaste entre los médicos de hospitales en China. Las estrategias que tienen como objetivo mejorar las situaciones de trabajo y disminuir el estrés en el trabajo son necesarios para reducir el desgaste, incluyendo la educación sanitaria, promoción de la salud, y los programas de formación ocupacional (Hui, Li, Yang, Fei, Xue, & Lie, 2012) (Ver tabla N°2.2).

En Madrid, Flores, Jenaro, Cruz, Vega y Pérez (2013) ejecutaron un estudio Transversal descriptivo con el objetivo de analizar los factores asociados con la calidad de vida laboral y su relación con el síndrome de burnout en profesionales de servicios sanitarios en una muestra de 562 profesionales médicos se realizó una encuesta transversal en la que se aplicó el Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS), el Job Content Questionnaire (JCQ) y el Cuestionario General

de Salud de Goldberg (GHQ-28). Resultados: Los resultados obtenidos evidenciaron altas tasas de estrés percibido, así como la presencia de burnout o síndrome de “quemarse” por el trabajo. También se encontraron repercusiones en la salud física y psicológica de los profesionales. Los análisis de varianza pusieron de manifiesto la existencia de diferencias significativas en función de variables como la categoría profesional y los años de antigüedad en la profesión. Asimismo, los análisis de regresión confirmaron que la calidad de vida laboral experimentada por el personal sanitario es producto del equilibrio entre las demandas, los recursos y la ausencia de burnout. Los resultados justifican la necesidad de intervenir con estos profesionales para mejorar tanto su salud como la calidad de los servicios ofrecidos (Flores, Jerano, Cruz, Vega, & Pérez, 2013) (Ver tabla N°2.2).

En Tailandia; (Wisetborisut, Angkurawaranon, Jiraporncharoen, Uaphanthasath y Wiwatanadate, 2014), realizaron un estudio transversal en una muestra de 2.047 trabajadores de la salud en el Hospital de la Universidad de Chiang Mai, Tailandia. Los datos fueron recolectados a través de un cuestionario auto - contestado en línea y se incluyen detalles del trabajo por turnos y el agotamiento. El Burnout se midió mediante el Maslach Burnout Inventory (MBI), con el objetivo de identificar y describir la relación entre el trabajo por turnos y el desgaste entre los trabajadores de la salud. El Burnout se encontró con mayor frecuencia entre los trabajadores con turnos y dormir 6-8 horas de sueño por día

se asoció con tener menos desgaste. Las enfermeras que tenían por lo menos 8 días de descanso al mes tenían menos probabilidades de burnout en comparación con aquellos con menos de 8 días de descanso (Wisetborisut et al., 2014) (Ver tabla N°2.2).

Una vez revisado algunos estudios más recientes que guardan relación con ésta investigación, es necesario conocer el estado en el que se encuentra el Sistema de Salud en el Ecuador, considerando que algunos componentes de los avances que experimenta el país en salud, tienen relación con ciertas variables tomadas como referencia en este estudio.

3 Contexto de la Salud Ecuatoriana.

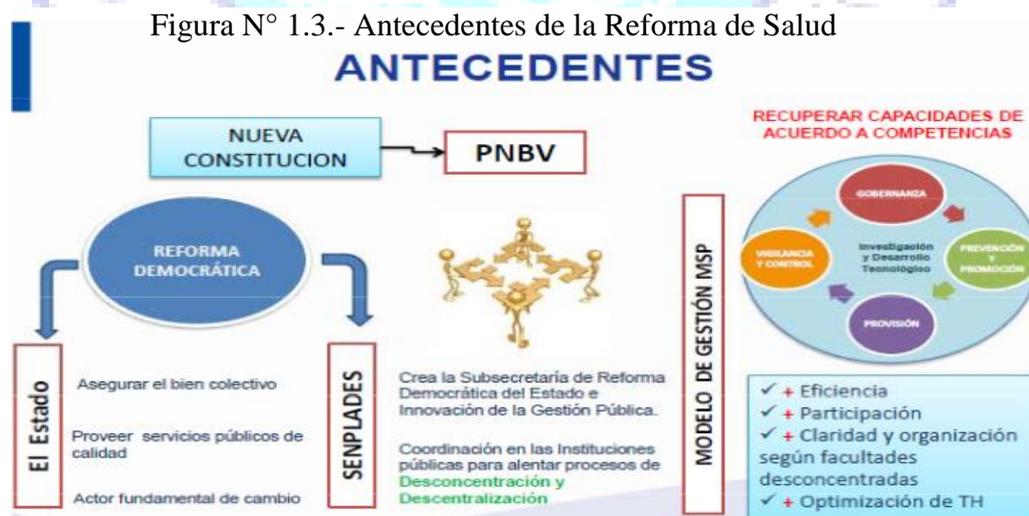
Actualmente la salud pública del Ecuador, conformada por la red nacional de salud, comprendida por instituciones de distintos niveles de complejidad en salud, tanto pública como privada, son las encargadas de las actividades de sanidad, higiene, y control epidemiológico de las enfermedades.

El sistema de salud en el Ecuador ha evolucionado desde el código de salud y el plan de medicina rural establecida por el Congreso Nacional hasta el Registro Oficial promulgado por la Asamblea Nacional Constituyente en la décadas de los

70. A partir de entonces, el Ministerio de salud Pública (MSP) se encarga de coordinar las instituciones autónomas o semi-autónomas y crear un sistema administrativo a nivel nacional, incorporándose varios servicios como: El Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM), la Liga Ecuatoriana Antituberculosa (LEA), del Instituto Ecuatoriano de Obras Sanitarias (IEOS), Instituto Nacional de Higiene "Leopoldo Izquieta Pérez" (OPS, 2008).

En la década de los 90, el Consejo Nacional de Salud, Órgano Coordinador de Acciones de Asesorías Políticas, y Estrategias de Salud empezó a coordinar los programas prioritarios en salud pública tales como: Materno-Infantil, Programa Ampliado de Inmunizaciones, Programa de Control de Enfermedades Diarreicas Agudas, Programa de Control de Infecciones Respiratorias Agudas y Epidemiológicas, Programa de Reducción de la enfermedad y muerte infantil (PREMI), Agua y saneamiento. Posteriormente, el Plan Nacional de Salud liderado por la Comisión Bi- ministerial (MSP y Ministerio de Bienestar Social de ese entonces). Luego se crea el proyecto "Fortalecimiento y Ampliación de los Servicios Básicos de Salud "FASBASE", con un aporte importante del Banco Mundial, sin obtenerse mayores logros nacionales, pero no es hasta la década del 2000 en que la Asamblea Constituyente ejecuta "La emisión de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (LOSNS), y desarrolló un sistema nacional de salud integrado con funciones descentralizadas, desconcentradas y participativas.

Gracias a la voluntad política de la Asamblea Nacional Constituyente se ejecuta la gratuidad y universalidad de los servicios de salud. A partir de este momento se introducen cambios importantes en el sector Salud, se conforma el Sistema Nacional de Salud integrado y articulado con instituciones públicas y privadas con un importante logro en la mayoría de los objetivos del milenio, alcanzando una reducción en la mortalidad materna, avances en el Programa VIH-SIDA, reducción de la incidencia de paludismo y tuberculosis, el acceso universal a salud reproductiva y a medicamentos antirretrovirales, con el acceso universal sostenible a servicios de agua y saneamiento y el reto de alcanzar hasta el 2015 la reducción de las tasas de mortalidad materna (Andes, 2014; Del Pozo, 2014; OMS, 2013; OPS, 2008; Subsecretaría Nacional de Gobernanza [SNG], 2014b) (Ver Figura N° 1.3).



Fuente: Ministerio de Salud Pública

Con los antecedentes antes descritos sobre la situación del Sector salud la Constitución de la República declara la necesidad de crear el Sistema Nacional de Salud para garantizar una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. Por lo tanto el 10 de abril de 2012 se firma el Convenio Marco Interinstitucional quedando conformado el SNS por dos redes: la Red Pública Integral de Salud y la Red Complementaria o Privada (Asamblea Nacional Constituyente [ANC], 2008; Subsecretaría Nacional de Gobernanza [SNG], 2012).

Actualmente, la red pública integral de salud (Sistema Nacional de Salud) está conformada por establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado que conforman la red complementaria o privada (Del Pozo, 2014; OPS, 2008).

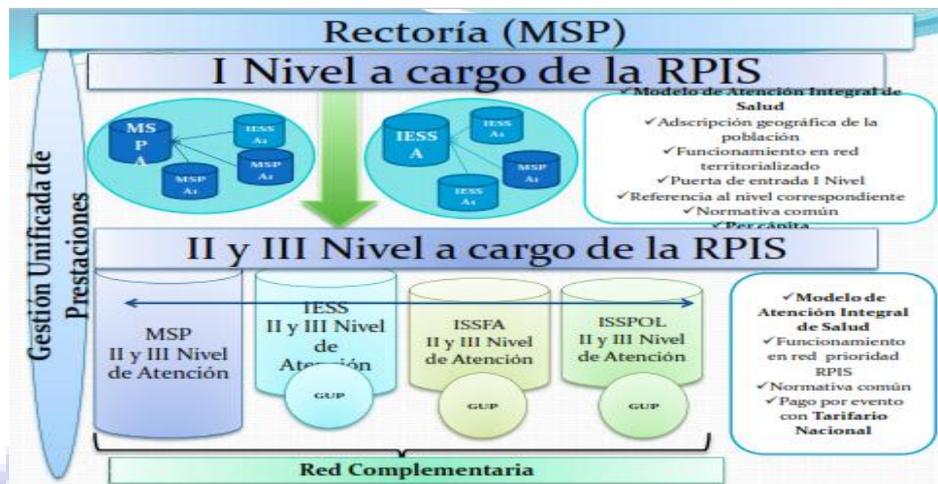
La Red Pública Integral de Salud (RPIS); integrada por el Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL), representan la mayoría de los hospitales básicos (45,1%) y hospitales generales (39,0%) mientras que solo representan el

14,8% de hospitales especializados corresponden al y el 1,1% de los hospitales de especialidad al (Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional [ISSPOL], 2012).

La Red Privada o Complementaria; integrada por las instituciones de Junta de Beneficencia (JBG) y la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA); entidades con fines de lucro como hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y las empresas de medicina prepagada) y organizaciones privadas sin fines de lucro (ONG), organizaciones populares de servicios médicos, asociaciones de servicio social, etc., las cuales representan el 15% de los establecimientos del país (Del Pozo, 2014).

El objetivo de la RPIS es garantizar el acceso a los servicios de salud con gratuidad servicio de calidad y oportuno mediante el “Subsistema nacional de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud”, que permite normar el mecanismo por el cual los usuarios son atendidos de acuerdo a la complejidad y el nivel de atención que requieren según sus patologías, optimizando los recursos de acuerdo a los objetivos del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) (OPS, 2008) (Ver figura N°1.4).

Figura N°1.4.- Modelo de Atención Integral de Salud



Fuente: presentación del MSP

Desde el año 2012, la competencia de los servicios hospitalarios tanto públicos como privados en tema de costos está regulada a través de la implementación del tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud y las auditorías de facturación que realizan las diferentes instituciones que cumplen la función de aseguradoras, lo cual permite que las prestaciones de salud se entreguen al beneficiario en la medida que las necesite. En el caso de los seguros privados no existe tal regulación y control, por lo que el beneficiario se ve inducido a utilizar su seguro e incrementar el gasto en servicios médicos, conociendo que su gasto de bolsillo será un porcentaje menor del costo total del servicio recibido, sin embargo en el Ecuador los seguros privados ofrecen una cobertura muy reducida en cuanto

a complejidad de tratamientos, razón por la cual el paciente después de haber consumido su seguro privado en el caso de tener una enfermedad catastrófica casi siempre termina recurriendo al sistema público, lo cual incrementa el costo en salud para el Estado, ya que el paciente es valorado nuevamente con exámenes diagnósticos para confirmar la patología y posterior tratamiento, ya sea correctivo o paliativo (Subsecretaría Nacional de Gobernanza [SNG], 2014a).

Aunque los objetivos de la calidad y calidez se mencionan desde que se reformó la Constitución en el 2008, recién en los dos últimos años, se compite por la calidad de los servicios hospitalarios, en el año 2013 se inició el programa de acreditación de calidad en todos los hospitales públicos del país, participando 44 hospitales de los cuales 4 de ellos han alcanzado la acreditación de calidad “Programa de acreditación de Qmentum International”. La finalidad de la acreditación es entregar a los usuarios de la Red Pública un servicio con estándares internacionales de calidad y seguridad para el paciente, enmarcado en el mejoramiento continuo, para lo cual los hospitales deben cumplir con varias practicas organizacionales requeridas y criterios de acreditación, obteniendo una puntuación que le acredita en tres niveles, Oro, Diamante y Platino, el MSP eligió a Accreditation Canada International (ACI), debido a la experiencia que tiene ACI en certificar Sistemas Públicos, fue llevado a cabo gracias a la experiencia en acreditar Instituciones del Sistema Público y el Primer Nivel de Atención,

firmándose un contrato en el año 2013, con vigencia del proyecto para de cinco años (Accreditation Canada International [ACI], 2013).

El marco normativo del Sistema Nacional de Salud está dado por tres componentes:

1. La Constitución de la República del Ecuador,
2. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y
3. El Plan Nacional del Buen Vivir (PNBV).

La Constitución de la República del Ecuador en el Art. 360 establece....”La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad”

Objetivos del Milenio.- El Ecuador ha cumplido con casi el 80% en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en materia de salud existe una importante reducción de la mortalidad infantil, avances en detener la propagación del VIH – SIDA, importante reducción de la incidencia de paludismo y tuberculosis y con el

acceso universal sostenible a servicios de agua y saneamiento. Quedarían 3 metas en ejecución para el año 2015: Acceso universal a salud reproductiva, acceso a medicamentos antirretrovirales, reducción de la mortalidad materna (Andes, 2014)

El Plan Nacional para el Buen Vivir (PNBV).- se plantea con la finalidad de crear un Estado constitucional de derechos y justicia, plurinacional e intercultural, este Plan es utilizado como un instrumento para articular de manera progresiva otros procesos de planificación, políticas sectoriales para cumplimiento del objetivo N° 3.- Mejorar la calidad de vida de la población, para lo cual se establecen 12 Políticas y 11 metas Políticas y Lineamientos. (Ver tabla N° 3.0).

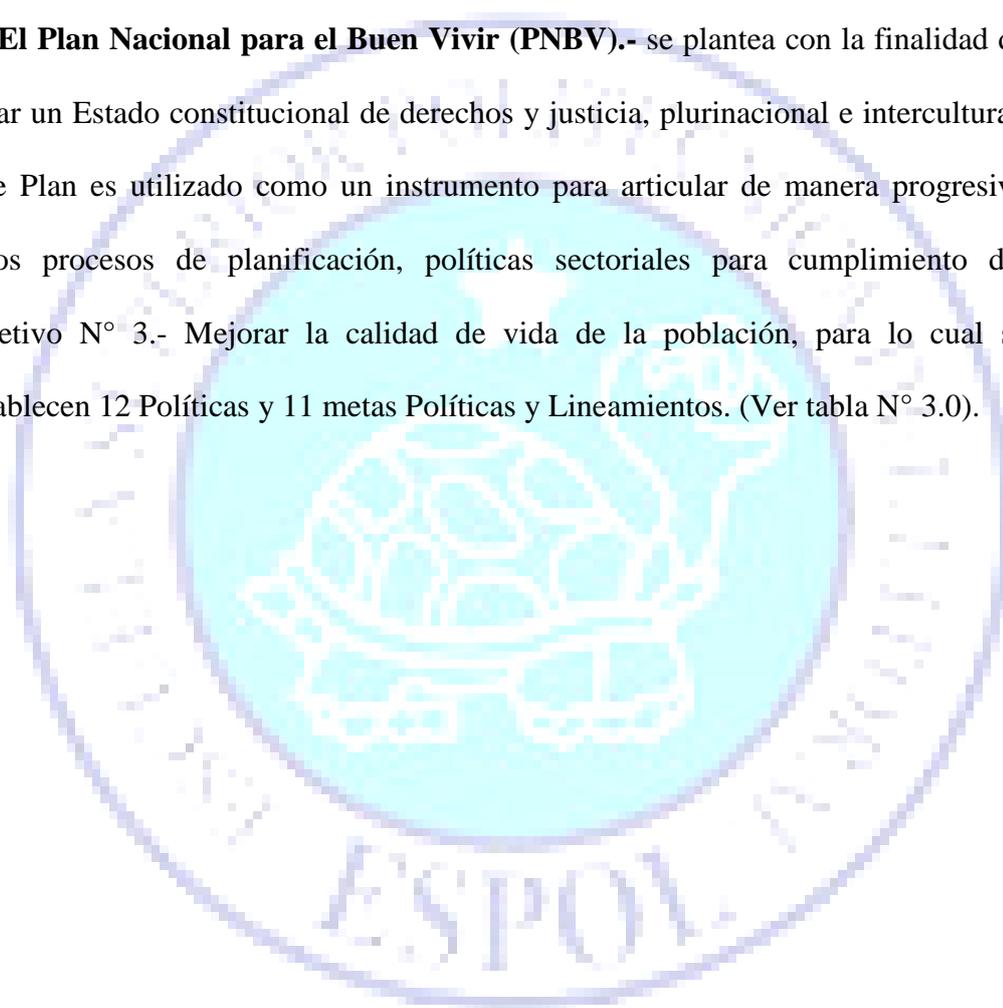


Tabla N° 3.0.- Datos de resultados de indicadores del PNBV

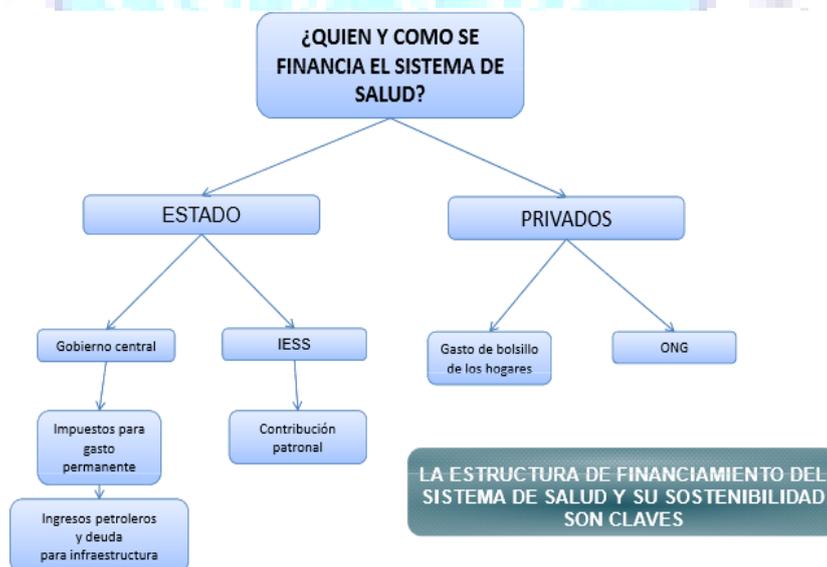
NOMBRE DEL OBJETIVO	META	INDICADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	dic-13	dic-12	dic-11	dic-10
				DATO	DATO	DATO	DATO
OBJETIVO 03: MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN	3.1 Reducir la mortalidad materna en 72%	Razón de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)	INEC Estadísticas Vitales - Defunciones generales, Proyecciones de nacimientos	45,715	59,902	70,436	59,036
OBJETIVO 03: MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN	3.2 Reducir la tasa de mortalidad infantil en 41%	Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos)	INEC Estadísticas Vitales - Defunciones generales y Nacimientos	8,636	8,815	8,902	9,318
OBJETIVO 03: MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN	3.3 Erradicar la desnutrición crónica en niños/as menores de 2 años	Prevalencia de la desnutrición crónica en niños/as menores de dos años	Ministerio de Salud - ENSANUT 2012		0,2397		
OBJETIVO 03: MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN	3.5 Reducir y mantener la letalidad por dengue al 0,08%	Letalidad por dengue	Ministerio de Salud Pública	0,08	0,1321	0,206	0,193
OBJETIVO 03: MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN	3.6 Aumentar al 64% la prevalencia de la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida	Prevalencia de la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida	Ministerio de Salud - ENSANUT 2012		0,4379		
OBJETIVO 03: MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN	3.7 Eliminar las infecciones por VIH en recién nacidos	Porcentaje de recién nacidos con VIH	Ministerio de Salud Pública		0,0436		
OBJETIVO 03: MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN	3.8 Reducir el porcentaje de hogares que viven en hacinamiento al 10,3% a nivel nacional y rural al 13,4%	Porcentaje de hogares que viven en hacinamiento	INEC - ENEMDU Módulo de datos de la vivienda y el hogar	0,1237	0,0920	0,1124	0,1377
OBJETIVO 03: MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN	3.9 Reducir el déficit habitacional cuantitativo nacional al 10,5%, y el rural en 4,5 puntos porcentuales	Déficit habitacional cuantitativo de la vivienda	INEC - ENEMDU Módulo de datos de la vivienda y el hogar	0,156407	0,136943	0,1654	0,1929
OBJETIVO 03: MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN	3.10 Alcanzar el 95% de hogares en el área rural con sistema adecuado de eliminación de excretas	Porcentaje de hogares del área rural que cuentan con un sistema adecuado de eliminación de excretas	INEC - ENEMDU Módulo de datos de la vivienda y el hogar	0,9390	0,9322	0,9225	0,9199
OBJETIVO 03: MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN	3.11 Alcanzar el 83% de hogares con acceso a red pública de agua	Porcentaje de hogares con acceso a red pública de agua	INEC - ENEMDU Módulo de datos de la vivienda y el hogar	0,7526	0,7453	0,7267	0,7182

Fuente: Secretaría Nacional de información.

3.1.1 Financiamiento del Sistema Nacional de Salud Pública

La Salud tiene como fuente de financiamiento al Estado a través del Gobierno Central y del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), el primero con el aporte de impuestos para gasto permanente y los ingresos petroleros y deuda para infraestructura, el IESS a través de la contribución patronal. Otra vía de financiamiento es el sector privado, ya sea por el gasto de bolsillo de los hogares o de las Organizaciones no gubernamentales sin ánimo de lucro (ONG) (Ver Figura N° 1.5). El reembolso a los hospitales del Sector Público está dado por dos vías:

Figura N° 1.5.- Financiamiento del Sistema Nacional de Salud.



1.- Con el financiamiento del Estado a través del ministerio de Finanzas de acuerdo al Plan Anual de Compras, y al Plan Operativo Anual, en función de la ejecución del presupuesto el año anterior.

2.- A través del presupuesto recuperado por las prestaciones de salud dadas entre las instituciones de la Red Integral de Salud, regulado por el tarifario de prestaciones médicas del sistema nacional de salud y el instructivo 001 creado para dar viabilidad de la atención en salud en las unidades de la Red Pública Integral de Salud y de la Red privada de prestadores de servicios de salud.

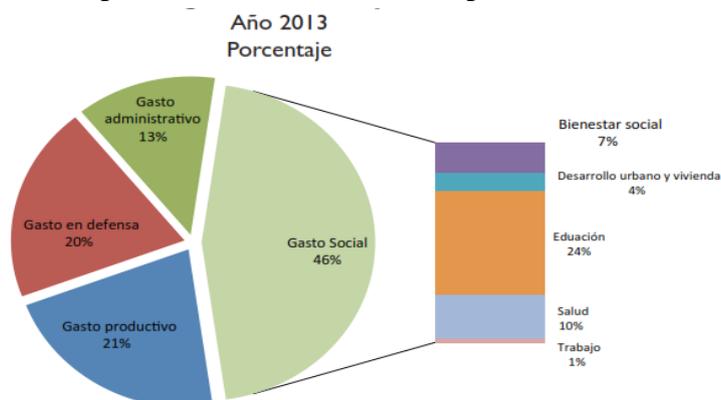
En el sector privado, el reembolso se da por el gasto de bolsillo de los usuarios o por la facturación a las instituciones del Sistema Integral de Salud o de los seguros privados. En las instituciones como la Junta de Beneficencia y SOLCA el reembolso está también regulado por el tarifario nacional de prestaciones de salud, pero además con un aporte del Estado a través del Ministerio de Finanzas.

La gratuidad y la universalidad de la salud exige el igualitarismo específico, es decir que la asistencia sanitaria debe otorgarse a toda persona independientemente de sus ingresos económicos, sin embargo la falta de recursos económicos por parte del Estado y la debilidad del sector público, obligan a los ciudadanos, aunque en

una menor parte, al gasto de bolsillo, el presupuesto fiscal del MSP y por los aportes de los trabajadores afiliados a los seguros públicos determinan el financiamiento en salud, del 2007 al 2013 el número de afiliados se incrementó en un 26%, para el año 2017 existe una proyección de ampliar el número de afiliados.

Las necesidades de financiamiento, fueron calculadas en base a la cobertura de la población para el año 2013 en un 75%, lo que corresponde aproximadamente al 41% al MSP, 31% al IESS, y 3% a ISSFA e ISSPOL, el gasto corriente de la Red Pública Integral de Salud en el año 2013, fue de aproximadamente 3200 millones de USD, de los cuales 49,7% correspondieron al MSP y el 50,3% al IESS, ISSFA e ISSPOL, siendo una propuesta del MSP incrementar la cobertura a un 15% adicional para el año 2017 (León, 2014; Malo, 2014). Del gasto del Presupuesto General del Estado (PGE) solo el 10% fue distribuido para salud, (Ministerio Coordinador de la Política Económica [MCPE], 2014) (Ver figura N°1.6).

Figura N° 1.6.- Composición del Gasto del Presupuesto General del Estado



Fuente: Ministerio de Finanzas (2014)

Elaboración: Ministerio Coordinador de Política Económica

El gasto en el rubro para medicamentos se ha incrementado a más de 100 millones en el 2007, más de 380 millones en el 2013, mejorando el acceso de la población a los servicios públicos y garantizando la gratuidad de los mismos, la decisión política de priorizar los sectores sociales han incrementado la cobertura de atenciones pasando de 14. 372. 251 atenciones de salud en el 2006 a registrarse 38. 088. 410 en el año 2013 (Malo, 2014).

El Estado está realizando intervenciones muy rígidas desde año 2012 en materia de reforma del código penal involucrando al sector salud, en el cual se incluye en los artículos 145 y 146 la prisión por negligencia médica, e interviene también en

la regulación de medicamentos, con las observaciones y controles a través de la contraloría general del Estado en los procesos de compra de los medicamentos, el uso de medicamentos genéricos, la intervención de los comités de farmacoterapia en la planificación de compras de medicamentos y el de los comités de fármaco vigilancia en el monitoreo de las reacciones adversas de los medicamentos.

La cobertura de la asistencia sanitaria está regulada a través de la Red Integral de Salud bajo las políticas implementadas a través del convenio marco firmado por todas las instituciones de la RPIS, regulado por el tarifario de prestaciones para el Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de evitar que las aseguradoras y proveedoras capturen parte de dicho financiamiento, sin embargo la falta de camas hospitalarias y la falta de especialistas y debilidad en general de las instituciones de la red pública hace que una gran parte del financiamiento se dirija a las instituciones privadas.

3.1.2 Provisión de Servicios de Salud

La Provisión de servicios está dada en función de la demanda y la oferta del Sistema de Salud en sus diferentes niveles de atención, en el primer nivel de atención se destacan los servicios del MSP, que cubren alrededor del 55% de esta

oferta de servicios; le sigue el IESS / Seguro Social Campesino (SSC), que cubre alrededor del 30% de Unidades de primer nivel de atención. Dentro de la oferta pública de primer nivel también se encuentran los establecimientos de las Fuerzas Armadas (ISSFA), de la Policía (ISSPOL) y los servicios de salud preventiva de algunos municipios, cuyos centros llegan a representar alrededor del 8% de la oferta. El 7% restante está constituido por servicios privados de primer nivel. Complementariamente están los servicios de salud de la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG), la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) y la Cruz Roja Ecuatoriana. En el segundo nivel de atención, también el MSP tiene la mayor cantidad de establecimientos, el 62% de estos establecimientos son del MSP. Finalmente, en el tercer nivel de atención, los establecimientos privados son mayoritarios (74%).

El sector público está conformado en su mayoría por establecimientos ambulatorios de primer nivel (91%), los hospitales generales y básicos representan el 8%, mientras que los hospitales especializados representan el 1% de la oferta de servicios de salud. Para la mejora de la infraestructura sanitaria desprotegida por años, con la reforma en salud se han destinado recursos para la remodelación, nuevos establecimientos y cierre de algunos de ellos conforme a la distribución territorial ordenada. Para el 2017 existe una proyección de quedar 2191

establecimientos de APS, 162 hospitales básicos y generales y 25 hospitales especializados y de especialidades (Malo, 2014).

3.1.3 Ministerio de Salud Pública

En el marco de la Red Integral de Salud, el Ministerio de Salud es el órgano rector, dentro de su planeación estratégica está la planificación, la gestión y la coordinación de la salud pública, con la Misión de “Ejercer la rectoría, regulación, planificación, coordinación, control y gestión de la Salud Pública ecuatoriana a través de la gobernanza y vigilancia y control sanitario y garantizar el derecho a la Salud a través de la provisión de servicios de atención individual, prevención de enfermedades, promoción de la salud e igualdad, la gobernanza de salud, investigación y desarrollo de la ciencia y tecnología; articulación de los actores del sistema, con el fin de garantizar el derecho a la Salud” (Lucio, 2011; OPS, 2008).

Mediante el acuerdo ministerial No. 00001034 de fecha 01 de noviembre de 2011 publicado en la edición especial del registro oficial No. 279, del 30 de marzo de 2012, se emitió el Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública; en el cual se describe, la estructura organizacional de gestión por procesos, misión, visión y los 8 objetivos estratégicos:

Objetivo 1: Incrementar la eficiencia y efectividad del Sistema Nacional de Salud

Objetivo 2: Incrementar el acceso de la población a servicios de salud

Objetivo 3: Incrementar la vigilancia, la regulación, el control, la promoción y prevención de la salud.

Objetivo 4: Incrementar la satisfacción de los ciudadanos con respecto a los servicios de salud.

Objetivo 5: Incrementar las capacidades y competencias del talento humano.

Objetivo 6: Incrementar el uso eficiente del presupuesto.

Objetivo 7: Incrementar la eficiencia y efectividad de las actividades operacionales del Ministerio de Salud Pública y entidades adscritas.

Objetivo 8: Incrementar el desarrollo de la ciencia y la tecnología en base a las prioridades sanitarias de la salud (OPS, 2008).

Un importante avance de la reforma en salud, es el proceso de desconcentración a nivel territorial con mayor infraestructura sanitaria, capacidad de gestión, planificación y optimización de recursos desde los niveles desconcentrados, para lo cual el MSP intensifica sus esfuerzos en el fortalecimiento del talento humano

en la Red Pública, mejorando los salarios con la homologación en el sector público en el marco de la Ley Orgánica del Servicio Público, las capacidades y competencias a través de capacitación y formación con la apertura de los postgrados que por más de 7 años se mantuvieron cerrados por deficiencias académicas en el país.

Con la finalidad de fortalecer la atención primaria se han abierto en total 1.083 postgrados entre ellos postgrados en medicina familiar y formación de 1572 técnicos en atención primaria (TAPS), entregando becas para los profesionales de la salud.

Aunque al inicio los esfuerzos se concentraron en mejorar el nivel hospitalario, con infraestructura, equipamiento, talento humano, implementación del modelo de gestión por procesos, con la ampliación y fortalecimiento de la cartera de servicios, mejorando toda la red hospitalaria con el proceso de construcción y equipamiento de 18 nuevos hospitales, actualmente el MSP tiene como objetivo principal mejorar el sistema a través del fortalecimiento de la atención primaria (APS), priorizando, previniendo y haciendo promoción de la salud, con la vinculación al Servicio Integrado de Seguridad (SIS) ECU-911 que gestiona la atención de las situaciones de emergencia.

Sin embargo hay que rescatar que la inversión pública actualmente está reorientada a la infraestructura y talento humano para la APS, el MSP en el 2013 amplió el porcentaje del presupuesto para el primer nivel de atención y se contempla la construcción de 171 nuevos centros de APS para el 2017, cuyo proceso de construcción se encuentra en marcha. Otro aspecto importante en el fortalecimiento de la APS es la incorporación en el primer nivel de atención de los servicios de salud mental, rehabilitación y cuidados paliativos, priorizando la promoción y prevención antes que lo curativo.

Uno de los Hospitales pertenecientes al Ministerio de Salud Pública es el Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”, el cual fue elegido como objeto del presente estudio, dirigido a los médicos generales y especialistas, razón por la cual es pertinente conocer sobre su área de influencia, indicadores hospitalarios, direccionamiento estratégico, e inclusive su FODA.

3.1.4 Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”

El hospital Guayaquil, perteneciente al Ministerio de Salud Pública categorizado como nivel III de complejidad de salud, mediante acuerdo Ministerial N° 667, suscrito por la MSc. Carina Vance Mafla, Ministra de Salud Pública, se lo declaró como un hospital de especialidades en el 2012. A finales de este año, la institución inicia un proceso de transformación, estructural, de gestión administrativa, implementándose un nuevo modelo de gestión hospitalaria orientada a resultados y gestión por procesos, transformando las debilidades en oportunidades, reorganizando y fortaleciendo su cartera de servicios de acuerdo a las necesidades de la provincia, con fortalecimiento del talento humano especializado tanto en el área asistencial como en el área administrativa, implementación de procesos asistenciales, equipamiento con tecnología de punta, con el desarrollo de herramientas para generar una cultura organizacional, que permitió a la gestión asistencial trabajar de forma muy organizada con objetivos y metas trazadas (Informe de Gestión periodo 2012-2014) (Instituto Nacional de Estadística y Censo y Ministerio de Salud Pública [INEC-MSP], 2015; OPS, 2008) (Ver Figura N° 1.7) .

Figura N° 1.7.- Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”



Fuente: (Hospital de Especialidades Guayaquil [HEG], 2015)

Actualmente, el Hospital de Especialidades Guayaquil, de referencia a nivel nacional, está destinado a brindar atención ambulatoria, hospitalización, recuperación y rehabilitación de la salud a poblaciones vulnerables de la región Costa del Ecuador. Posee una amplia cartera de servicios, con personal sanitario especializado en brindar una atención de calidad y calidez, garantizando la gratuidad de todos los servicios, medicamentos e insumos. El Hospital cuenta con 260 camas de hospitalización. Sus prestaciones son atención de emergencia, ambulatoria, hospitalización, recuperación y rehabilitación de la salud a los usuarios de las diferentes especialidades y sub-especialidades clínicas y

quirúrgicas, unidades de apoyo diagnóstico y terapéutico, así como también labores de docencia e investigación (Lucio, 2011).

El Hospital oferta servicios de especialidad en las áreas de hospitalización; emergencia; consulta externa con 36 especialidades; servicios de terapia y rehabilitación física y mental; taller de órtesis y prótesis; unidades de apoyo diagnóstico y terapéutico como laboratorio clínico; patología; imágenes como: rayos X; ecografía general y doppler; ecocardiografía general y transesofágica, litotricia; resonancia magnética; angiografía y hemodinamia, endoscopía; densitometría ósea; Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales y de Adultos, Cuidados Intermedios.

El acceso de los usuarios a este hospital es a través de la atención primaria, con la ejecución del sistema de referencia, los procesos mencionados anteriormente son articulados para cumplir con la misión del hospital y al final entregar al usuario el servicio esperado y devolverlo a la atención primaria una vez solucionado el problema por el cual fue referido, en el caso de no existir la capacidad resolutive o disponibilidad de camas, el servicio es otorgado sin costo alguno para el paciente en otra institución, ya sea de la Red Pública o de la Red Privada Complementaria del Sistema Nacional de Salud.

A. Área de influencia

El Hospital de Especialidades Guayaquil forma parte de la Zona 8 del Ecuador, constituida por los cantones Guayaquil con 2.560.505 habitantes, Durán con 271.085 habitantes y Samborondón con 81.388 habitantes, teniendo así una cobertura total de 2.912.978 habitantes, de acuerdo a las Proyecciones Poblacionales 2014 del (INEC) (Instituto Nacional de Estadística y Censo y Ministerio de Salud Pública [INEC-MSP], 2015).

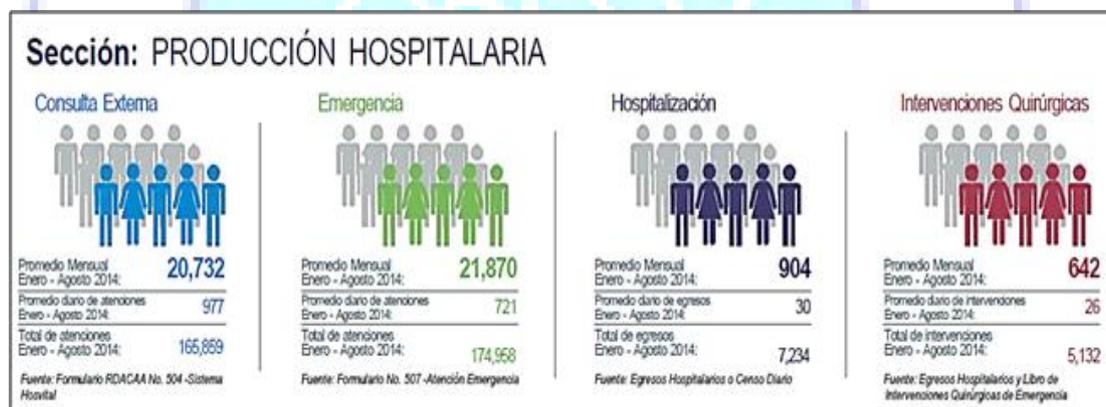
Al ser el único Hospital de especialidades de la costa del Ecuador además de brindar atención a la población de la Zona 8, presta cobertura a otras ciudades de la provincia del Guayas como Baquerizo Moreno, Balao, Balzar, Daule, El Empalme, El Triunfo, Milagro, Naranjal, Naranjito, Pedro Carbo, Playas, Santa Lucía, Salitre y Yaguachi, etc. También brinda atención a pacientes de otras provincias del país como Esmeraldas, Manabí, Santa Elena, Los Ríos, El Oro, Santo Domingo; y provincias de la Sierra como Loja, Bolívar.

B. Indicadores Hospitalarios 2012-2014

Uno de los desafíos en implementar el modelo de referencia y contrareferencia, es decir educar al usuario interno y externo que la puerta de entrada es la atención primaria a medida en que se fue implementado el formulario 053, con el cual los pacientes son referidos o contra referidos a otro nivel de atención, se fue eliminando por completo en el año 2013 la demanda espontanea de atención especializada por consulta externa, aceptando únicamente aquellos pacientes referidos desde el nivel de atención inferior. Otra medida implementada en el año 2014 fue la de otorgar la cita del paciente para la atención especializada, a través de sistema de admisiones, con esto el paciente acude al hospital directamente el día que le corresponde ser atendido por el médico, ya que la cita es otorgada con el personal de la unidad de salud del nivel inferior, permitiendo revisar los diagnósticos de referencia y realizar las recomendaciones pertinentes logrando que la referencia sea efectiva y optimizando la consulta especializada para los pacientes que la requieren, y de esta manera desde el año 2012 hasta el año 2014 se consiguió disminuir progresivamente el número de atenciones de consulta de medicina general (Instituto Nacional de Estadística y Censo y Ministerio de Salud Pública [INEC-MSP], 2015).

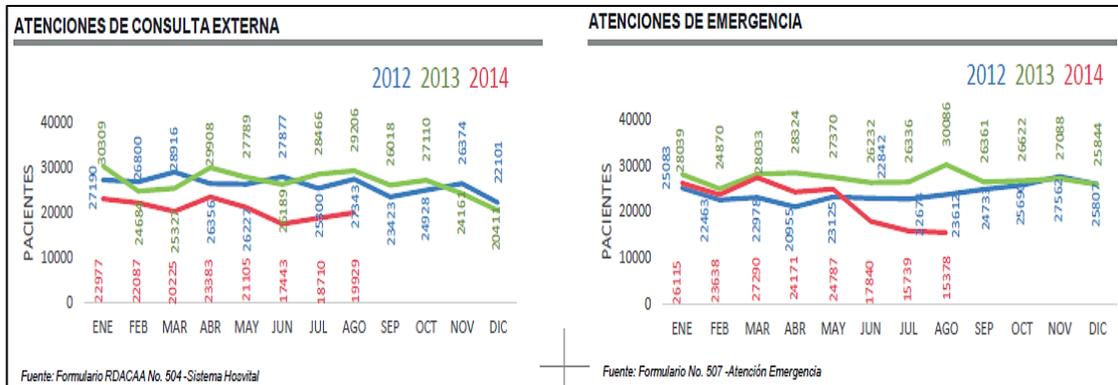
En lo que respecta a las atenciones por emergencia, Se tomaron otras medidas como por ejemplo la implementación del triage, el cual prioriza por niveles la atención, de acuerdo a la escala de gravedad. Los pacientes que acostumbraban a acudir a la emergencia del hospital por dolencias menores que corresponden al primer nivel de atención progresivamente fueron educándose y acudiendo al nivel que les corresponde, disminuyendo con esto el número de atenciones por emergencia (Instituto Nacional de Estadística y Censo y Ministerio de Salud Pública [INEC-MSP], 2015).

Figura 1.8: Producción Hospitalaria



Fuente: Departamento de estadística del Hospital de Guayaquil

Figura 1.9: Atenciones de consulta externa y de emergencia

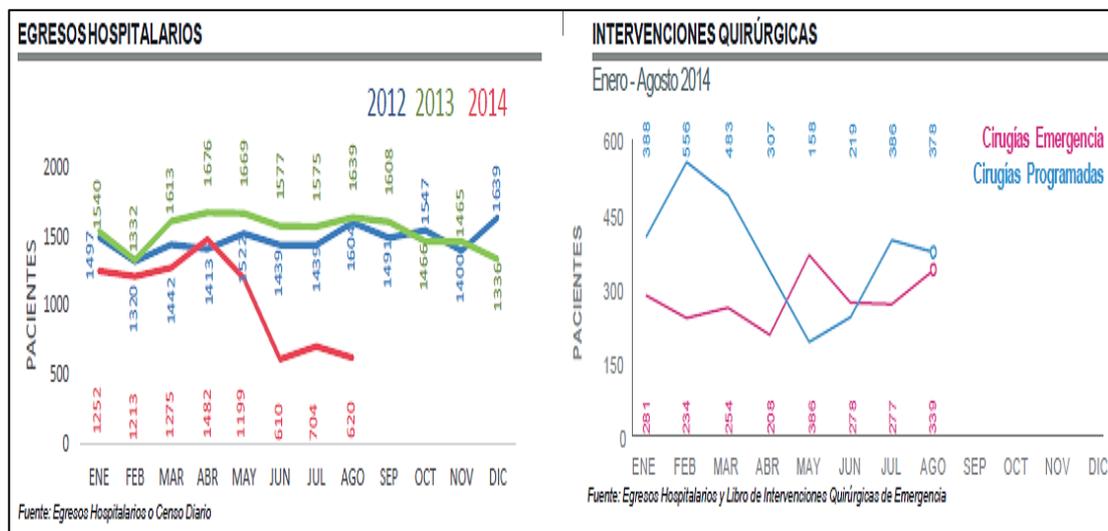


Fuente: Departamento de estadística del Hospital de Guayaquil

Con la reorganización de la cartera de servicios, específicamente en el mes de abril del 2014 el servicio de Gineco-obstetricia se traslada a las maternidades cercanas al hospital, con lo cual disminuye considerablemente los egresos hospitalarios. En cuanto a las cirugías programadas desde noviembre 2012 el hospital cierra los quirófanos por remodelación e implementa un plan de contingencia para realizar los procedimientos quirúrgicos en otros hospitales de la Red Pública con sus propios recursos, tanto en talento humano como en insumos, manteniendo la producción quirúrgica de cirugías programadas, a partir de febrero hasta mayo del 2014 la contingencia se reduce a un solo hospital de la Red Pública disminuyendo la producción quirúrgica programada; en cuanto a las intervenciones de emergencia, los quirófanos no fueron afectados por la remodelación, y la producción progresivamente ha ido incrementándose gracias a la implementación

de procesos, en el Centro Quirúrgico (Instituto Nacional de Estadística y Censo y Ministerio de Salud Pública [INEC-MSP], 2015) (Ver Figura 2.0).

Figura 2.0: Egresos hospitalarios e intervenciones quirúrgicas

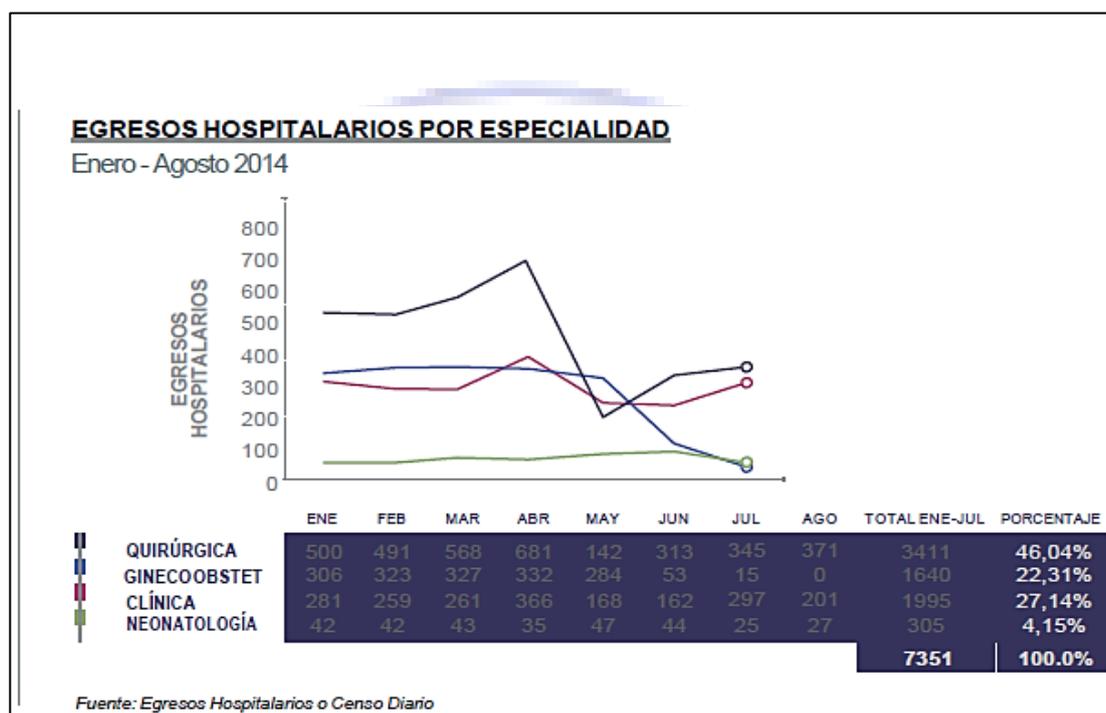


Fuente: Departamento de estadística del Hospital Guayaquil

De acuerdo al gráfico 2.0 en el mes de marzo del año 2014, las especialidades quirúrgicas se ven afectadas en sus egresos hospitalarios debido a la reducción de quirófanos en los hospitales de la Red Pública, prestadores del contingente quirúrgico para la repotenciación de los quirófanos del hospital. En lo que respecta a los procedimientos quirúrgicos de gineco-obstetricia éstos disminuyen debido al traslado del servicio a las maternidades Matilde Hidalgo de Prócel y Mariana de Jesús, los egresos de las especialidades clínicas son variables dependiendo de la complejidad de pacientes que recibe el hospital, sobre todo el alto índice de

pacientes crónicos con patologías comórbidas (Instituto Nacional de Estadística y Censo y Ministerio de Salud Pública [INEC-MSP], 2015) (Ver Figura 2.1).

Figura 2.1.: Egresos hospitalarios por especialidad

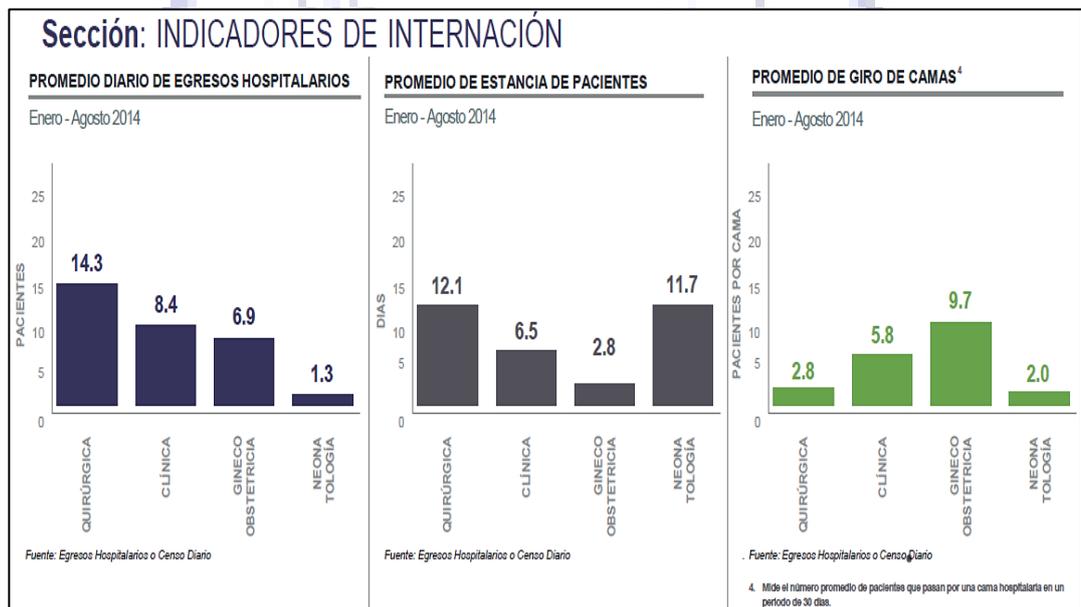


Fuente: Departamento de estadística del Hospital Guayaquil

Al existir un déficit de camas hospitalarias en la provincia, déficit de hospitales de II nivel, y una población con problemas crónicos como la diabetes, cuyas patologías de comorbilidad requieren de hospitalización con atención de especialidades multidisciplinarias, la estancia del paciente se convierte en un serio problema, tal es el caso que en las especialidades quirúrgicas las patologías que requieren mayor estancia hospitalaria son los pie diabéticos y pacientes adultos

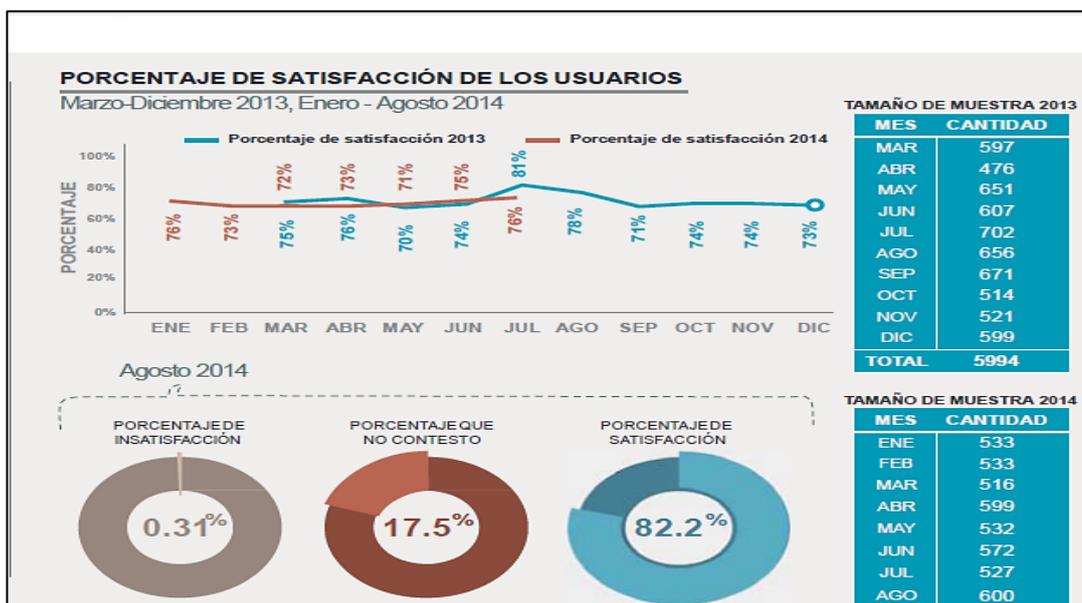
mayores con problemas traumatológicos, en las especialidades clínicas los pacientes con mayor estancia hospitalaria, son los pacientes con insuficiencia renal crónica a consecuencia de enfermedades crónicas (Instituto Nacional de Estadística y Censo y Ministerio de Salud Pública [INEC-MSP], 2015) (Ver Figura 2.2).

Figura 2.2.: Indicadores de hospitalización



Fuente: Departamento de estadística del Hospital Guayaquil

Figura 2.3.: Porcentaje de satisfacción de usuarios



Fuente: Departamento de estadística del Hospital Guayaquil

Tabla N° 3.1: datos adicionales de importancia para el estudio

Número total de trabajadores	1312
Número total de médicos	288
Porcentaje de rotación	33.3 %
Índice de ausentismo	0.09 %

Fuente: Departamento de Talento Humano Noviembre 2014

C. Direccionamiento estratégico

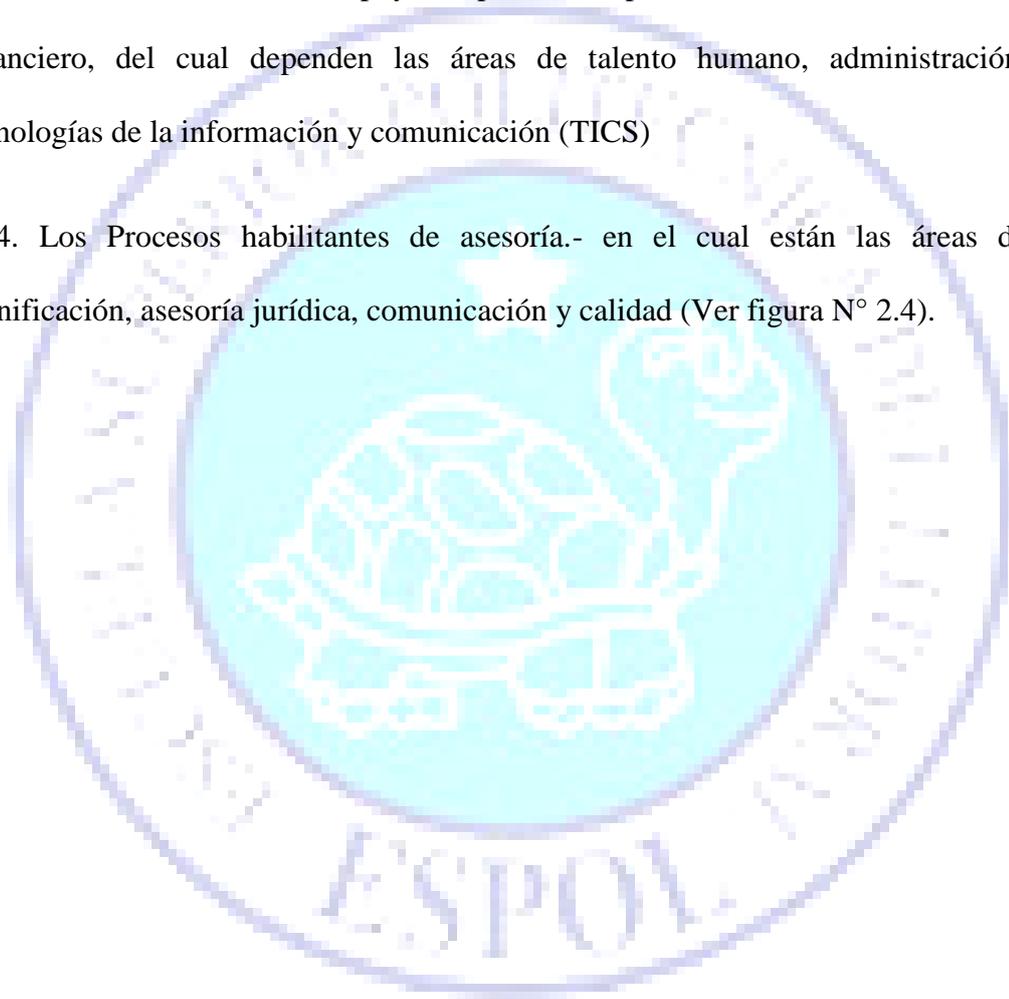
El Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón” cuenta con un Estatuto Orgánico de Gestión Organizacional por Procesos de Hospitales (EOGOPH), en el cual se describe la misión, visión, objetivos estratégicos y valores institucionales. El EOGOPH define una estructura organizacional en cuatros procesos:

Figura 2.4.: Mapa de proceso hospitalario



Fuente: Plan estratégico de la Dirección Asistencial periodo 2012-2104.

1. Proceso Gobernante.- representado por el gerente del hospital
2. Procesos agregadores de Valor.- representado por el director asistencial, del cual dependen todas las subdirecciones, y servicios asistenciales.
3. Procesos habilitantes de apoyo.- representado por el director administrativo y financiero, del cual dependen las áreas de talento humano, administración, tecnologías de la información y comunicación (TICS)
4. Los Procesos habilitantes de asesoría.- en el cual están las áreas de planificación, asesoría jurídica, comunicación y calidad (Ver figura N° 2.4).





PARTE 2.
ESTUDIO EMPÍRICO DEL SÍNDROME
DE BURNOUT

1. Diseño de la investigación

El diseño de esta investigación es descriptivo de corte transversal, ya que la recolección de los datos fueron en un solo tiempo y se empleó un cuestionario en donde las variables de estudio no han sido manipuladas permitiendo así analizar la información de acuerdo a la realidad del hospital (Hernández, 2003).

El método a utilizar es el empírico basada en la observación o evidencias, por cuanto su fundamento radica en la percepción directa del objeto de investigación y del problema.

1.1 Variables en Investigación

Las variables utilizadas para esta investigación se definen a través de las siguientes características.

A. Variables psico-sociales:

- Agotamiento: cansancio, fatiga, falta de motivación, desánimo que puede manifestarse física y/o psíquicamente (Maslach C y Jackson S., 1997).
- Despersonalización o cinismo: consiste en el desarrollo de actitudes negativas e insensibles hacia los beneficiarios de los servicios prestados u otros integrantes de la misma organización (Maslach C y Jackson S., 1997).
- Eficacia profesional: sentimientos de baja eficacia, baja autoestima y fracaso (Maslach y Jackson, 1986).

B. Variables socio-demográficas:

- Lugar de trabajo: Departamento hospitalario
- Especialidad médica
- Sexo

- Edad
- Antigüedad como profesional en el hospital
- Antigüedad en la profesión
- Número de empleos ejercidos actualmente
- Situación contractual actual
- Responsabilidades directivas actuales

1.2 Hipótesis del estudio

1. Se encontrarán altos niveles de agotamiento, cinismo y eficacia profesional en los médicos del Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”
2. Existirán diferencias significativas en las variables departamento y antigüedad asociados a los altos niveles de las dimensiones agotamiento y cinismo del Síndrome de Burnout entre los médicos del Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”

3. Se hallará un alto porcentaje de médicos con perfiles de Burnout en el Hospital Guayaquil

2. Método de la Investigación

2.1 Procedimiento

Este estudio se llevará a cabo en la consulta externa y hospitalización del Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón” del MSP localizados en la ciudad de Guayaquil. Se encuentra ubicado en el sector suroeste de la ciudad; exactamente en la Parroquia Febres-Cordero, en el perímetro comprendido al Norte por la calle Oriente, al Sur por la Calle Galápagos, al Este por el Callejón Rodríguez y al Oeste por la Calle 29, hoy conocida también como avenida Assad Bucarán. El hospital se haya ubicado en el Distrito 4 de la Parroquia “Febres Cordero”

2.2 Procedimientos para la recolección de la información

En el marco de la Maestría en Gerencia Hospitalaria de la ESPAE ESPOL <http://www.espae.espol.edu.ec/>, de la cual el grupo de autores de esta tesis forma parte, se inició una línea de investigación en Bienestar y Riesgos psicosociales en el trabajo en septiembre del año 2014, impulsada por la coordinadora de la maestría, la Dra. Bessie Magallanes. Para coordinar la línea de investigación se encargó a la Dra. Paola Ochoa (Blanch, Ochoa y Sahagún, 2012); (Ochoa, 2012a; 2012b); (Ochoa & Blanch, 2015), especializada en la temática del estudio.

Este estudio de corte transversal recibió la aprobación de la Coordinación Zonal N°8 de Salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador en el 2014. Además, esta investigación también fue aprobada por las autoridades del Hospital de Especialidades de Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón” de la ciudad de Guayaquil, especialmente por el Gerente Hospitalario, con el fin de llevar a cabo la aplicación de la encuesta *Maslach Burnout Inventory*, al personal médico multidisciplinario seleccionado como muestra de estudio (Maslach, 1997; Maslach , 2009b).

A continuación se mantuvo una reunión con el Coordinador del Departamento de Docencia e Investigación del Hospital de Especialidades Guayaquil a fin de

formalizar el requerimiento con una solicitud por escrito, y coordinar el mecanismo por el cual se realizaría la encuesta, quedando definido aprovechar los staff médicos para llevar la encuesta personalizada durante la jornada laboral. El estudio fue dirigido a los médicos generales y médicos especialistas pertenecientes a las áreas clínico quirúrgicas, áreas administrativas y áreas cuidados críticos como son: UCI, UCIN, Emergencia, Cuidados Intermedios, área postquirúrgica de este hospital, mediante un cronograma de visitas a los servicios locales, con la colaboración de los jefes de servicio para de concebir un acuerdo mutuo durante la aplicación del cuestionario del estudio. Por consiguiente, se entregaron los cuestionarios a los líderes de cada departamento de salud hospitalaria con los cuales se planteó el proceso de entrega-recepción de los mismos.

En tres semanas se llevó a cabo la aplicación del cuestionario en los médicos recluidos para el estudio, posterior a eso, el proceso se detuvo, por disposiciones de la Directora Asistencial, quien no estaba de acuerdo con la continuidad de esta investigación. Finalmente se recabaron todas las encuestas, posteriormente los datos estadísticos se ordenan, se tabulan y se realizan los análisis estadísticos descriptivos, respetándose la confiabilidad de las respuestas y del anonimato de la muestra de estudio.

2.2.1 Muestra

El tamaño de la muestra del estudio fue estimado por medio de un muestreo aleatorio simple para una población finita formada por 288 profesionales de la medicina en el Hospital de Guayaquil, con un nivel de confianza de 95% y un intervalo de confianza o error de muestreo del 5,36%. La muestra requerida bajo estos parámetros fue de 155 médicos.

2.2.2 Caracterización de la muestra

Variable Departamento:

En la información de la Tabla N° 3.2 y Figura N° 2.5, se observa que la mayor parte de la muestra de estudio, tienen que ver con el desempeño de sus actividades en el área de las Especialidades Médicas y Quirúrgicas, representadas con un porcentaje del (58.7%), en la que habitualmente usan tanto técnicas invasivas (quirúrgicas) como no invasivas (farmacológicas, etc.); seguido de un considerable porcentaje de médicos que llevan a cabo actividades en el área de las Especialidades Críticas con un (36.1%), en la que se dedican al diagnóstico y

tratamiento de pacientes agudos, críticos con graves complicaciones en riesgo de muerte; finalizando con la muestra de estudio se determina un porcentaje menor de profesionales que se dedican a actividades Administrativas con (5,2%). Con estos resultados obtenidos con los instrumentos anteriormente nombrados, se realizarán relaciones y comparaciones que determinarán si influyen este tipo de actividades en el desarrollo del “Síndrome de Burnout”, y cuál de ellas es la más significativa.

Tabla N° 3.2.: Distribución de profesionales por departamento hospitalario

Departamento		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	ESP. MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS	91	58,7
	ÁREAS CRÍTICAS	56	36,1
	ADMINISTRATIVO	8	5,2
	Total	155	100,0

Fuente: Elaboración propia. Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Figura N° 2.5.: Distribución de profesionales por departamento hospitalario



Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

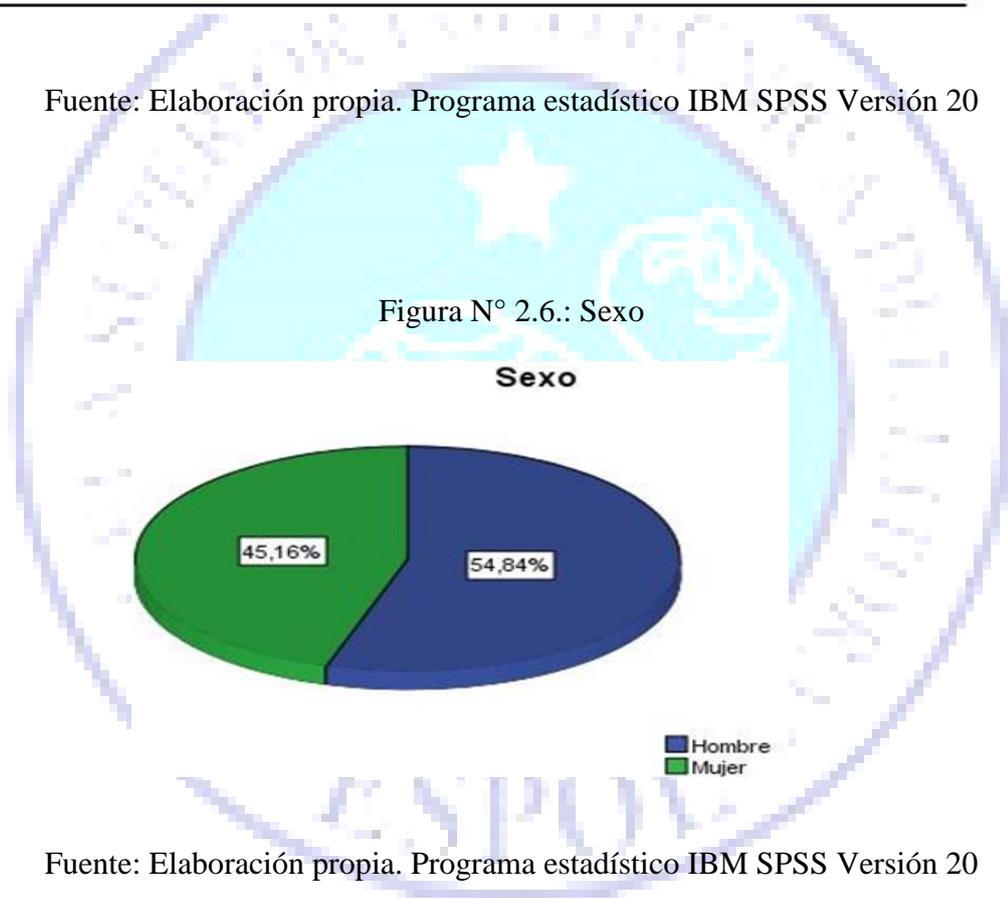
Variable Sexo

Se puede visualizar en la Tabla N° 3.3 y Figura N° 2.6, que el (54.8%) de profesionales encuestados son de sexo masculino y el (45.2%) son de sexo femenino del total de los datos tabulados.

Tabla N° 3.3.: Sexo

Sexo			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Hombre	85	54,8
	Mujer	70	45,2
	Total	155	100,0

Fuente: Elaboración propia. Programa estadístico IBM SPSS Versión 20



Fuente: Elaboración propia. Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Variable Edad:

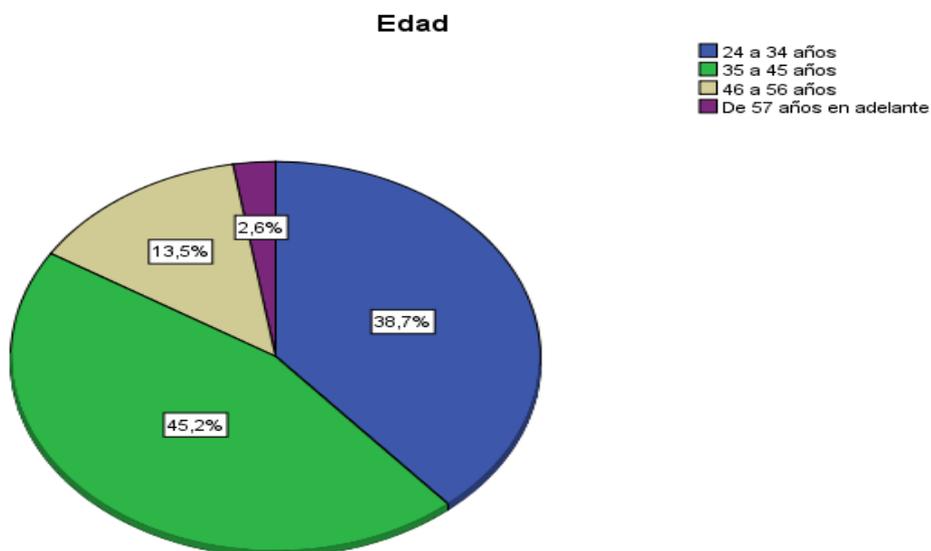
Se puede observar en la Tabla N° 3.4 y en la Figura N° 2.7, que el (45.2%) representa al grupo de edades comprendidas entre 35 a 45 años, el (38.7%) en edades de 24 a 34 años, el (13.2%) en edades de 46 a 56 años y el (2.6%) en edades de 57 años en adelante, evidenciando que el grupo de edades de mayor frecuencia fue de 35 a 45 años del total de la muestra de estudio.

Tabla N° 3.4.: Edad

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	24 a 34 años	60	38,7
	35 a 45 años	70	45,2
	46 a 56 años	21	13,5
	De 57 años en adelante	4	2,6
	Total	155	100,0

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Figura N° 2.7.: Edad



Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

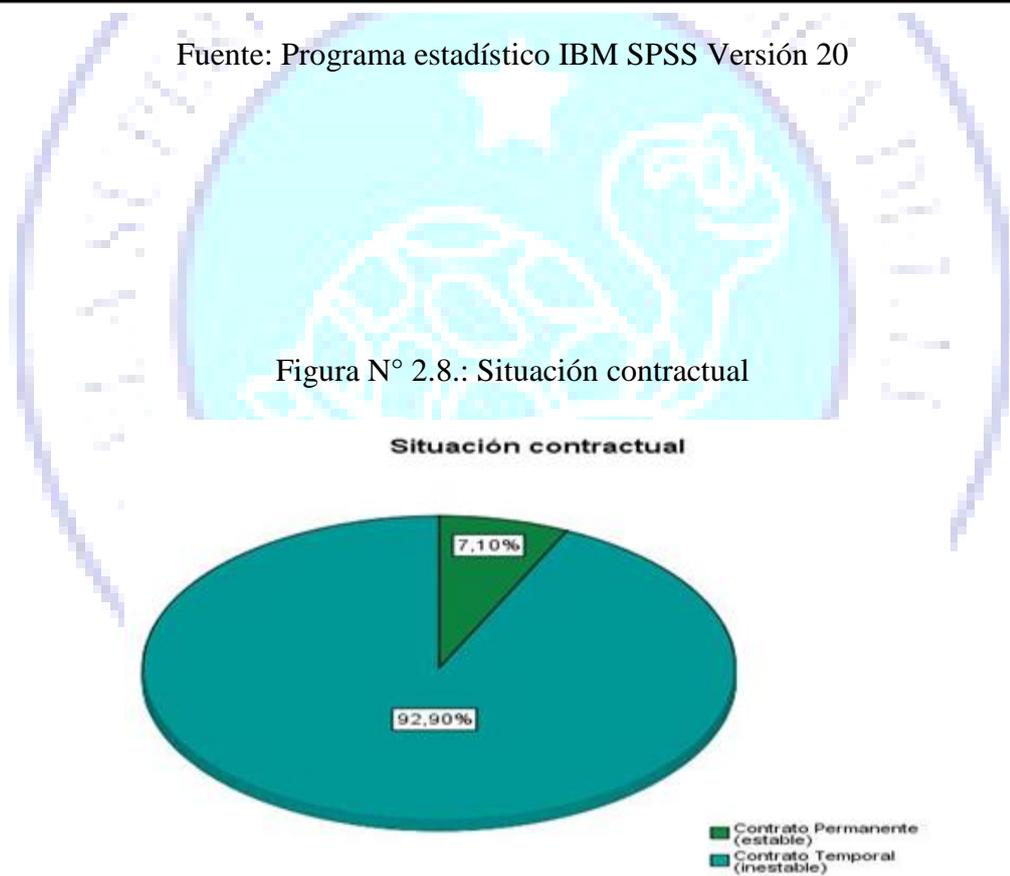
Variable Situación contractual:

De la información de la Tabla N° 3.5 y Figura N° 2.8, se desprende que de 155 médicos encuestados 11 ellos tienen un contrato permanente (estable), que representan el (7.1%); y 144 médicos tienen un contrato temporal caracterizado como (inestable) que marca una gran mayoría estadística con un porcentaje del (92.9%).

Tabla N° 3.5.: Situación contractual

Situación contractual		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Contrato Permanente (estable)	11	7,1
	Contrato temporal (inestable)	144	92,9
	Total	155	100,0

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20



Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Variable Antigüedad en el centro:

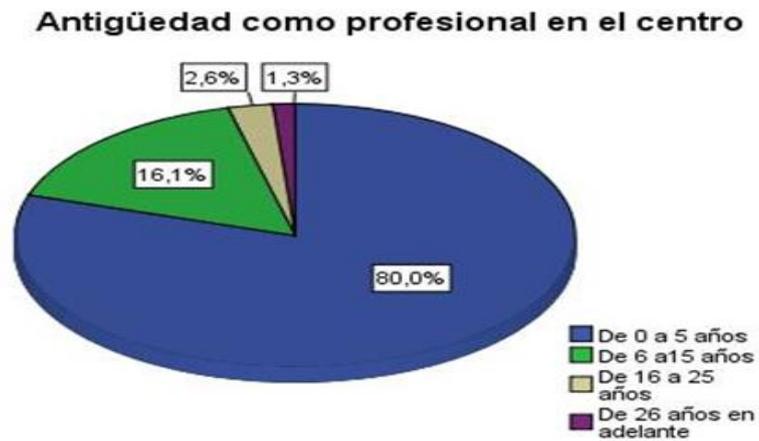
Con respecto a la antigüedad en el desarrollo de las actividades de los médicos encuestados, en la Tabla N° 3.6 y Figura N° 2.9, podemos observar que el (80%) de la muestra presentan una antigüedad laboral comprendida entre (0 a 5 años); el (16.1%) con una antigüedad laboral de (6 a 15 años), el (2.6%) con una antigüedad laboral de (16 a 25 años) y un (1.3%) se sitúa con una antigüedad laboral de (26 años en adelante). El porcentaje valido es igual al porcentaje inicial esto es debido a que no se reflejan datos perdidos en la encuesta, de igual manera podemos analizar que el (96.1%) tienen una antigüedad laboral comprendida entre (0 a 15 años).

Tabla N° 3.6.: Antigüedad como profesional en el centro

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	De 0 a 5 años	124	80,0	80,0	80,0
	De 6 a15 años	25	16,1	16,1	96,1
	De 16 a 25 años	4	2,6	2,6	98,7
	De 26 años en adelante	2	1,3	1,3	100,0
	Total	155	100,0	100,0	

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Figura N° 2.9.: Antigüedad como profesional en el centro



Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

2.3 Instrumento del Estudio

El instrumento de recogida de información de la investigación, de la cual esta tesis solo seleccionó lo correspondiente a su temática y objetivos, fue un macrocuestionario, conformado por:

- (a) Una Encuesta que incluye una batería de escalas, entre las que figuran las concernientes
 - a. Cuestionario de Condiciones de Trabajo (Blanch, Sahagún y Cervantes, 2010)

- b. Cuestionario de Bienestar Laboral (Blanch, Sahagún, Cantera y Cervantes, 2010).
- c. Inventario Inventario de Burnout de Maslach (MBI).Adaptación de la versión de Bresó, Salanova y Schaufeli y Nogareda (2007)
- d. Escala Escala de Engagement de Utrecht Adaptado de la versión original de Schaufeli, Salanova, González- Romá y Bakker (2002).
- e. Escala de carga de trabajo
- f. Tiempo (monoitem)
- g. Escala de ideología (Ansoleaga, Toro, Stecher, Godoy y Blanch, 2011)
- h. Escala de profesionalidad, en validación
- i. Cultura
- j. Preguntas sobre los resultados organizacionales (intención de rotación, Calidad, productividad, desempeño, ausentismo).

(b) El Cuestionario recogió también información textual, sobre aspectos relacionados con el trabajo, como resumir en cinco “palabras clave” la propia experiencia laboral, lo mejor y lo peor de la práctica médica, los valores y también consultó temas de especial interés en Ecuador, como el

relativo a las consecuencias de la nueva Ley de Praxis Médica (ver anexo 1)

En este estudio, el cuestionario utilizado fue el Inventario de Burnout de Maslach (MBI), adaptación de la versión Bresó, Salanova y Schaufeli, (2007) en una versión adaptada al español. Durante la entrevista cara a cara, se recabó información sobre aspectos sociodemográficos: Departamento hospitalario laboral, género, edad, situación contractual, antigüedad en el trabajo entre otras. Las 15 preguntas o variables tuvieron un rango ordenado en escala de Likert, que se extienden desde las puntuaciones “0” (nunca) a “6” (siempre). Estas 15 preguntas evalúan las tres dimensiones del Síndrome de Burnout como son: Agotamiento, Despersonalización o cinismo y Eficacia profesional. Donde la variable o componente agotamiento consta de 5 dimensiones, la variable cinismo de 4 dimensiones y la variable eficacia profesional, de 6 dimensiones. (Tabla 4.0)

Tabla N° 4.0.: Inventario de Burnout de Maslach (MBI), adaptación de la versión Bresó, Salanova y Schaufeli, (2007)

12. Actualmente...		Nunca 0 1 2 3 4 5 6 Siempre						
Siento agotamiento emocional por mi trabajo	0 1 2 3 4 5 6	0	1	2	3	4	5	6
Al final de la jornada, siento que el trabajo me ha "consumido"	0 1 2 3 4 5 6	0	1	2	3	4	5	6
Siento fatiga por la mañana al enfrentarme a otro día de trabajo	0 1 2 3 4 5 6	0	1	2	3	4	5	6
Trabajar todo el día realmente es estresante para mí	0 1 2 3 4 5 6	0	1	2	3	4	5	6
Soy capaz de resolver eficazmente los problemas surgidos en mi trabajo	0 1 2 3 4 5 6	0	1	2	3	4	5	6
Siento que mi trabajo me ha "quemado"	0 1 2 3 4 5 6	0	1	2	3	4	5	6
Contribuyo eficazmente a la actividad de mi organización	0 1 2 3 4 5 6	0	1	2	3	4	5	6
Desde que empecé en este puesto, he perdido interés por mi trabajo	0 1 2 3 4 5 6	0	1	2	3	4	5	6
He perdido entusiasmo por mi trabajo	0 1 2 3 4 5 6	0	1	2	3	4	5	6
En mi opinión, hago bien mi trabajo	0 1 2 3 4 5 6	0	1	2	3	4	5	6
Me estimula conseguir objetivos en mi trabajo	0 1 2 3 4 5 6	0	1	2	3	4	5	6
He realizado muchas cosas valiosas en mi trabajo	0 1 2 3 4 5 6	0	1	2	3	4	5	6
Me pregunto por la utilidad de mi trabajo	0 1 2 3 4 5 6	0	1	2	3	4	5	6
Dudo sobre el valor de mi trabajo	0 1 2 3 4 5 6	0	1	2	3	4	5	6
Tengo seguridad de que en mi trabajo soy eficaz acabando las cosas	0 1 2 3 4 5 6	0	1	2	3	4	5	6

Fuente: ver cuestionario completo en anexo N°1

En este estudio se realizó un análisis factorial exploratorio del Inventario de Burnout de Maslach (MBI), adaptación de la versión Bresó, Salanova y Schaufeli, (2007), y se obtuvieron los tres componentes principales del Síndrome de Burnout, la correlación de las dimensiones y posteriormente se hizo un análisis de fiabilidad de cada componente, el cual consistió en comprobar la consistencia interna de los ítems.

2.3.1 Valoración de los ítems

A. Escala de Frecuencia

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

Fuente: Bresó y colaboradores (2003).

2.3.2 Puntos de corte

Los puntos de corte para la escala del Síndrome de Burnout en una muestra (n = 155 médicos del Hospital de especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”), fueron obtenidos siguiendo los criterios y puntos de corte de Bresó y colaboradores (Breso, Salanova, & Shaufeli, 2003) (Ver Tabla N° 4.1).

Tabla N° 4.1: Puntos de corte del M.B.I. según Bresó y colaboradores (2013)

	Agotamiento	Cinismo	Eficacia profesional
Bajo	0 – 1.2	0 – 0.5	0 – 5.16
Medio	1.3 – 2.8	0.6 – 2.25	5.17 – 3.83
Alto	> 2.8	> 2.25	> 3.83

2.4 Criterios de inclusión y exclusión

2.4.1 Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión para esta investigación son los siguientes:

- Médicos especialistas y no especialistas.
- Ambos sexos.
- Profesionales médicos del hospital que laboraban en jornadas normales y especiales.
- Profesionales médicos que tengan contrato temporal o permanente.

2.4.2 Los criterios de exclusión

Los criterios de exclusión para esta investigación son los siguientes:

- Personal paramédico y administrativo no médico de esta institución.
- Profesionales médicos que se encontraban en vacaciones.
- Médicos rurales e internos de medicina que hacían rotaciones a nivel de las diferentes áreas del hospital.
- Personal médico recientemente contratado

2.5 Análisis de validez y fiabilidad del Maslach Burnout Inventory (MBI)

2.5.1 Análisis de validez del cuestionario MBI

El análisis de validez se ha llevado a cabo por medio de un Análisis factorial exploratorio. El análisis factorial exploratorio del MBI se ha realizado a través del método de extracción de componentes principales y aplicando la rotación oblicua debido a que se hipotetiza que las dimensiones están relacionadas. Se obtiene una solución de 3 factores que explican el 63,758% de la varianza. La Tabla N° 4.2, muestra los autovalores iniciales y los porcentajes de varianza; mientras que la tabla siguiente, muestra la matriz de covarianzas y las cargas factoriales rotadas para cada dimensión del Burnout. El primer factor agrupa los ítems 1, 2, 3, 4,5 de la dimensión agotamiento y los ítems 1, 2, 4 de la de cinismo. El segundo factor concentra los ítems 1, 2,6 de eficacia, mientras el tercer factor incluye los ítems 3,4 y 5 de eficacia y el ítem 3 de cinismo (Tabla 4.2).

Tabla N° 4.2.: Varianza total explicada

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación ^a
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total
1	5,355	35,703	35,703	5,355	35,703	35,703	5,110
2	3,156	21,042	56,745	3,156	21,042	56,745	3,356
3	1,052	7,014	63,758	1,052	7,014	63,758	2,004
4	,983	6,556	70,315				
5	,823	5,488	75,803				
6	,705	4,701	80,504				
7	,609	4,060	84,564				
8	,458	3,051	87,615				
9	,384	2,560	90,174				
10	,358	2,386	92,561				
11	,328	2,189	94,749				
12	,252	1,682	96,431				
13	,192	1,281	97,712				
14	,181	1,205	98,917				
15	,163	1,083	100,000				

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

a. Cuando los componentes están correlacionados, las sumas de los cuadrados de las saturaciones no se pueden añadir para obtener una varianza total.

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

En la matriz de configuración se pueden observar los 3 factores resultantes del análisis factorial exploratorio (Tabla 4.3).

Tabla N° 4.3.: Matriz de configuración

	Componentes del S. Burnout		
	1 (A)	2 (C)	3 (EP)
I157_V12_Burn_Agot5_Sientoquemitrabajomehaquemado	.900		
I153_V12_Burn_Agot2_lfinaldelajornadasientoqueeltrabajo	.896	.163	
I154_V12_Burn_Agot3_Sientofatigaporlamañana	.887	.116	
I155_V12_Burn_Agot4_Trabajartodoeldía	.869	.146	-.118
I152_V12_Burn_Agot1_Sientoagotamientoemocional	.828		.103
I160_V12_Burn_Cin2_Heperdidoentusiasmo	.640	-.390	.179
I159_V12_Burn_Cin1_Desdequeempeceestepuesto	.598	-.427	.114
I165_V12_Burn_Cin4_Dudosobreelvalordemitrabajo	.428	-.396	.133
I158_V12_Burn_Efic2_Contribuyoeficazmente		.834	
I156_V12_Burn_Efic1_Soycapazderesolver	.155	.798	
I166_V12_Burn_Efic6_Tengoseguridaddequeenmitrabajo		.567	.278
I163_V12_Burn_Efic5_Herealizadomuchascosas	-.202	.323	.622
I164_V12_Burn_Cin3_Mepreguntoporlautilidaddemitrabajo	.152	-.182	.616
I162_V12_Burn_Efic4_Meestimulaconseguir	-.191	.358	.602
I161_V12_Burn_Efic3_Enmiopiniónhagobienmitrabajo		.485	.550

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Oblimin con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 33 iteraciones.

Los resultados obtenidos confirman en parte la estructura hipotetizada subyacente del MBI. En este sentido, en los componentes 1 y 2 que corresponden de agotamiento y cinismo, los ítems de las dimensiones aparecen agrupados en el primer factor.

Esto podría explicarse por el método de extracción utilizado, el de componentes principales, que favorece la generación de un factor de mucho peso y por la fuerte interrelación que tienen las dimensiones del MBI. Los ítems de la dimensión de autoeficacia se subdividen en dos factores, el 2 y el 3, siendo los ítems del tercer factor los que menor peso factorial presentan y también menor discriminación con las otras dimensiones. Como se mostrará a continuación el análisis de fiabilidad de la dimensión Eficacia da buenos resultados, de allí que tomando como base la teoría y estos datos, se tratarán los ítems de forma conjunta.

2.5.2 Análisis de fiabilidad de los componentes principales del S. de Burnout

A. Agotamiento

Al hacer el análisis de fiabilidad de la sub-escala de agotamiento emocional se obtiene un α de Cronbach de 0,921. (Ver Tabla N° 4.4)

Tabla N° 4.4.: Estadísticos de fiabilidad del agotamiento emocional

	Alfa de Cronbach		N de elementos	
	.921		5	
Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
I152_V12_Burn_Agot 1_Siento agotamiento emocional	11.41	56.582	.772	.907
I153_V12_Burn_Agot 2_Ifinal de la jornada siento que el trabajo	11.04	53.895	.806	.900
I154_V12_Burn_Agot 3_Siento fatigado por la mañana	11.83	54.179	.786	.904
I155_V12_Burn_Agot 4_Trabajo todo el día	11.56	53.261	.775	.907
I157_V12_Burn_Agot 5_Siento que me iría a trabajar si me pagaran	11.50	53.524	.836	.894

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

B. Cinismo

Al hacer el análisis de fiabilidad de la dimensión del cinismo se obtiene un α de Cronbach de 0.671, debido a que uno de sus ítems no está correlacionado por lo tanto no es significativo (Ver Tabla N° 4.5).

Tabla N° 4.5 Estadísticos de fiabilidad de cinismo

Tabla N° 4.5.: Estadísticos de fiabilidad del cinismo; ajustada

Alfa de Cronbach	N de elementos			
.818	3			
Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
I159_V12_Burn_Cin1_D esdequeempeceestepuesto	3.21	11.228	.740	.678
I160_V12_Burn_Cin2_H eperdidoentusiasmo	3.21	11.137	.772	.646
I165_V12_Burn_Cin4_D udosobreelvalordemitraba jo	3.38	13.034	.519	.901

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Al hacer el análisis de fiabilidad pero eliminando el ítem 3 se obtiene un mejor α de Cronbach, de 0,818. Este ítem se comporta de forma diferente al resto de los que forman su dimensión. (Ver Tabla N° 4.6).

Tabla N° 4.6.: Estadísticos de fiabilidad del cinismo; ajustada

Tabla N° 4.5.: Estadísticos de fiabilidad del cinismo; ajustada

Alfa de Cronbach	N de elementos			
.818	3			
Estadísticos total-elemento				
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
I159_V12_Burn_Cin1_D esdequeempeceestepuesto	3.21	11.228	.740	.678
I160_V12_Burn_Cin2_H eperdidoentusiasmo	3.21	11.137	.772	.646
I165_V12_Burn_Cin4_D udosobreelvalordemitraba jo	3.38	13.034	.519	.901

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

C. Eficacia profesional

Al hacer el análisis de fiabilidad de la dimensión Eficacia se obtiene un α de Cronbach de 0.829. (Ver Tabla 4.7).

Tabla N° 4.7.: Estadísticos de fiabilidad eficacia profesional

Alfa de Cronbach	N de elementos
.829	6
Estadísticos total-elemento	

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlaci ón elemento- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
I156_V12_Burn_Efic1_Soyca pazderesolver	26.36	18.297	.607	.799
I158_V12_Burn_Efic2_Contri buyoeficazmente	26.50	18.252	.595	.803
I161_V12_Burn_Efic3_Enmi opiniónhagobienmitrabajo	26.18	19.305	.664	.790
I162_V12_Burn_Efic4_Meest imulaconseguir	26.41	18.621	.604	.800
I163_V12_Burn_Efic5_Herea lizadomuchascosas	26.14	19.759	.588	.804
I166_V12_Burn_Efic6_Tengo seguridaddequeenmitrabajo	26.31	18.981	.554	.811

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

A partir del análisis factorial y los resultados de los índices de fiabilidad del MBI se decidió:

- En el análisis factorial exploratorio las dimensiones de agotamiento y cinismo aparecen agrupadas en el primer factor, debido al método de

extracción usado, pero se calcularán cada una en su dimensión siguiendo la estructura teórica de la escala y los resultados de fiabilidad obtenidos.

- En cuanto a la dimensión de eficacia, a pesar del resultado del análisis factorial que los agrupa en dos factores, el análisis de fiabilidad corrobora que todos los ítems correlacionan bien y se agrupan conjuntamente, razón por la cual, y tomando en cuenta la estructura teórica de la escala, se confirma la idea de calcularlos conjuntamente.

- En el análisis de la fiabilidad, las tres dimensiones muestran altos niveles de consistencia interna. Sólo en el caso de la dimensión cinismo, se eliminará el ítem 3, debido a que no satura en su factor, tiene baja fiabilidad y una baja correlación elemento-total. Sin embargo este ítems será considerado en los cálculos de los resultados estadísticos finales.

2.5.3 Análisis estadístico

Para el desarrollo de nuestra investigación se empleó el paquete estadístico IBM SPSS Versión 20, que nos permitió efectuar el análisis estadísticos de las variables en estudio y así describir el comportamiento de las mismas, como primer

instancia se realizó un análisis factorial exploratorio sobre un número de 15 ítems del cuestionario diseñado y compilado por el Dr. Josep M. Blanch.

Se ejecutó un análisis estadístico descriptivo, describiéndose así la frecuencia de los componentes principales del Síndrome de Burnout y de las variables socio-demográficas de la investigación. Una vez elaboradas las tablas y gráficos descriptivos, se comprobó la significación estadística de las variables utilizando la comparación de las medias y de las varianzas, así también se elaboró las tablas de contingencia extrayendo el chi-cuadrado para así comparar la significancia de las dos operaciones estadísticas. Obtenido los resultados esperados se calcula la prevalencia del Síndrome de Burnout en los médicos del Hospital de Especialidades Guayaquil.

Se determinó el factor de prevalencia aplicando un intervalo de confianza del 95%, se establecieron las variables sociodemográficas y psico-sociales empleando tablas de distribución de frecuencias y porcentajes para variables categóricas, y se determinaron algunas medidas de tendencia central y de dispersión para variables numéricas.

Se emplearon tablas de contingencia para relacionar variables categóricas y numéricas dentro de las dimensiones del cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI).

3. Resultados

3.1 Presentación de los resultados del MBI

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos a través de las técnicas e instrumentos utilizados, la encuesta y el instrumento cuestionario de estudio sobre Riesgos psicosociales en el trabajo en profesionales de la salud en Ecuador, Inventario de Burnout de Maslach (MBI), adaptación de la versión de Bresó, Salanova y Schaufeli y Nogareda (2007), la cual consta de tres dimensiones: Agotamiento, Cinismo y Eficacia profesional. De una población finita formada por 288 profesionales de la medicina en el Hospital de Especialidades Guayaquil, se obtuvo una muestra de 155 médicos. Dentro de esta muestra de estudio se clasifican a los médicos de acuerdo al departamento de trabajo, al género y a la antigüedad como profesional en la institución y a su situación contractual.

3.2 Descripción de las distribuciones (medias, desviaciones, asimetría, y curtosis)

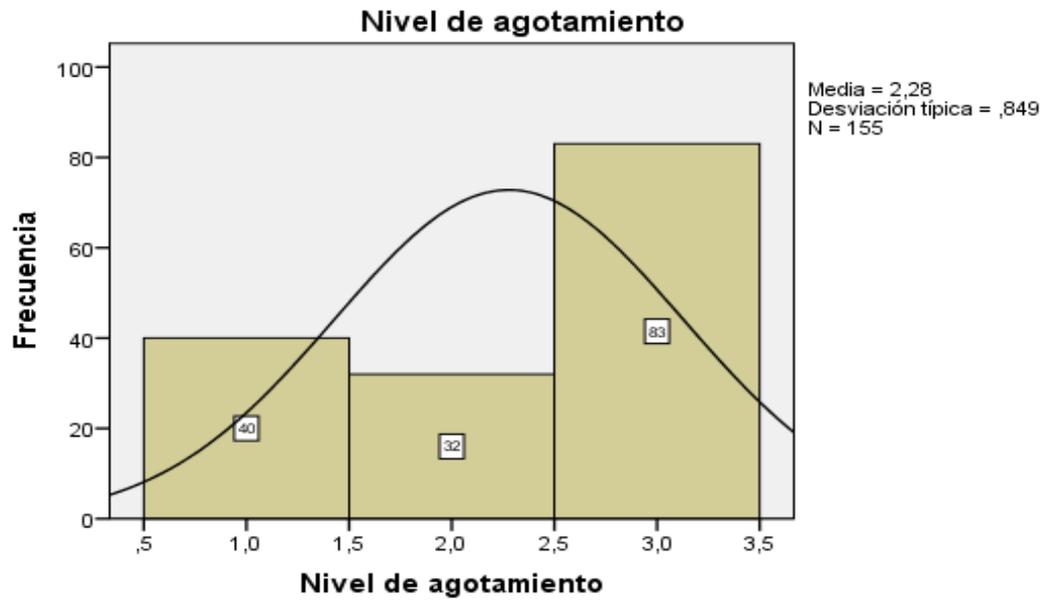
En la Tabla N° 5.0 y las Figuras N° 3.0, 3.1, 3.2, se evidencia que los médicos en estudio tienen un promedio de (2,28%), de agotamiento, un (2,29%), de cinismo y un (2,56%), de eficacia profesional con una variabilidad de 0,849 para agotamiento, 0,702 para cinismo y 6,04 para eficacia profesional, la distribución de las dimensiones del Síndrome de Burnout presentan una ligera asimetría negativa y una curtosis en los tres casos, es decir no se comporta de manera normal si no que se aproxima a este tipo de distribución

Tabla N° 5.0.: Estadísticos de componentes principales.

		Estadísticos		
		Nivel de agotamiento	Nivel de cinismo	Nivel de eficacia profesional
N	Válidos	155	155	155
	Perdidos	0	0	0
Media		2,28	2,29	2,56
Desv. típ.		,849	,702	,604
Asimetría		-,567	-,474	-1,045
Error típ. de asimetría		,195	,195	,195
Curtosis		-1,381	-,881	,087
Error típ. de curtosis		,387	,387	,387

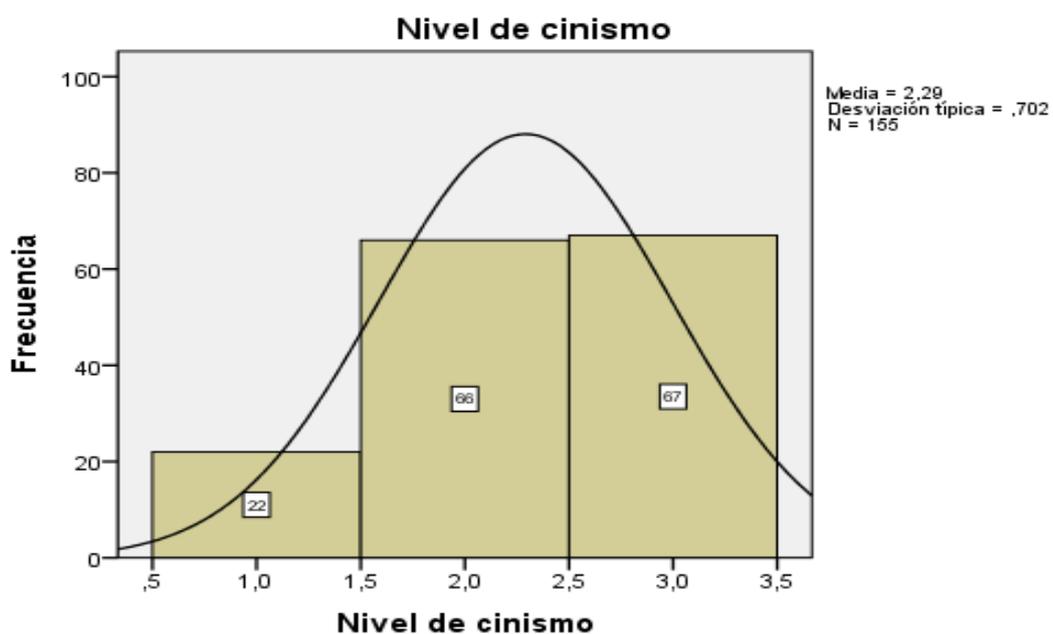
Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Figura N° 3.0.: Nivel de agotamiento



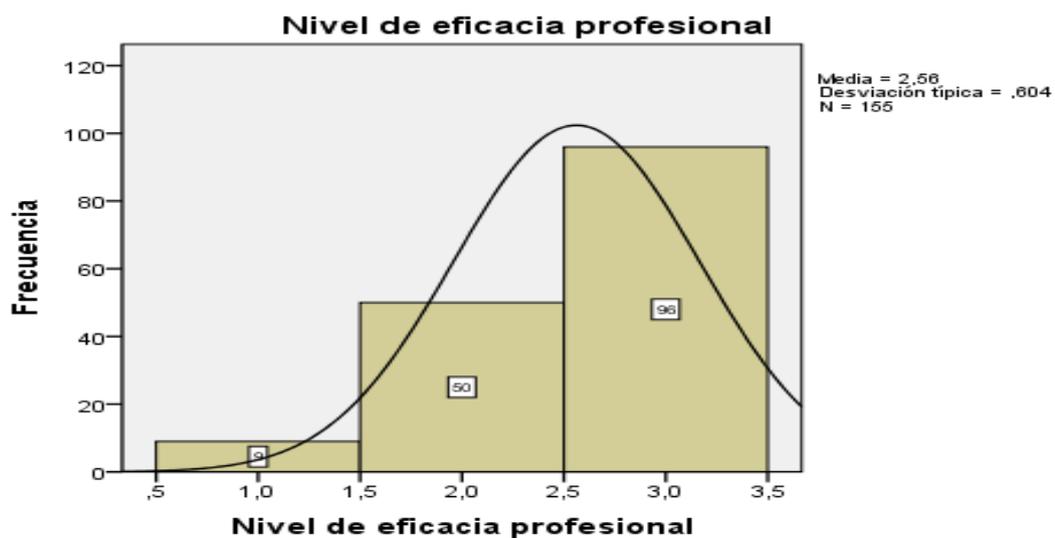
Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Figura N° 3.1.: Nivel de cinismo



Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Figura N° 3.2.: Nivel de eficacia profesional



Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

3.3 Análisis de los niveles de Burnout

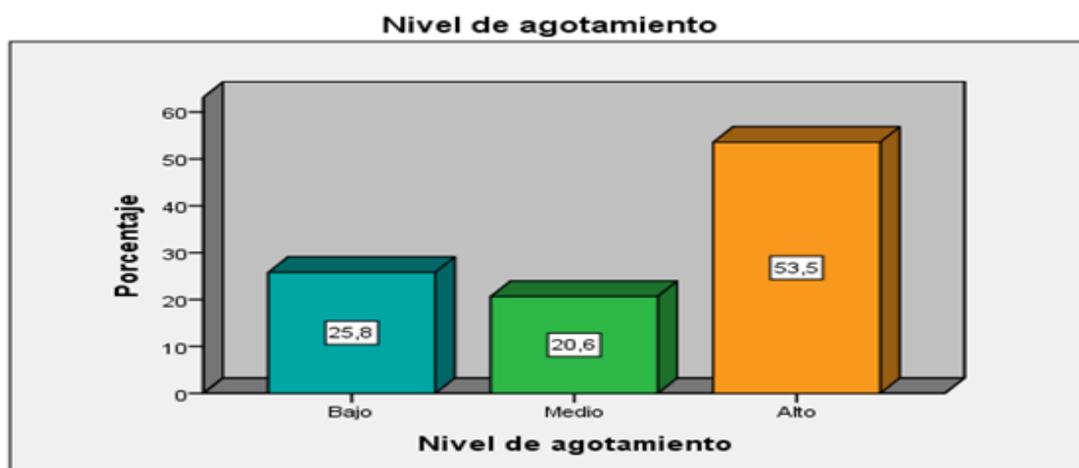
De la información de la Tabla N° 5.1 y la Figura N° 3.3, se desprende que el componente agotamiento (A), representa el (53.5%) con un Nivel Alto, el (20.6%) con un Nivel Medio y el (25.8%) con un Nivel Bajo, evidenciando que la mayoría del porcentaje se sitúa en el Nivel Alto del total de la muestra de estudio.

Tabla N° 5.1.: Nivel de agotamiento

Nivel de agotamiento				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	40	25,8	25,8	25,8
Medio	32	20,6	20,6	46,5
Alto	83	53,5	53,5	100,0
Total	155	100,0	100,0	

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Figura N° 3.3: Nivel de agotamiento



Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

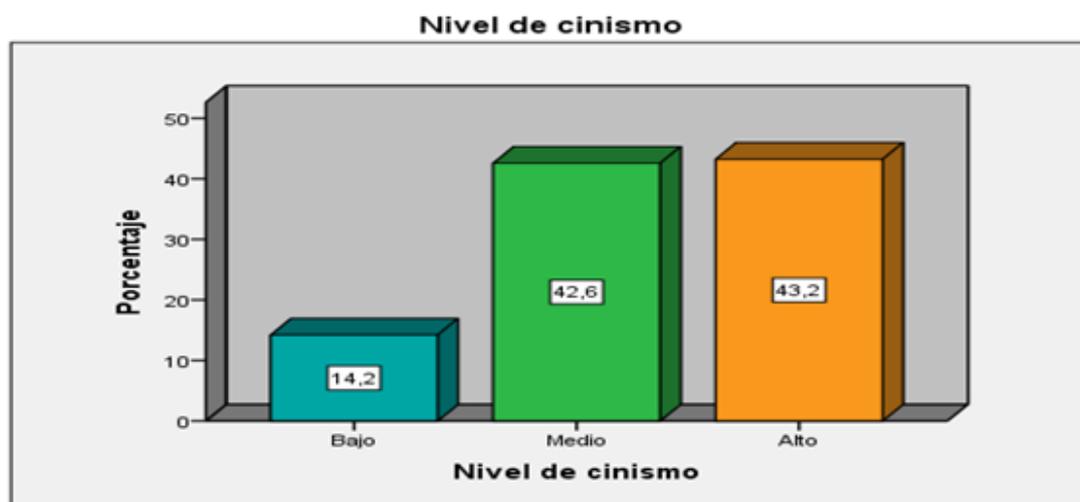
En el componente cinismo (C), el Nivel Alto representa el (43.2%), el Nivel Medio el (42.6%) y el Nivel Bajo el (14.2%), como se observa la mayoría de la muestra se sitúa en el Nivel Alto, seguido por una diferencia mínima del Nivel Medio en estudio (Ver Tabla N° 5.2 y la Figura N° 3.4).

Tabla N° 5.2.: Nivel de cinismo

Nivel de cinismo				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	22	14,2	14,2	14,2
Medio	66	42,6	42,6	56,8
Alto	67	43,2	43,2	100,0
Total	155	100,0	100,0	

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Figura N° 3.4.: Nivel de cinismo



Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

De la información de la Tabla N° 5.3 y la Figura N° 3.5, se observa que en relación a la eficacia profesional (EP), el (61.9%) del total de la muestra presentó un Nivel Alto, el (32.3%) presentó un Nivel Medio, y el (5.8%) un Nivel Bajo, como se observa la mayoría de la muestra se sitúa en el Nivel Alto de eficacia profesional.

Tabla N° 5.3: Nivel de Eficacia profesional

Nivel de eficacia profesional				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	9	5,8	5,8	5,8
Medio	50	32,3	32,3	38,1
Alto	96	61,9	61,9	100,0
Total	155	100,0	100,0	

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Figura N° 3.5.: Nivel de Eficacia profesional



Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

3.4 Resultados preguntas extras (praxis, lo mejor, lo peor)

Como se puede observar en la Tabla N° 6.0, el porcentaje que tiene la percepción negativa de la aplicación de la reforma en la ley está representada por el (44.1 %), mientras que el (11,2%) siente que el efecto será positivo, frente a un (44.7%) que siente que no les afecta. El Ministerio de Salud Pública explica que el art 146 del COIP se aplica siempre y cuando se infrinja las cuatro condiciones establecidas en el artículo 146 (Del Pozo, 2014). A pesar de que el mayor porcentaje indique que no les afecta, podemos notar que las demás respuestas son negativas por lo que al sumar todas las repuestas positivas dan un total del 54.9% frente al 48.6% de respuestas negativas.

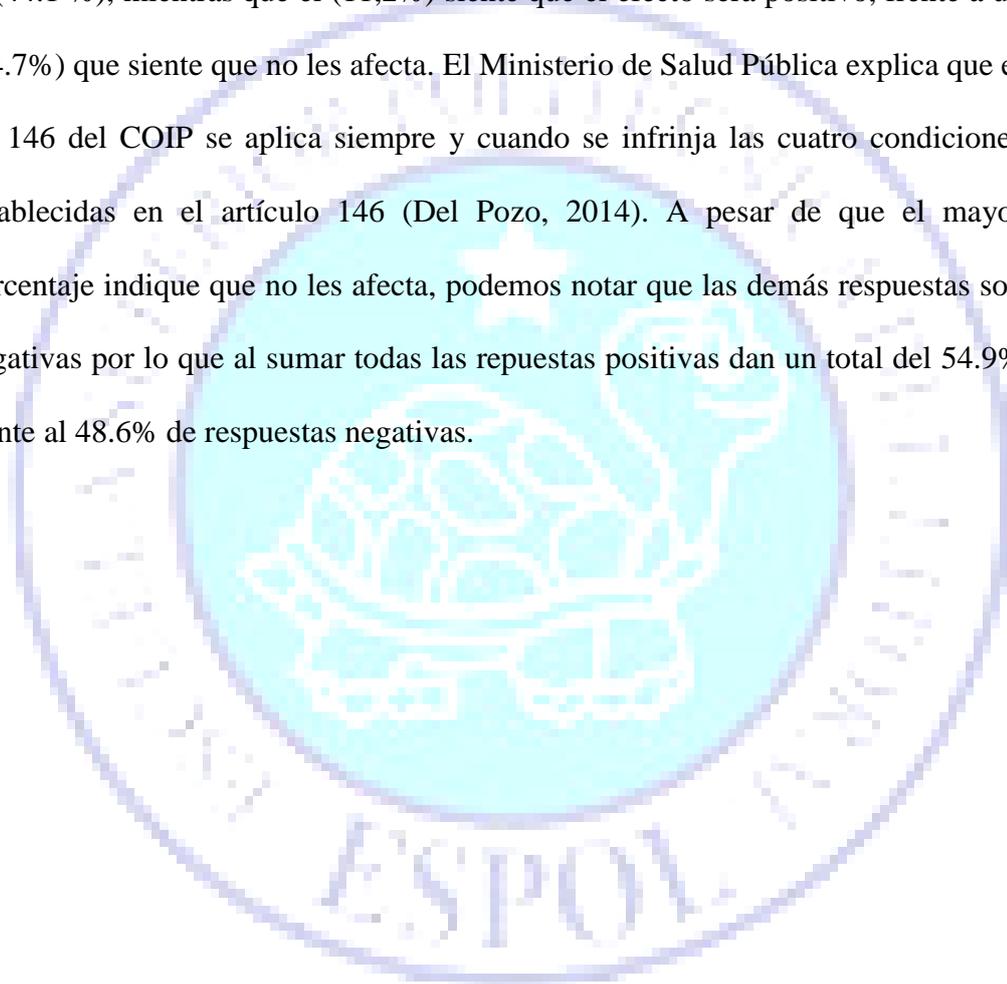


Tabla N° 6.0.: Praxis

Explique cómo le ha afectado la aprobación de ley de praxis médica en Ecuador					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MIEDO, TEMOR A LA INCORRECTA APLICACIÓN	17	11,0	11,2	11,2
	TENSIÓN, STRESS, PRESIÓN	9	5,8	5,9	17,1
	OBSTACULIZA TRABAJO DIARIO	2	1,3	1,3	18,4
	IMPIDE LIBERTAD EJERCICIO MÉDICO	4	2,6	2,6	21,1
	AFECTA CREDIBILIDAD, RESPETO MÉDICO	5	3,2	3,3	24,3
	PROCESOS LEGALES CONTRA EL GREMIO MÉDICO	3	1,9	2,0	26,3
	CRIMINALIZA LA PRÁCTICA MÉDICA	3	1,9	2,0	28,3
	INCERTIDUMBRE	6	3,9	3,9	32,2
	USO DE ESTA LEY PARA FINES LUCRATIVOS	1	,6	,7	32,9
	OTRA NEGATIVA	17	11,0	11,2	44,1
	MAYOR CONTROL DEL EJERCICIO MÉDICO	8	5,2	5,3	49,3
	ROL ACTIVO DEL PACIENTE	2	1,3	1,3	50,7
	OTRA POSITIVA	7	4,5	4,6	55,3
	NO AFECTA	68	43,9	44,7	100,0
	Total	152	98,1	100,0	
	Perdidos	1		,6	
Sistema		2	1,3		
Total		3	1,9		
Total		155	100,0		

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Se identifica como lo mejor dentro de su ámbito laboral a factores que no se describen en estos resultados denominados como otros, los mismos que representan el (32,4%), seguido de buenas relaciones con los compañeros, con un (27,6%) y del (12%,4) que se ha desarrollado en su profesión. Estos resultados indican que existe un nivel alto de satisfacción interna de lo mejor en el trabajo de los médicos en estudio. (Ver Tabla N° 6.1).

Tabla N° 6.1.: Lo mejor

De su trabajo, señale lo mejor					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Desarrollar mi vocación	13	8,4	12,4	12,4
	Oportunidades de desarrollo de carrera	9	5,8	8,6	21,0
	Remuneración	1	,6	1,0	21,9
	Comunicación entre los empleados y la administración	2	1,3	1,9	23,8
	Contribución del trabajo a las metas de negocio de la organización	5	3,2	4,8	28,6
	Ambiente-Condiciones de trabajo	2	1,3	1,9	30,5
	Flexibilidad para balancear la vida y los asuntos laborales	1	,6	1,0	31,4
	Capacitación	6	3,9	5,7	37,1
	Reconocimiento al desempeño	2	1,3	1,9	39,0
	Oportunidades para usar las aptitudes/habilidades	1	,6	1,0	40,0
	Buena relación con los compañeros	29	18,7	27,6	67,6
	Otros	34	21,9	32,4	100,0
	Total	105	67,7	100,0	
	Perdidos	0	1	,6	
19		22	14,2		
Sistema		27	17,4		
Total		50	32,3		
Total		155	100,0		

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Realizado el análisis correspondiente, se evidencia que lo peor en el ámbito laboral de los médicos en estudio, resalta como porcentaje mayor, a la gestión de la gerencia considerada como ineficiente, con un (30,8%), seguido por el (27,5%), en la categoría otros. Como se observa existen situaciones que se pueden mejorar

para evitar inconformidades en los clientes internos del hospital, como mejorar las condiciones de trabajo, la inestabilidad laboral, las relaciones laborales (Ver tabla N° 6.2).

Tabla N° 6.2.: Ámbito laboral: Lo peor

De su trabajo, señale lo peor					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Impide desarrollo vocación	1	,6	1,1	1,1
	Bajos salarios	4	2,6	4,4	5,5
	Poca comunicación	1	,6	1,1	6,6
	Deficientes condiciones de trabajo	7	4,5	7,7	14,3
	Desequilibrio vida y los asuntos laborales	2	1,3	2,2	16,5
	Inestabilidad empleo	6	3,9	6,6	23,1
	Pocas oportunidades de capacitación	1	,6	1,1	24,2
	Insuficiente reconocimiento desempeño	1	,6	1,1	25,3
	Gerencia ineficiente	28	18,1	30,8	56,0
	Pésima vida y los asuntos laborales	8	5,2	8,8	64,8
	Escaso compañerismo	6	3,9	6,6	71,4
	Conflictos con los superiores	1	,6	1,1	72,5
	Otros	25	16,1	27,5	100,0
	Total	91	58,7	100,0	
Perdidos	0	1	,6		
	19	30	19,4		
	Sistema	33	21,3		
	Total	64	41,3		
Total		155	100,0		

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

A. Prueba T - Student

La prueba T-Student aplicada en este estudio es utilizada para la comprobación de la hipótesis nula de la investigación, siempre y cuando la variable independiente no exceda más de dos grupos. Es decir es una prueba paramétrica que debe cumplir las condiciones de formulación para la obtención de los resultados esperados, que compara únicamente dos medias o dos grupos.

De la información de la Tabla N° 6.3 se puede identificar que el promedio de Nivel de agotamiento para la muestra de hombres es de (2,24), y para la muestra de mujeres es de (2,33), estos resultados evidencian que existen diferencias entre estos dos grupos con una variabilidad de (0,826), para los hombres y (0,880) para las mujeres. De acuerdo a los resultados para la prueba T-Student, asumiendo que las varianzas para estos dos grupos son iguales se concluye que el Nivel de agotamiento tanto en hombres y mujeres no es significativo. Es decir no existe relación de dependencia entre estas variables (Ver Tabla 6.3).

Tabla N° 6.3.: Estadísticos de grupo

Estadísticos de grupo					
	Sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Nivel de agotamiento	Hombre	85	2,24	,826	,090
	Mujer	70	2,33	,880	,105

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Tabla N° 6.3.: Pruebas de muestras independientes Nivel de agotamiento *

Sexo

		Prueba de muestras independientes									
		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas				Prueba T para la igualdad de medias					
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia		
										Inferior	Superior
Nivel de agotamiento	Se han asumido varianzas iguales	1,427	,234	-,679	153	,498	-,093	,137	-,365	,178	
	No se han asumido varianzas iguales			-,675	143,413	,501	-,093	,138	-,366	,180	

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

En la información de la Tabla N° 6.4, se desprende que el promedio de Nivel de cinismo para la muestra de hombres es de (2,28), y para la muestra de mujeres es de (2,30), marcando diferencias entre estos dos grupos con una variabilidad de (0,701), para los hombres y (0,709) para las mujeres. De acuerdo a los resultados para la prueba T-Student, asumiendo que las varianzas para estos dos grupos son iguales se concluye que el Nivel de cinismo en hombres y mujeres no es

significativo. Es decir no existe relación de dependencia entre estas variables.
(Ver Tabla 6.4).

Tabla N° 6.4.: Estadísticos de grupo

Estadísticos de grupo					
	Sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Nivel de cinismo	Hombre	85	2,28	,701	,076
	Mujer	70	2,30	,709	,085

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Se observa en la Tabla N° 6.5 que el promedio de Nivel de eficacia profesional para la muestra de hombres es de (2,54), y para la muestra de mujeres es de (2,59), con una variabilidad de (0,646), para los hombres y (0,551) para las mujeres. De acuerdo a los resultados para la prueba T-Student, asumiendo que las varianzas para estos dos grupos son iguales se concluye que el Nivel de eficacia profesional tanto en hombres como en mujeres no es estadísticamente significativo. Es decir no existe relación de dependencia entre estas variables de estudio (Ver Tabla 6.5 y 6.6)

Tabla N° 6.5.: Estadísticos de grupo

Estadísticos de grupo					
	Sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Nivel de eficacia profesional	Hombre	85	2,54	,646	,070
	Mujer	70	2,59	,551	,066

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Tabla N° 6.6.: Pruebas de muestras independientes Nivel de eficacia profesional *
Sexo

		Prueba de muestras independientes								
		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior		Superior
Nivel de eficacia profesional	Se han asumido varianzas iguales	2,316	,130	-,456	153	,649	-,045	,098	-,238	,149
	No se han asumido varianzas iguales			-,463	152,797	,644	-,045	,096	-,235	,146

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

En los descriptivos de Tabla N° 6.7 se puede observar que el Nivel de agotamiento para la variable Situación contractual, en la muestra contrato permanente representa un promedio de (1,82) y en la muestra contrato temporal un promedio de (2,31), la variabilidad para estos casos es de (0,982) para el primer grupo y (0,832) para el segundo grupo. A través de la prueba T-Student,

asumiendo que las varianzas para estos dos grupos son iguales se obtiene que el Nivel de agotamiento en la Situación contractual no es significativa. Es decir no existe relación de dependencia entre estas variables de estudio. (Ver Tabla 6.7 y Tabla N° 6.8).

Tabla N° 6.7.: Estadísticos de grupo

Estadísticos de grupo					
	Situación contractual	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Nivel de agotamiento	Contrato Permanente (estable)	11	1,82	,982	,296
	Contrato temporal (inestable)	144	2,31	,832	,069

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Tabla N° 6.8.: Pruebas de muestras independientes Nivel de agotamiento * Situación contractual

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior		Superior
Nivel de agotamiento	Se han asumido varianzas iguales	1,672	,198	-1,876	153	,063	-,494	,264	-1,015	,026
	No se han asumido varianzas iguales			-1,626	11,125	,132	-,494	,304	-1,162	,174

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

En la información de Tabla N° 6.9 podemos observar que el Nivel de cinismo para la variable Situación contractual, en la muestra contrato permanente tiene un promedio de (2,18) y en la muestra contrato temporal un promedio de (2,30), con una variabilidad de (0,603) para el primer grupo y de (0,710) para el segundo grupo. Se realiza una prueba T-Student, asumiendo que las varianzas para estos dos grupos son iguales se obtiene como resultado que el Nivel de cinismo en la Situación contractual no es significativa. Es decir no existe relación de dependencia entre estas variables de estudio. (Ver Tabla 6.9 y Tabla N° 7.0).

Tabla N° 6.9.: Estadísticos de grupo

Estadísticos de grupo					
	Situación contractual	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Nivel de cinismo	Contrato Permanente (estable)	11	2,18	,603	,182
	Contrato temporal (inestable)	144	2,30	,710	,059

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Tabla N° 7.0.: Pruebas de muestras independientes Nivel de cinismo * Situación contractual

		Prueba de muestras independientes									
		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas				Prueba T para la igualdad de medias					
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia		
										Inferior	Superior
Nivel de cinismo	Se han asumido varianzas iguales	2,784	,097	-,530	153	,597	-,117	,220	-,552	,318	
	No se han asumido varianzas iguales			-,611	12,223	,553	-,117	,191	-,533	,299	

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

En los descriptivos de Tabla N° 7.1 se puede observar que el Nivel de eficacia profesional para la variable Situación contractual, en la muestra contrato permanente representa un promedio de (2,91) y en la muestra contrato temporal un promedio de (2,53), con una variabilidad de (0,302) para el primer caso y (0,614) para el segundo caso. Analizando el comportamiento de estas variables si bien las medias tienen una pequeña diferencia, se confirma a través de los resultados para la prueba T-Student, asumiendo que las varianzas para estos dos grupos son iguales, se concluye que el Nivel de eficacia profesional en la Situación contractual es significativa. Es decir se rechaza la hipótesis de independencia y se toma la hipótesis alternativa (Ver Tabla 7.1 y Tabla N° 7.2).

Tabla N° 7.1.: Estadísticos de grupo

Estadísticos de grupo					
	Situación contractual	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Nivel de eficacia profesional	Contrato Permanente (estable)	11	2,91	,302	,091
	Contrato temporal (inestable)	144	2,53	,614	,051

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Tabla N° 7.2.: Pruebas de muestras independientes Nivel de eficacia profesional *
Situación contractual

		Prueba de muestras independientes								
		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Nivel de eficacia profesional	Se han asumido varianzas iguales	23,934	,000	2,001	153	,047	,374	,187	,005	,744
	No se han asumido varianzas iguales			3,589	17,206	,002	,374	,104	,155	,594

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

B. Pruebas F

La prueba F comprueba la hipótesis de relación de las variables de más de dos grupos, para esta investigación del mismo modo que la t de Student, utilizaremos el análisis de la varianza o ANOVA simple que es una prueba paramétrica que,

además de estudiar las varianzas de los grupos, nos permite estudiar la medias para cada grupo, de esta manera podemos identificar el nivel de significancia para las variables de estudio. (Martínez González, M.A., Sánchez-Villegas, A., and Faulín Fajardo, F.J, 2006).

Podemos observar en la Tabla N° 7.3, que el Nivel promedio inferior de agotamiento de (1,50), está conformado por el grupo de edad superior a 57 años y el Nivel promedio superior de agotamiento de (2,53), lo conforman los médicos con edades comprendidas entre 24 a 34 años, mientras que para los dos grupos restantes presentan un promedio de (2,29), para el grupo de edad entre 35 a 45 años y un (1,50) para el grupo de edad de 46 a 56 años. La prueba estadística Anova concluye que si existen diferencias significativas en el Nivel de agotamiento con los grupos de edad estudiados. (Ver Tabla N° 7.4 y Tabla N° 7.5).

Tabla N° 7.3.: Descriptivos Nivel de agotamiento * Edad

Nivel de agotamiento	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
					24 a 34 años	60		
35 a 45 años	70	2,29	,870	,104	2,08	2,49	1	3
46 a 56 años	21	1,67	,856	,187	1,28	2,06	1	3
De 57 años en adelante	4	1,50	,577	,289	,58	2,42	1	2
Total	155	2,28	,849	,068	2,14	2,41	1	3

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Tabla N° 7.4.: ANOVA de un factor

ANOVA de un factor

Nivel de agotamiento					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	14,185	3	4,728	7,369	,000
Intra-grupos	96,886	151	,642		
Total	111,071	154			

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Tabla N° 7.5.: Pruebas post hoc

Comparaciones múltiples

Variable dependiente: Nivel de agotamiento

Scheffé

(I) Edad	(J) Edad	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
24 a 34 años	35 a 45 años	,248	,141	,382	-,15	,65
	46 a 56 años	,867*	,203	,001	,29	1,44
	De 57 años en adelante	1,033	,414	,105	-,14	2,20
35 a 45 años	24 a 34 años	-,248	,141	,382	-,65	,15
	46 a 56 años	,619*	,199	,025	,06	1,18
	De 57 años en adelante	,786	,412	,307	-,38	1,95
46 a 56 años	24 a 34 años	-,867*	,203	,001	-1,44	-,29
	35 a 45 años	-,619*	,199	,025	-1,18	-,06
	De 57 años en adelante	,167	,437	,986	-1,07	1,40
De 57 años en adelante	24 a 34 años	-1,033	,414	,105	-2,20	,14
	35 a 45 años	-,786	,412	,307	-1,95	,38
	46 a 56 años	-,167	,437	,986	-1,40	1,07

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

En los descriptivos de la Tabla N° 7.6, se desprende que el promedio de Nivel de cinismo inferior de (1,86), está conformado por el grupo de edades comprendidas entre 46 a 56 años y que el promedio superior de Nivel de cinismo de (2,37), lo conforman el grupo de edades entre 24 a 34 años, mientras que para los dos grupos restantes presentan un promedio de (2,36), para el grupo de edad entre 35 a 45 años y (2,25) para el grupo de edad de 57 años en adelante. La prueba estadística Anova para estas variables concluye que si existen diferencias significativas en el Nivel de cinismo con los grupos de edad estudiados. (Ver Tabla N° 7.7).

Confirmada la significancia de los grupos se describe en la Tabla N° 7.8, una comparación de medias “post hoc”, es decir que grupo específicamente presenta estas diferencias significativas, estos resultados nos indican que: El Nivel de cinismo es significativo en los grupos de edades comprendidas entre 24 a 34 años con 46 a 56 años; entre 35 a 45 años con 46 a 56 años de edad.

Tabla N° 7.6.: Descriptivos Nivel de cinismo * Edad

Descriptivos

Nivel de cinismo	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Limite inferior	Limite superior		
					24 a 34 años	60		
35 a 45 años	70	2,36	,682	,081	2,19	2,52	1	3
46 a 56 años	21	1,86	,727	,159	1,53	2,19	1	3
De 57 años en adelante	4	2,25	,500	,250	1,45	3,05	2	3
Total	155	2,29	,702	,056	2,18	2,40	1	3

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Tabla N° 7.7.: ANOVA de un factor

ANOVA de un factor

Nivel de cinismo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	4,609	3	1,536	3,253	,023
Intra-grupos	71,326	151	,472		
Total	75,935	154			

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Tabla N° 7.8.: Pruebas post hoc

Comparaciones múltiples

Variable dependiente: Nivel de cinismo

Scheffé

(I) Edad	(J) Edad	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
24 a 34 años	35 a 45 años	,010	,121	1,000	-,33	,35
	46 a 56 años	,510*	,174	,039	,02	1,00
	De 57 años en adelante	,117	,355	,991	-,89	1,12
35 a 45 años	24 a 34 años	-,010	,121	1,000	-,35	,33
	46 a 56 años	,500*	,171	,039	,02	,98
	De 57 años en adelante	,107	,353	,993	-,89	1,11
46 a 56 años	24 a 34 años	-,510*	,174	,039	-1,00	-,02
	35 a 45 años	-,500*	,171	,039	-,98	-,02
	De 57 años en adelante	-,393	,375	,778	-1,45	,67
De 57 años en adelante	24 a 34 años	-,117	,355	,991	-1,12	,89
	35 a 45 años	-,107	,353	,993	-1,11	,89
	46 a 56 años	,393	,375	,778	-,67	1,45

*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

En la Tabla N° 7.9, se describe que el promedio de Nivel de eficacia profesional inferior de (2,49), está conformado por el grupo de edades comprendidas entre 35 a 45 años y el promedio superior de Nivel de eficacia profesional de (3,00), lo conforman el grupo de edades de 57 años en adelante, mientras que para los dos grupos restantes presentan un promedio de (2,62), para el grupo de edad entre 24 a 34 años y (2,57) para el grupo de edad comprendidas entre 46 a 56 años de edad. La prueba estadística Anova para estas variables concluye que no existen diferencias significativas en el Nivel de eficacia

profesional con los grupos de edad estudiados. (Ver Tabla N° 7.9 y Tabla N° 8.0).

Por esta razón no se realiza la comparación de medias “post hoc”.

Tabla N° 7.9.: Descriptivos Nivel de eficacia profesional * Edad

Descriptivos

Nivel de eficacia profesional	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
					24 a 34 años	60		
35 a 45 años	70	2,49	,631	,075	2,34	2,64	1	3
46 a 56 años	21	2,57	,676	,148	2,26	2,88	1	3
De 57 años en adelante	4	3,00	,000	,000	3,00	3,00	3	3
Total	155	2,56	,604	,049	2,47	2,66	1	3

Fuente: Elaboración propia. Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Tabla N° 8.0.: ANOVA de un factor

ANOVA de un factor

Nivel de eficacia profesional	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	1,356	3	,452	1,245	,296
Intra-grupos	54,812	151	,363		
Total	56,168	154			

Fuente: Elaboración propia. Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

En la información de la Tabla N° 8.1, se observa que el promedio de Nivel de agotamiento inferior de (1,88), lo conforma el departamento Administrativo, seguido del departamento de Especialidades Médicas y Quirúrgicas con un promedio de Nivel de eficacia de (2,21) y como tercer grupo con un promedio superior Nivel de eficiencia de (2,45) lo integra el departamento de Áreas Críticas. La prueba estadística Anova para estas variables concluye que no existen diferencias significativas en el Nivel de agotamiento con respecto al Departamento. (Ver Tabla N° 8.1 y Tabla N° 8.2). Por esta razón no se realiza la comparación de medias “post hoc”.

Tabla N° 8.1.: Descriptivos Nivel de agotamiento * Departamento

Descriptivos

Nivel de agotamiento	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
					ESP. MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS	91		
ÁREAS CRÍTICAS	56	2,45	,784	,105	2,24	2,66	1	3
ADMINISTRATIVO	8	1,88	,991	,350	1,05	2,70	1	3
Total	155	2,28	,849	,068	2,14	2,41	1	3

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Tabla N° 8.2.: ANOVA de un factor

ANOVA de un factor

Nivel de agotamiento					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	3,324	2	1,662	2,344	,099
Intra-grupos	107,747	152	,709		
Total	111,071	154			

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

De la información de la Tabla N° 8.3, se desprende que el promedio de Nivel de cinismo inferior de (1,88), se sitúa en el departamento Administrativo, seguido del departamento de Especialidades Médicas y Quirúrgicas con un promedio de Nivel de agotamiento de (2,22) y con un promedio superior de Nivel de agotamiento de (2,46), lo conforma el departamento de Áreas Críticas. La prueba estadística Anova para estas variables concluye que si existen diferencias significativas en el Nivel de cinismo con respecto al Departamento. (Ver Tabla N° 8.4). Estas diferencias significativas en la comparación de medias “post hoc” (Ver Tabla N° 8.5), no evidencian relación de dependencia entre los grupos comparados. Por lo que se puede considerar aprobar o rechazar la hipótesis nula de acuerdo a estos dos resultados estadísticos.

Tabla N° 8.3.: Descriptivos Nivel de cinismo * Departamento

Descriptivos

Nivel de cinismo	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
					ESP. MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS	91		
ÁREAS CRÍTICAS	56	2,46	,602	,080	2,30	2,63	1	3
ADMINISTRATIVO	8	1,88	,641	,227	1,34	2,41	1	3
Total	155	2,29	,702	,056	2,18	2,40	1	3

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Tabla N° 8.4.: ANOVA de un factor

ANOVA de un factor

Nivel de cinismo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	3,528	2	1,764	3,703	,027
Intra-grupos	72,408	152	,476		
Total	75,935	154			

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Tabla N° 8.5.: Pruebas post hoc

Comparaciones múltiples

Variable dependiente: Nivel de cinismo

Scheffé

(I) Departamento	(J) Departamento	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
ESP. MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS	ÁREAS CRÍTICAS	-,245	,117	,117	-,53	,05
	ADMINISTRATIVO	,345	,255	,402	-,28	,97
ÁREAS CRÍTICAS	ESP. MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS	,245	,117	,117	-,05	,53
	ADMINISTRATIVO	,589	,261	,081	-,06	1,23
ADMINISTRATIVO	ESP. MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS	-,345	,255	,402	-,97	,28
	ÁREAS CRÍTICAS	-,589	,261	,081	-1,23	,06

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

En los descriptivos de la Tabla N° 8.6, se desprende que el promedio de Nivel de eficacia profesional en el departamento Administrativo es de (2,75), el promedio de Nivel de eficacia profesional en el departamento de Áreas Críticas es de (2,61), y el promedio de Nivel de eficacia profesional en el departamento de Especialidades Médicas y Quirúrgicas es de (2,52). Se observa que la variabilidad de estos grupos es mínima. En la prueba estadística Anova para estas variables se concluye que no existen diferencias significativas en el Nivel de eficacia profesional con respecto al Departamento. (Ver Tabla N° 8.7). Por lo tanto no se realiza la comparación de medias “post hoc” para estos resultados.

Tabla N° 8.6.: Descriptivos Nivel de eficacia profesional * Departamento

Descriptivos

Nivel de eficacia profesional

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
					ESP. MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS	91		
ÁREAS CRÍTICAS	56	2,61	,562	,075	2,46	2,76	1	3
ADMINISTRATIVO	8	2,75	,707	,250	2,16	3,34	1	3
Total	155	2,56	,604	,049	2,47	2,66	1	3

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Tabla N° 8.7.: ANOVA de un factor

ANOVA de un factor

Nivel de eficacia profesional

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	,585	2	,293	,800	,451
Intra-grupos	55,582	152	,366		
Total	56,168	154			

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

En la información de la Tabla N° 8.8, se observa que el promedio de Nivel de agotamiento en la Antigüedad como profesional en el centro para el grupo de profesionales de (0 a 5 años), es de (3,1), el promedio de Nivel de agotamiento en

la Antigüedad como profesional en el centro para el grupo de profesionales de (6 a 15 años), es de (2,0), el promedio de Nivel de agotamiento en la Antigüedad como profesional en el centro para el grupo de profesionales de (16 a 25 años), es de (2,05), el promedio de Nivel de agotamiento en la Antigüedad como profesional en el centro para el grupo de profesionales de (26 años en adelante), es de (1,3). Se observa que el promedio de mayor incidencia pertenece al grupo de profesionales con una antigüedad laboral comprendida entre (0 a 5 años). En la prueba estadística Anova para estas variables se concluye que si existen diferencias significativas en el Nivel de agotamiento con respecto a la Antigüedad como profesional en el centro. (Ver Tabla N° 8.9). Estas diferencias significativas en la comparación de medias “post hoc”, evidencian relación de dependencia entre los grupos comparados para el grupo laboral de (0 a 5 años) con los grupos de 6 a 15 años; para el grupo de (6 a 15 años) en relación con el grupo de 0 a 5 años (Ver Tabla N° 9.0).

Tabla N° 8.8: Descriptivos Nivel de agotamiento * Antigüedad como profesional en el centro

Descriptivos

AE

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
1 De 0 a 5 años	124	3,1032	1,76146	,15818	2,7901	3,4163	,00	6,00
2 De 6 a15 años	24	2,0083	1,83538	,37465	1,2333	2,7833	,00	5,60
3 De 16 a 25 años	4	2,0500	2,26495	1,13248	-1,5540	5,6540	,00	4,80
4 De 26 años en adelante	2	1,3000	,70711	,50000	-5,0531	7,6531	,80	1,80
Total	154	2,8818	1,82067	,14671	2,5920	3,1717	,00	6,00

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Tabla N° 8.9.: ANOVA de un factor

ANOVA

AE

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	32,162	3	10,721	3,385	,020
Intra-grupos	475,007	150	3,167		
Total	507,169	153			

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Tabla N° 9.0.: Pruebas post hoc

Comparaciones múltiples

AE

Scheffé

(I) AntEmp_Rec Antigüedad como profesional en el centro	(J) AntEmp_Rec Antigüedad como profesional en el centro	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
1 De 0 a 5 años	2 De 6 a15 años	1,09489	,39684	,059	-,0272	2,2170
	3 De 16 a 25 años	1,05323	,90400	,716	-1,5028	3,6093
	4 De 26 años en adelante	1,80323	1,26842	,569	-1,7832	5,3897
2 De 6 a15 años	1 De 0 a 5 años	-1,09489	,39684	,059	-2,2170	,0272
	3 De 16 a 25 años	-,04167	,96105	1,000	-2,7590	2,6757
	4 De 26 años en adelante	,70833	1,30970	,961	-2,9948	4,4115
3 De 16 a 25 años	1 De 0 a 5 años	-1,05323	,90400	,716	-3,6093	1,5028
	2 De 6 a15 años	,04167	,96105	1,000	-2,6757	2,7590
	4 De 26 años en adelante	,75000	1,54111	,971	-3,6075	5,1075
4 De 26 años en adelante	1 De 0 a 5 años	-1,80323	1,26842	,569	-5,3897	1,7832
	2 De 6 a15 años	-,70833	1,30970	,961	-4,4115	2,9948
	3 De 16 a 25 años	-,75000	1,54111	,971	-5,1075	3,6075

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

De los descriptivos de la Tabla N° 9.1, se desprende que el promedio de Nivel de cinismo en la Antigüedad como profesional en el centro para el grupo de profesionales de (0 a 5 años), es de (2,35), el promedio de Nivel de agotamiento en la Antigüedad como profesional en el centro para el grupo de profesionales de (6 a 15 años), es de (2,08), el promedio de Nivel de agotamiento en la Antigüedad como profesional en el centro para el grupo de profesionales de (16 a 25 años), es de (2,00), el promedio de Nivel de agotamiento en la Antigüedad como profesional en el centro para el grupo de profesionales de (26 años en adelante), es de (2,00). Se observa que le promedio de mayor incidencia pertenece al grupo de profesionales con una antigüedad laboral comprendida entre (0 a 5 años). En la prueba estadística Anova para estas variables se concluye que no existen diferencias significativas en el Nivel de agotamiento con respecto a la Antigüedad como profesional en el centro. (Ver Tabla N° 9.2). Por lo tanto no se realiza la comparación de medias “post hoc” para estos resultados.

Tabla N° 9.1: Descriptivos Nivel de cinismo * Antigüedad como profesional en el centro

Descriptivos

Nivel de cinismo	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
De 0 a 5 años	124	2,35	,699	,063	2,22	2,47	1	3
De 6 a 15 años	24	2,08	,717	,146	1,78	2,39	1	3
De 16 a 25 años	4	2,00	,816	,408	,70	3,30	1	3
De 26 años en adelante	2	2,00	,000	,000	2,00	2,00	2	2
Total	154	2,29	,704	,057	2,18	2,40	1	3

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Tabla N° 9.2.: ANOVA de un factor

ANOVA de un factor

Nivel de cinismo					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	1,929	3	,643	1,304	,275
Intra-grupos	73,922	150	,493		
Total	75,851	153			

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

De la información de la Tabla N° 9.3, se desprende que el promedio de Nivel de eficacia profesional en la Antigüedad como profesional en el centro para el grupo de profesionales de (0 a 5 años), es de (2,53), el promedio de Nivel de agotamiento en la Antigüedad como profesional en el centro para el grupo de profesionales de (6 a 15 años), es de (2,58), el promedio de Nivel de agotamiento en la Antigüedad como profesional en el centro para el grupo de profesionales de (16 a 25 años), es de (3,00), el promedio de Nivel de agotamiento en la Antigüedad como profesional en el centro para el grupo de profesionales de (26 años en adelante), es de (3,00). Se observa que le promedio de mayor incidencia pertenece al grupo de profesionales con una antigüedad laboral comprendida de (16 a 25 años) y (26 años en adelante). En la prueba estadística Anova para estas variables se concluye que no existen diferencias significativas en el Nivel de eficacia profesional con respecto a la Antigüedad como profesional en el centro.

(Ver Tabla N° 9.4). Por lo tanto no se realiza la comparación de medias “post hoc” para estos resultados.

Tabla N° 9.3: Descriptivos Nivel de eficacia profesional * Antigüedad como profesional en el centro

Nivel de eficacia profesional	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
					De 0 a 5 años	124		
De 6 a 15 años	24	2,58	,584	,119	2,34	2,83	1	3
De 16 a 25 años	4	3,00	,000	,000	3,00	3,00	3	3
De 26 años en adelante	2	3,00	,000	,000	3,00	3,00	3	3
Total	154	2,56	,605	,049	2,46	2,65	1	3

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Tabla N° 9.4.: ANOVA de un factor

ANOVA de un factor

Nivel de eficacia profesional	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	1,270	3	,423	1,161	,327
Intra-grupos	54,704	150	,365		
Total	55,974	153			

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Las únicas asociaciones significativas entre variables sociodemográficas con el Síndrome de Burnout para las pruebas estadísticas T y F, fueron las siguientes:

- El nivel de agotamiento con las variables de:
 - Edad
 - Antigüedad como profesional en el centro
- El nivel de cinismo con las variables de:
 - Edad
 - Departamento
- El nivel de eficacia profesional con las variables de:
 - Situación contractual

C. Tablas de contingencia

Para el análisis de la relación entre las variables de estudio planteadas, es necesario estudiar su distribución conjunta mediante la tabla de contingencia. De esta manera se identificara relaciones entre variables cualitativas utilizando un contraste estadístico basado en el estadístico X^2 (Chi-cuadrado). Esta prueba parte del supuesto de que las dos variables no están relacionadas, es decir que tienen

dependencia, en la hipótesis nula (H0) se establece la independencia de las variables de estudio y en la hipótesis alternativa (H1) se establece las variables de estudio relacionadas, si el estadístico (Chi-cuadrado), tiene una probabilidad menor o igual a (0,05). Se rechaza la hipótesis de independencia o hipótesis nula (H0).

Como se observa en la Tabla N° 5.8, demuestra que el estadístico chi-cuadrado es significativo en el Nivel de agotamiento con respecto a la Edad, siendo la única evidencia estadística significativa que rechaza la hipótesis nula y toma como hipótesis alternativa la relación de dependencia de estas variables. Así también, esta prueba de chi-cuadrado mantiene la independencia de las variables cuyos niveles de significación superen el valor de (0,05). (Ver tabla N° 9.5).

Tabla N° 9.5.: Únicas asociaciones significativas entre variables sociodemográficas con el Síndrome de Burnout

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		Nivel de agotamiento	Nivel de cinismo	Nivel de eficacia profesional
Departamento	Chi cuadrado	5,326	8,691	5,110
	gl	4	4	4
	Sig.	,255	,069	,276
Sexo	Chi cuadrado	4,831	,074	2,390
	gl	2	2	2
	Sig.	,089	,964	,303
Edad	Chi cuadrado	23,057	11,621	5,399
	gl	6	6	6
	Sig.	,001*	,071	,494
Situación contractual	Chi cuadrado	5,208	2,147	4,262
	gl	2	2	2
	Sig.	,074	,342	,119
Antigüedad como profesional en el centro	Chi cuadrado	10,326	6,484	4,085
	gl	6	6	6
	Sig.	,112	,371	,665

Los resultados se basan en filas y columnas no vacías de cada subtabla más al interior.

*. El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel ,05.

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Podemos observar en la Tabla N° 9.6 y en la Figura N° 3.6., que los Niveles bajos de agotamiento en el departamento de Especialidades Médicas y Quirúrgicas representan el (16,8%), en las Áreas Críticas el (6,5%), y en el departamento Administrativo el (2,6%), el Nivel medio de agotamiento para estos departamentos es de: (12,9%), (7,1%) y (20,6%) respectivamente, y en el Nivel alto de agotamiento para esta variable de relación presenta un (29,0%), (22,6%), (53,5%), evidenciando que el departamento de Especialidades Médicas y Quirúrgicas junto al de Áreas Críticas mostraron un mayor Nivel de agotamiento con respecto al porcentaje total de estas variables de estudio.

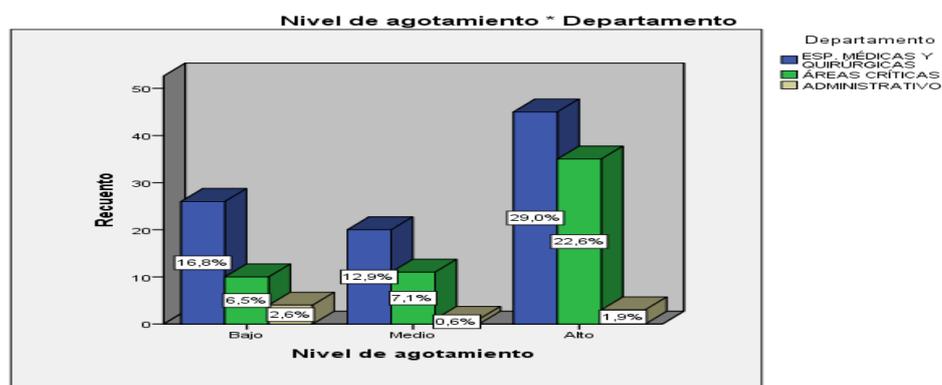
Los resultados estadísticos de la prueba de chi-cuadrado no fueron significativos, es decir no existe evidencia estadística significativa que rechace la hipótesis nula o relación de independencia. (Tabla N° 9.6 y en la Figura N° 3.6).

Tabla N° 9.6.: Nivel de agotamiento * Departamento

		Departamento			Total	
		ESP. MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS	ÁREAS CRÍTICAS	ADMINISTRATIVO		
Nivel de agotamiento	Bajo	Recuento	26	10	4	40
		% del total	16,8%	6,5%	2,6%	25,8%
	Medio	Recuento	20	11	1	32
		% del total	12,9%	7,1%	0,6%	20,6%
	Alto	Recuento	45	35	3	83
		% del total	29,0%	22,6%	1,9%	53,5%
Total		Recuento	91	56	8	155
		% del total	58,7%	36,1%	5,2%	100,0%

Fuente: Elaboración propia. Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Figura N° 3.6.: Nivel de agotamiento * Departamento



Fuente: Elaboración propia. Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

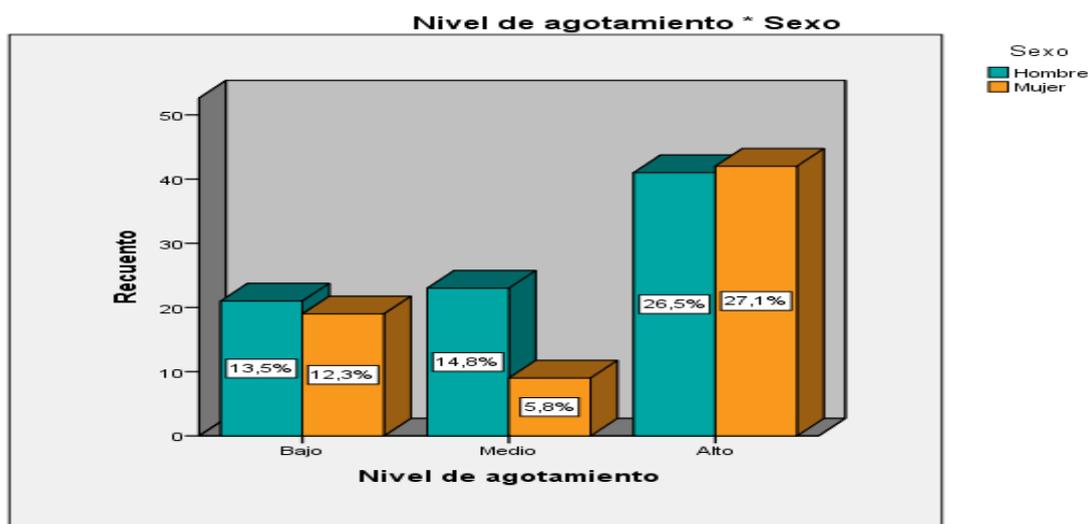
De la información de la Tabla N° 9.7 y en la Figura N° 3.7, se desprende que el Nivel bajo de agotamiento en los hombres representa el (13,5%), en las mujeres el (12,3%), el Nivel medio de agotamiento en los hombres el (14,8%) y en las mujeres el (5,8%), y el Nivel alto de agotamiento en los hombres presenta el (26,5%), y en las mujeres un (27,1%), se observa que la diferencia entre hombre y mujeres en el Nivel alto de agotamiento es mínima. Los resultados estadísticos de la prueba de chi-cuadrado no fueron significativos, es decir no existe evidencia estadística significativa que rechacé la hipótesis nula o relación de independencia. (Tabla N° 9.7 y en la Figura N° 3.7).

Tabla N° 9.7: Nivel de agotamiento * Sexo

		Sexo		Total	
		Hombre	Mujer		
Nivel de agotamiento	Bajo	Recuento	21	19	40
		% del total	13,5%	12,3%	25,8%
	Medio	Recuento	23	9	32
		% del total	14,8%	5,8%	20,6%
	Alto	Recuento	41	42	83
		% del total	26,5%	27,1%	53,5%
Total		Recuento	85	70	155
		% del total	54,8%	45,2%	100,0%

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Figura N° 3.7: Nivel de agotamiento * Sexo



Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Como se observa en la Tabla N° 9.8 y en la Figura N° 3.8, el Nivel bajo de agotamiento para las edades comprendidas ente (24 a 43 años), corresponden al

(4,5%), para las edades de (35 a 45 años) el (12,3%), de (46 a 56 años) el (7,7%) y de (57 años en adelante) el (1,3%). Seguimiento del Nivel medio de agotamiento para el grupo de edad entre (24 a 43 años) con el (9,0%), de (35 a 45 años) el (7,7%), de (46 a 56 años) el (2,6%) y en las edades de (57 años en adelante) el (1,3%) y en el Nivel alto de agotamiento en edades de (24 a 43 años), representan el (25,2%), de (35 a 45 años) el (25,2%), de (46 a 56 años) el (3,2%) y en las edades de (57 años en adelante) el (0,0%). Los resultados estadísticos de la prueba de chi-cuadrado fueron significativos, es decir se rechaza la hipótesis nula y se toma la hipótesis alternativa. (Ver tabla N° 6.1 y Figura N° 6.1.1).

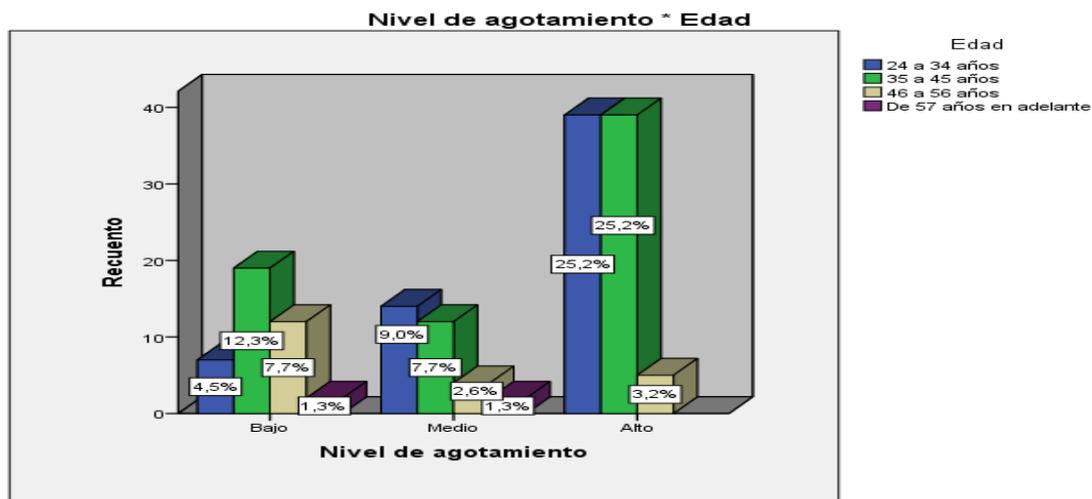
Tabla N° 9.8.: Nivel de agotamiento * Edad

Tabla de contingencia Nivel de agotamiento ^ Edad

		Edad				Total	
		24 a 34 años	35 a 45 años	46 a 56 años	De 57 años en adelante		
Nivel de agotamiento	Bajo	Recuento	7	19	12	2	40
		% del total	4,5%	12,3%	7,7%	1,3%	25,8%
	Medio	Recuento	14	12	4	2	32
		% del total	9,0%	7,7%	2,6%	1,3%	20,6%
	Alto	Recuento	39	39	5	0	83
		% del total	25,2%	25,2%	3,2%	0,0%	53,5%
Total		Recuento	60	70	21	4	155
		% del total	38,7%	45,2%	13,5%	2,6%	100,0%

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Figura N° 3.8: Nivel de agotamiento * Edad



Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

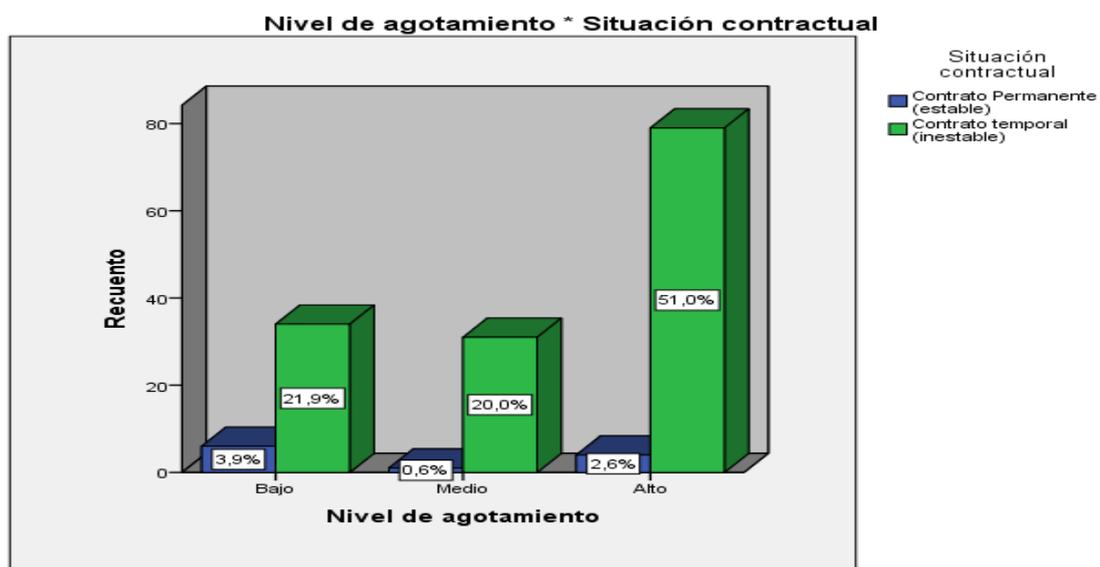
En la información de Tabla N° 9.9 y en la Figura 3.9, podemos observar que el Nivel bajo de agotamiento de los médicos con contrato permanente, es del (3,9%), el Nivel medio (0,6%) y el Nivel alto un (2,6%). Así también que el Nivel bajo de agotamiento con contrato temporal es de (21,9%), el Nivel medio (20,0%) y el nivel alto un (51,0%). De la relación de estas variables podemos concluir que el (51,0%) de la situación contractual temporal (inestable), tiene un Nivel de agotamiento emocional alto marcando una gran diferencia en comparación de la situación contractual permanente, a pesar de esta diferencia, los resultados estadísticos de la prueba de chi-cuadrado no fueron significativos, es decir no existe evidencia estadística significativa que rechacé la hipótesis nula o relación de independencia de estas variables. (Tabla N° 9.9 y en la Figura 3.9).

Tabla N° 9.9.: Nivel de agotamiento * Situación contractual

		Situación contractual			Total
		Contrato Permanente (estable)	Contrato temporal (inestable)		
Nivel de agotamiento	Bajo	Recuento	6	34	40
		% del total	3,9%	21,9%	25,8%
	Medio	Recuento	1	31	32
		% del total	0,6%	20,0%	20,6%
	Alto	Recuento	4	79	83
		% del total	2,6%	51,0%	53,5%
Total		Recuento	11	144	155
		% del total	7,1%	92,9%	100,0%

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Figura N° 3.9: Nivel de agotamiento * Situación contractual



Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

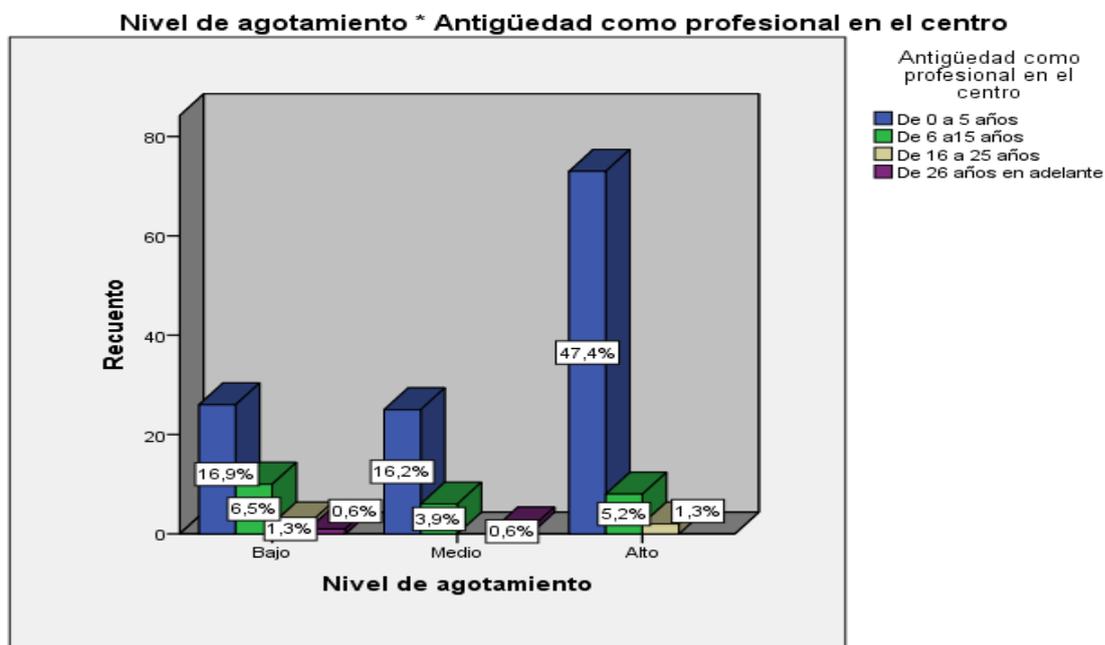
En los descriptivos de la Tabla N° 10.0, y Figura N° 4.0, se desprende que el Nivel bajo de agotamiento en la Antigüedad como profesional en el centro para el grupo de profesionales de (0 a 5 años), es de (16,9%), el Nivel medio con (16,2%) y el Nivel alto un (47,4%), para el grupo de profesionales de (6 a 15 años), el Nivel bajo de agotamiento en antigüedad laboral es del (6,5%), el Nivel medio (3,9%) y el Nivel alto un (5,2%), para el grupo de profesionales de (16 a 25 años), el Nivel bajo de agotamiento en antigüedad laboral es del (1,3%), el Nivel medio (0,0%) y el Nivel alto un (1,3%), para el grupo de profesionales de (26 años en adelante). el Nivel bajo de agotamiento en antigüedad laboral es del (0,6%), el Nivel medio (0,6%) y el Nivel alto un (0,0%). Los resultados estadísticos de la prueba de chi-cuadrado no fueron significativos, es decir no existe evidencia estadística significativa que rechacé la hipótesis nula o relación de independencia. (Tabla N° 10.0, y Figura N° 4.0).

Tabla N° 10.0.: Nivel de agotamiento * Antigüedad como profesional en el centro

		Antigüedad como profesional en el centro				Total	
		De 0 a 5 años	De 6 a 15 años	De 16 a 25 años	De 26 años en adelante		
Nivel de agotamiento	Bajo	Recuento	26	10	2	1	39
		% del total	16,9%	6,5%	1,3%	0,6%	25,3%
	Medio	Recuento	25	6	0	1	32
		% del total	16,2%	3,9%	0,0%	0,6%	20,8%
	Alto	Recuento	73	8	2	0	83
		% del total	47,4%	5,2%	1,3%	0,0%	53,9%
Total		Recuento	124	24	4	2	154
		% del total	80,5%	15,6%	2,6%	1,3%	100,0%

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 2

Figura N° 4.0.: Nivel de agotamiento * Antigüedad como profesional en el centro



Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

En la información de la Tabla N° 10.1 y en la Figura N° 4.1, se observa que los Niveles de cinismo en la variable Departamento, presenta un Nivel bajo en el departamento de Especialidades Médicas y Quirúrgicas con (11,0%), un Nivel medio de (23,9%) y un Nivel alto del (23,9%). En las Áreas Críticas un Nivel bajo del (1,9%), un Nivel medio de (15,5%) y un Nivel alto del (18,7%). En el departamento Administrativo un Nivel bajo del (1,3%), un Nivel medio de (3,2%) y un Nivel alto del (0,6%), evidenciando que el departamento de Especialidades Médicas y Quirúrgicas junto al de Áreas Críticas mostraron un mayor Nivel de agotamiento. Sin embargo, los resultados estadísticos de la prueba de chi-cuadrado no fueron significativos, es decir no existe evidencia estadística

significativa que rechazé la hipótesis nula o relación de independencia de estas variables. (Tabla N° 10.1 y en la Figura N° 5.1).

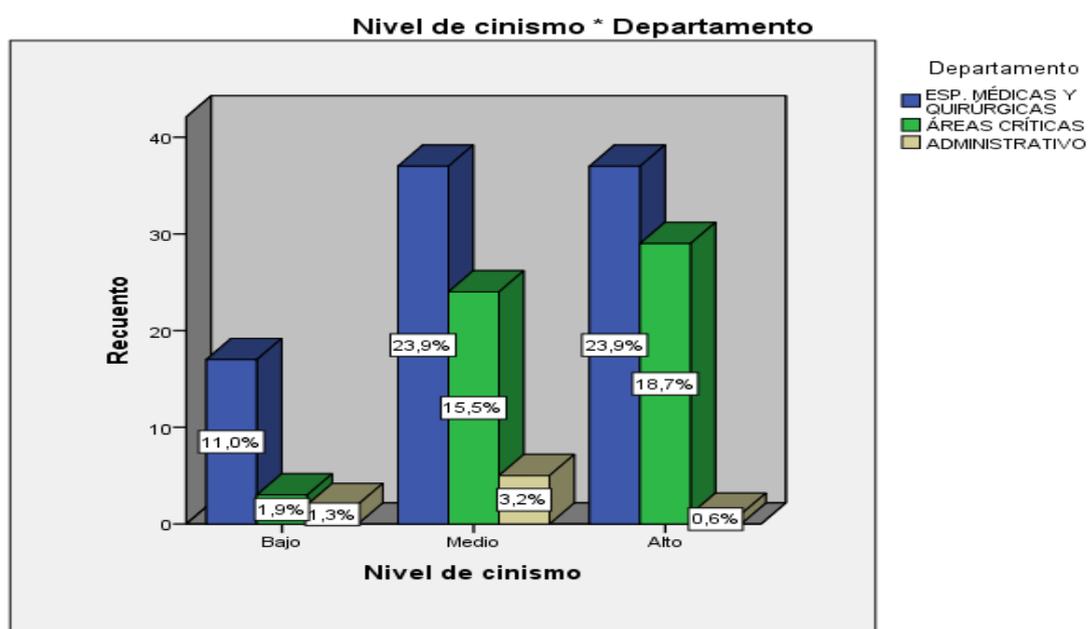
Tabla N° 10.1.: Nivel de cinismo * Departamento

Tabla de contingencia Nivel de cinismo * Departamento

		Departamento			Total	
		ESP. MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS	ÁREAS CRÍTICAS	ADMINISTRATIVO		
Nivel de cinismo	Bajo	Recuento	17	3	2	22
		% del total	11,0%	1,9%	1,3%	14,2%
	Medio	Recuento	37	24	5	66
		% del total	23,9%	15,5%	3,2%	42,6%
	Alto	Recuento	37	29	1	67
		% del total	23,9%	18,7%	0,6%	43,2%
Total		Recuento	91	56	8	155
		% del total	58,7%	36,1%	5,2%	100,0%

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Figura N° 4.1.: Nivel de cinismo * Departamento



Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

En la Tabla N° 10.2 y en la Figura N° 4.2, se desprende que el Nivel bajo de cinismo en los hombres representa el (7,7%), en las mujeres el (6,5%), el Nivel medio de agotamiento en los hombres el (23,9%) y en las mujeres el (18,7%), y el Nivel alto de agotamiento en los hombres presenta el (23,2%), y en las mujeres un (20,0%), se observa que el porcentaje de mayor peso se encuentra en el Nivel medio de cinismo en los hombres, y en las mujeres el porcentaje mayor se sitúa en el Nivel alto. En esta comparación de variables de acuerdo a los resultados estadísticos de la prueba de chi-cuadrado se concluye que no fueron significativos, es decir no existe evidencia estadística significativa que rechacé la hipótesis nula o relación de independencia de estas variables (Ver Tabla N° 10.2 y en la Figura N° 4.2).

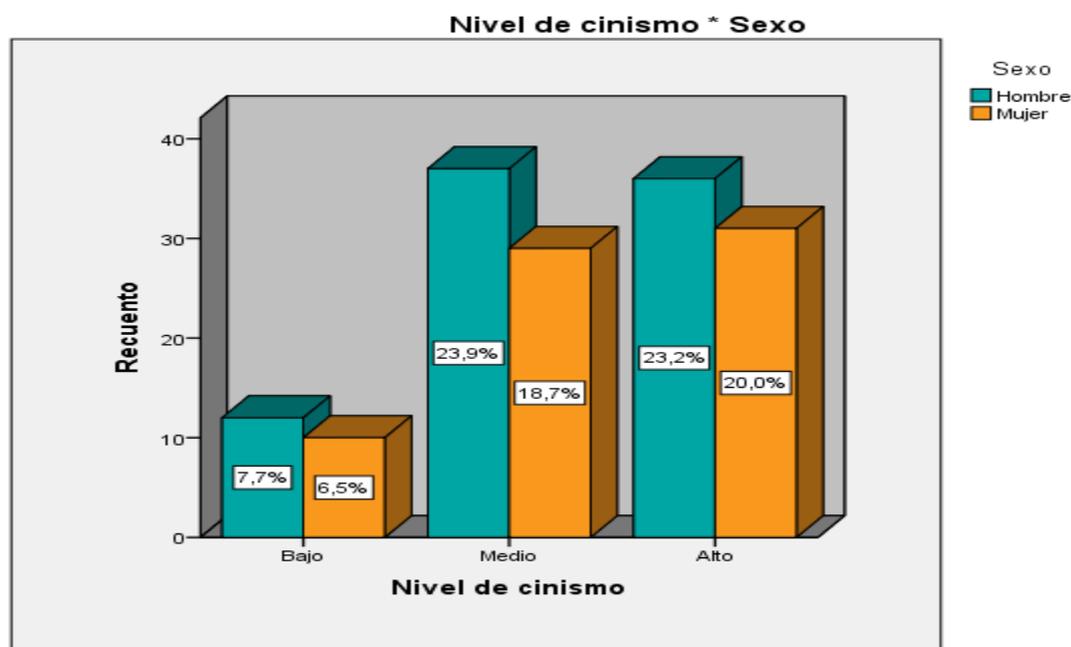
Tabla N° 10.2.: Nivel de cinismo * Sexo

Tabla de contingencia Nivel de cinismo * Sexo

		Sexo		Total	
		Hombre	Mujer		
Nivel de cinismo	Bajo	Recuento	12	10	22
		% del total	7,7%	6,5%	14,2%
	Medio	Recuento	37	29	66
		% del total	23,9%	18,7%	42,6%
	Alto	Recuento	36	31	67
		% del total	23,2%	20,0%	43,2%
Total		Recuento	85	70	155
		% del total	54,8%	45,2%	100,0%

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Figura N° 4.2: Nivel de cinismo * Sexo



Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

En los descriptivos de la Tabla N° 10.3 y en la Figura N° 4.3, se observa que el Nivel bajo de cinismo para las edades comprendidas ente (24 a 43 años), corresponden al (4,5%), para las edades de (35 a 45 años) el (5,2%), de (46 a 56 años) el (4,5%) y de (57 años en adelante) el (0,0%). Seguido del Nivel medio de cinismo para el grupo de edad entre (24 a 43 años) con el (15,5%), de (35 a 45 años) el (18,7%), de (46 a 56 años) el (6,5%) y en las edades de (57 años en adelante) el (1,9%) y en el Nivel alto de cinismo en edades de (24 a 43 años), representan el (18,7%), de (35 a 45 años) el (21,3%), de (46 a 56 años) el (2,6%) y en las edades de (57 años en adelante) el (0,6%). El grupo de edad que presento

mayor Nivel de cinismo fue ente (35 a 45 años). Los resultados estadísticos de la prueba de chi-cuadrado no fueron significativos, es decir no existe evidencia estadística significativa que rechacé la hipótesis nula o relación de independencia de estas variables (Ver Tabla N° 10.3 y en la Figura N° 4.3).

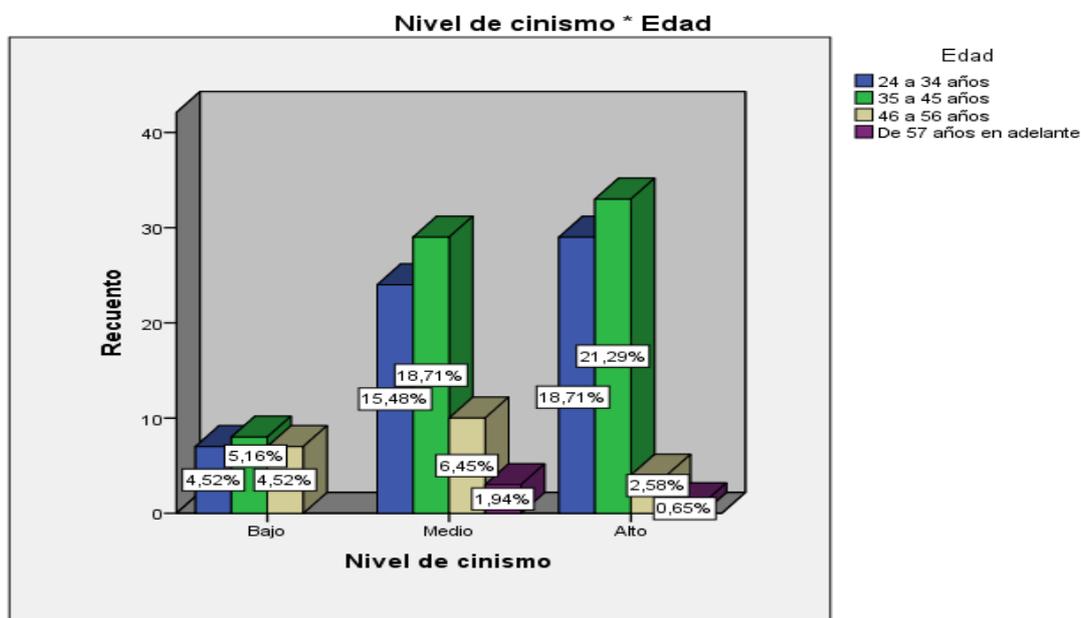
Tabla N° 10.3.: Nivel de cinismo * Edad

Tabla de contingencia Nivel de cinismo * Edad

			Edad				Total
			24 a 34 años	35 a 45 años	46 a 56 años	De 57 años en adelante	
Nivel de cinismo	Bajo	Recuento	7	8	7	0	22
		% del total	4,5%	5,2%	4,5%	0,0%	14,2%
	Medio	Recuento	24	29	10	3	66
		% del total	15,5%	18,7%	6,5%	1,9%	42,6%
	Alto	Recuento	29	33	4	1	67
		% del total	18,7%	21,3%	2,6%	0,6%	43,2%
Total		Recuento	60	70	21	4	155
		% del total	38,7%	45,2%	13,5%	2,6%	100,0%

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Figura N° 4.3.: Nivel de cinismo * Edad



Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

La Tabla N° 10.4 y Figura N° 4.4, describe que el Nivel bajo de cinismo de los médicos con contrato permanente, es del (0,6%), el Nivel medio (4,5%) y el Nivel alto (1,9%). Así también que el Nivel bajo de cinismo con contrato temporal es de (13,5%), el Nivel medio (38,1%) y el nivel alto un (41,3%). Los resultados estadísticos de relación de estas variables, demuestran a través de la prueba de chi-cuadrado que no fueron significativos, es decir no existe evidencia estadística significativa que rechacé la hipótesis nula o relación de independencia de estas variables (Ver Tabla N° 10.4 y Figura N° 4.4).

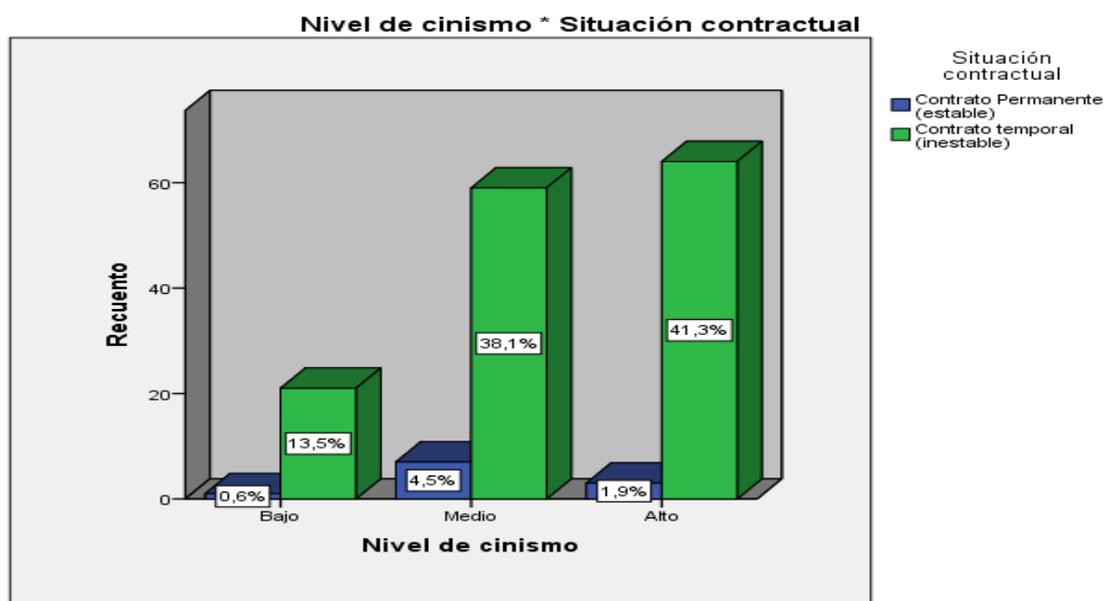
Tabla N° 10.4.: Nivel de cinismo * Situación contractual

Tabla de contingencia Nivel de cinismo * Situación contractual

		Situación contractual		Total	
		Contrato Permanente (estable)	Contrato temporal (inestable)		
Nivel de cinismo	Bajo	Recuento	1	21	22
		% del total	0,6%	13,5%	14,2%
	Medio	Recuento	7	59	66
		% del total	4,5%	38,1%	42,6%
	Alto	Recuento	3	64	67
		% del total	1,9%	41,3%	43,2%
Total		Recuento	11	144	155
		% del total	7,1%	92,9%	100,0%

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Figura N° 4.4.: Nivel de cinismo * Situación contractual



Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

En la descripción de la Tabla N° 10.5, y Figura N° 4.5, podemos observar que el Nivel bajo de cinismo en la Antigüedad como profesional en el centro para el grupo de profesionales de (0 a 5 años), es de (10,4%), el Nivel medio con (31,8%) y el Nivel alto un (38,3%), para el grupo de profesionales de (6 a 15 años), el Nivel bajo de cinismo en antigüedad laboral es del (3,2%), el Nivel medio (7,8%) y el Nivel alto un (4,5%), para el grupo de profesionales de (16 a 25 años), el Nivel bajo de cinismo en antigüedad laboral es del (0,6%), el Nivel medio (1,3%) y el Nivel alto un (0,6%), para el grupo de profesionales de (26 años en adelante). el Nivel bajo de cinismo en antigüedad laboral es del (0,0%), el Nivel medio (1,3%) y el Nivel alto un (0,0%). Los resultados estadísticos de la prueba de chi-cuadrado no fueron significativos, es decir no existe evidencia estadística significativa que rechacé la hipótesis nula o relación de independencia de estas variables (Ver Tabla N° 10.5, y Figura N° 4.5).

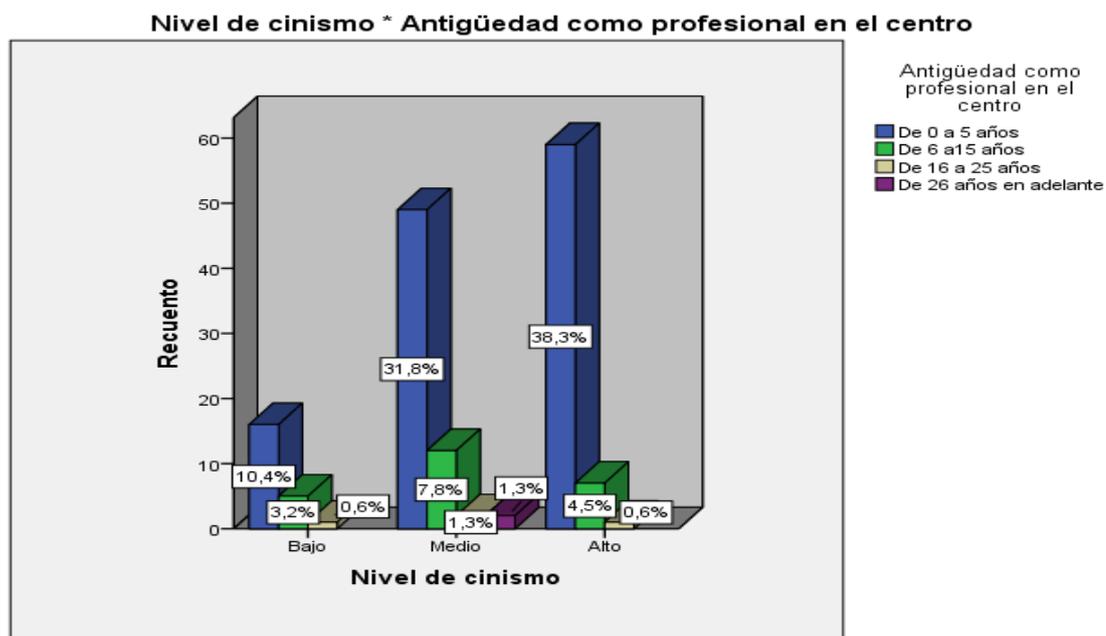
Tabla N° 10.5.: Nivel de cinismo * Antigüedad como profesional en el centro

Tabla de contingencia Nivel de cinismo * Antigüedad como profesional en el centro

		Antigüedad como profesional en el centro				Total	
		De 0 a 5 años	De 6 a 15 años	De 16 a 25 años	De 26 años en adelante		
Nivel de cinismo	Bajo	Recuento	16	5	1	0	22
		% del total	10,4%	3,2%	0,6%	0,0%	14,3%
	Medio	Recuento	49	12	2	2	65
		% del total	31,8%	7,8%	1,3%	1,3%	42,2%
	Alto	Recuento	59	7	1	0	67
		% del total	38,3%	4,5%	0,6%	0,0%	43,5%
Total		Recuento	124	24	4	2	154
		% del total	80,5%	15,6%	2,6%	1,3%	100,0%

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Figura N° 4.5.: Nivel de cinismo * Antigüedad como profesional en el centro



Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

A continuación en los descriptivos de la Tabla N° 10.6 e información de la Figura N° 4.6, podemos observar que el departamento de Especialidades Médicas y Quirúrgicas, presenta un Nivel bajo de eficacia profesional con (3,9%), un Nivel medio de (20,6%) y un Nivel alto del (34,2%). En el departamento de Áreas Críticas un Nivel de eficacia profesional bajo del (1,3%), un Nivel medio de (11,6%) y un Nivel alto del (23,2%). En el departamento Administrativo un Nivel bajo de eficacia profesional del (0,6%), un Nivel medio de (0,0%) y un Nivel alto del (4,5%), evidenciando que el departamento de Especialidades Médicas y Quirúrgicas junto al de Áreas Críticas mostraron un mayor Nivel de eficacia

profesional. Sin embargo, los resultados estadísticos de la prueba de chi-cuadrado no fueron significativos, es decir no existe evidencia estadística significativa que rechacé la hipótesis nula o relación de independencia de estas variables (Ver tabla N° 10.6 y Figura N° 4.6).

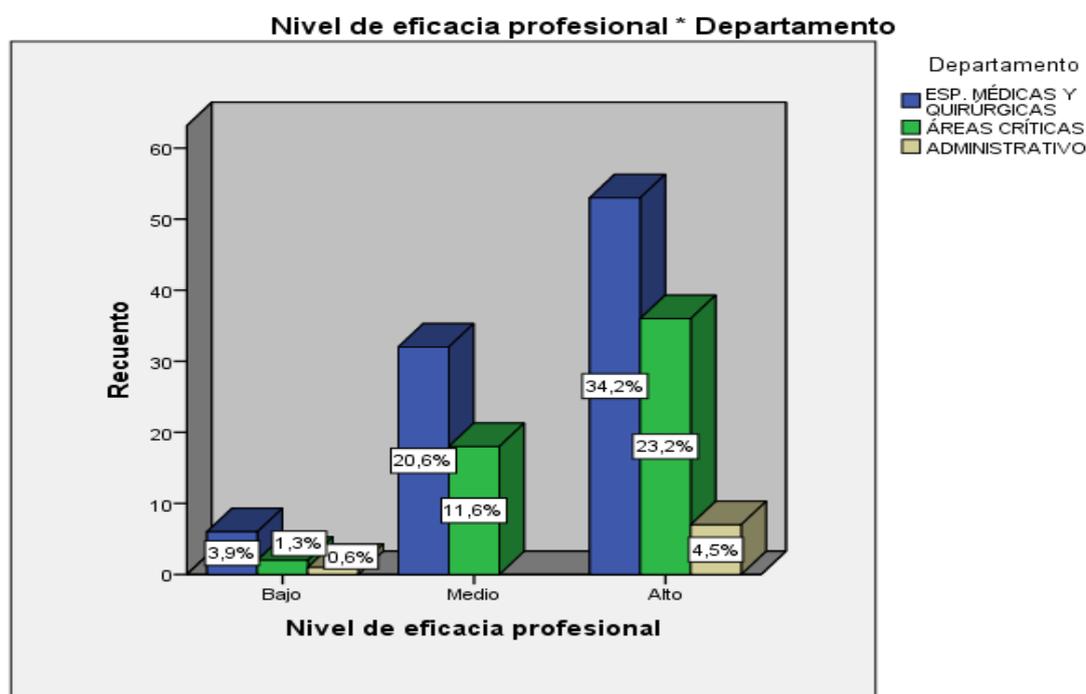
Tabla N° 10.6.: Nivel de eficacia profesional * Departamento

Tabla de contingencia Nivel de eficacia profesional * Departamento

		Departamento			Total	
		ESP. MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS	ÁREAS CRÍTICAS	ADMINISTRATIVO		
Nivel de eficacia profesional	Bajo	Recuento	6	2	1	9
		% del total	3,9%	1,3%	0,6%	5,8%
	Medio	Recuento	32	18	0	50
		% del total	20,6%	11,6%	0,0%	32,3%
	Alto	Recuento	53	36	7	96
		% del total	34,2%	23,2%	4,5%	61,9%
Total		Recuento	91	56	8	155
		% del total	58,7%	36,1%	5,2%	100,0%

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Figura N° 4.6.: Nivel de eficacia profesional * Departamento



Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Podemos observar en la Tabla N° 10.7 y en la Figura N° 4.7, que el Nivel bajo de eficacia profesional en los hombres es del (4,5%), en las mujeres el (1,3%), el Nivel medio de eficacia profesional en los hombres el (16,1%) y en las mujeres el (16,1%), y el Nivel alto de eficacia profesional en los hombres presenta el (34,2%), y en las mujeres un (27,7%), se observa que el porcentaje de mayor peso se encuentra en el Nivel alto de eficacia profesional en los hombres, y en las mujeres. En esta comparación de variables de acuerdo a los resultados estadísticos de la prueba de chi-cuadrado se concluye que no fueron significativos, es decir no existe evidencia estadística significativa que rechacé la hipótesis nula o relación de independencia de estas variables (Ver Tabla N° 10.7 y en la Figura N° 4.7).

Tabla N° 10.7.: Nivel de eficacia profesional * Sexo

Tabla de contingencia Nivel de eficacia profesional * Sexo

			Sexo		Total
			Hombre	Mujer	
Nivel de eficacia profesional	Bajo	Recuento	7	2	9
		% del total	4,5%	1,3%	5,8%
	Medio	Recuento	25	25	50
		% del total	16,1%	16,1%	32,3%
	Alto	Recuento	53	43	96
		% del total	34,2%	27,7%	61,9%
Total		Recuento	85	70	155
		% del total	54,8%	45,2%	100,0%

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Figura N° 4.7.: Nivel de eficacia profesional * Sexo



Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

En la Tabla N° 10.8 y en la Figura N° 4.8, se observa que el Nivel bajo de eficacia profesional para las edades comprendidas ente (24 a 43 años), corresponden al (1,3%), para las edades de (35 a 45 años) el (3,2%), de (46 a 56 años) el (1,3%) y de (57 años en adelante) el (0,0%). Seguido del Nivel medio de eficacia profesional para el grupo de edad entre (24 a 43 años) es del (12,3%), de (35 a 45 años) el (16,8%), de (46 a 56 años) el (3,2%) y en las edades de (57 años en adelante) el (0,0%) y en el Nivel alto de eficacia profesional en edades de (24 a 43 años), representan el (25,2%), de (35 a 45 años) el (25,2%), de (46 a 56 años) el (9,0%) y en las edades de (57 años en adelante) el (2,6%). El grupo de edad que presento mayor Nivel de eficacia profesional fue ente (35 a 45 años) y (46 a 56 años). Los resultados estadísticos de la prueba de chi-cuadrado no fueron significativos, es decir no existe evidencia estadística significativa que rechacé la hipótesis nula o relación de independencia de estas variables (Ver Tabla N° 10.8 y en la Figura N° 4.8).

Tabla N° 10.8.: Nivel de eficacia profesional * Edad

Tabla de contingencia Nivel de eficacia profesional ^ Edad

		Edad				Total	
		24 a 34 años	35 a 45 años	46 a 56 años	De 57 años en adelante		
Nivel de eficacia profesional	Bajo	Recuento	2	5	2	0	9
		% del total	1,3%	3,2%	1,3%	0,0%	5,8%
	Medio	Recuento	19	26	5	0	50
		% del total	12,3%	16,8%	3,2%	0,0%	32,3%
	Alto	Recuento	39	39	14	4	96
		% del total	25,2%	25,2%	9,0%	2,6%	61,9%
Total		Recuento	60	70	21	4	155
		% del total	38,7%	45,2%	13,5%	2,6%	100,0%

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Figura N° 4.8.: Nivel de eficacia profesional * Edad



Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Se observa en la Tabla N° 10.9 y Figura 4.9, que el Nivel bajo de eficacia profesional de los médicos con contrato permanente, es del (0,0%), el Nivel medio (0,6%) y el Nivel alto (6,5%). Así también que el Nivel bajo de eficacia profesional con contrato temporal es de (5,8%), el Nivel medio (31,6%) y el nivel alto un (55,5%). Los resultados estadísticos de relación de estas variables, demuestran a través de la prueba de chi-cuadrado que no fueron significativos, es decir no existe evidencia estadística significativa que rechacé la hipótesis nula o relación de independencia de estas variables. (Ver Tabla N° 10.9 y Figura 4.9).

Tabla N° 10.9.: Nivel de eficacia profesional * Situación contractual

			Situación contractual		Total
			Contrato Permanente (estable)	Contrato temporal (inestable)	
Nivel de eficacia profesional	Bajo	Recuento	0	9	9
		% del total	0,0%	5,8%	5,8%
	Medio	Recuento	1	49	50
		% del total	0,6%	31,6%	32,3%
	Alto	Recuento	10	86	96
		% del total	6,5%	55,5%	61,9%
Total	Recuento	11	144	155	
	% del total	7,1%	92,9%	100,0%	

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Figura N° 4.9.: Nivel de eficacia profesional * Situación contractual



Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

En la información de la Tabla N° 11.0 y Figura N° 5.0, podemos observar que el Nivel bajo de eficacia profesional en la Antigüedad como profesional en el centro para el grupo de profesionales de (0 a 5 años), es de (5,2%), el Nivel medio con (27,3%) y el Nivel alto un (48,1%), para el grupo de profesionales de (6 a 15 años), el Nivel bajo de eficacia profesional en antigüedad laboral es del (0,6%), el Nivel medio (5,2%) y el Nivel alto un (9,7%), para el grupo de profesionales de (16 a 25 años), el Nivel bajo de eficacia profesional en antigüedad laboral representa el (0,0%), el Nivel medio (0,0%) y el Nivel alto un (2,6%), para el grupo de profesionales de (26 años en adelante). el Nivel bajo de eficacia profesional en antigüedad laboral es del (0,0%), el Nivel medio el (0,0%) y el Nivel alto un (1,3%). Los resultados estadísticos de la prueba de chi-cuadrado no fueron significativos, es decir no existe evidencia estadística significativa que rechacé la hipótesis nula o relación de independencia de estas variables. (Ver Tabla N° 11.0 y Figura N° 5.0).

Tabla N° 11.0.: Nivel de eficacia profesional * antigüedad como profesional en el centro

		Antigüedad como profesional en el centro				Total	
		De 0 a 5 años	De 6 a 15 años	De 16 a 25 años	De 26 años en adelante		
Nivel de eficacia profesional	Bajo	Recuento	8	1	0	0	9
		% del total	5,2%	0,6%	0,0%	0,0%	5,8%
	Medio	Recuento	42	8	0	0	50
		% del total	27,3%	5,2%	0,0%	0,0%	32,5%
	Alto	Recuento	74	15	4	2	95
		% del total	48,1%	9,7%	2,6%	1,3%	61,7%
Total		Recuento	124	24	4	2	154
		% del total	80,5%	15,6%	2,6%	1,3%	100,0%

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Figura N° 5.0.: Nivel de eficacia profesional * Antigüedad como profesional en el centro



Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 2

3.5 Prevalencia del Síndrome de Burnout

La prevalencia del Síndrome de Burnout, de acuerdo a la información de la Tabla N° 11.1 y Tabla N° 11.2, se sitúa en el perfil (27) con un porcentaje de (2,6%). Seguido de un porcentaje válido de (19%), que representa al perfil (26), el mismo que estaría cercano a cumplir con las condiciones de la escala del Síndrome de Burnout que identifican altas puntuaciones en las subescalas de agotamiento y cinismo, y bajas puntuaciones de eficacia profesional como un nivel alto de Burnout (Tabla N° 11.3). Así también podemos observar en la Tabla N° 11.5 y Figura N° 5.1., el porcentaje del Síndrome de Burnout presente en los médicos del Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”.

Tabla N° 11.1.: Prevalencia del Síndrome de Burnout

BURNOUT					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1,00	12	7,7	7,8	7,8
	2,00	1	,6	,7	8,5
	3,00	1	,6	,7	9,2
	4,00	18	11,6	11,8	20,9
	5,00	4	2,6	2,6	23,5
	6,00	2	1,3	1,3	24,8
	7,00	2	1,3	1,3	26,1
	11,00	3	1,9	2,0	28,1
	13,00	12	7,7	7,8	35,9
	14,00	5	3,2	3,3	39,2
	16,00	4	2,6	2,6	41,8
	17,00	4	2,6	2,6	44,4
	18,00	2	1,3	1,3	45,8
	19,00	2	1,3	1,3	47,1
	20,00	1	,6	,7	47,7
	22,00	22	14,2	14,4	62,1
	23,00	3	1,9	2,0	64,1
	25,00	22	14,2	14,4	78,4
	26,00	29	18,7	19,0	97,4
	27,00	4	2,6	2,6	100,0
	Total	153	98,7	100,0	
Perdidos	Sistema	2	1,3		
Total		155	100,0		

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20



Tabla N° 11.2.: Prevalencia del Síndrome de Burnout

Síndrome de Burnout					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	4	2,6	2,6	2,6
	No	151	97,4	97,4	100,0
	Total	155	100,0	100,0	

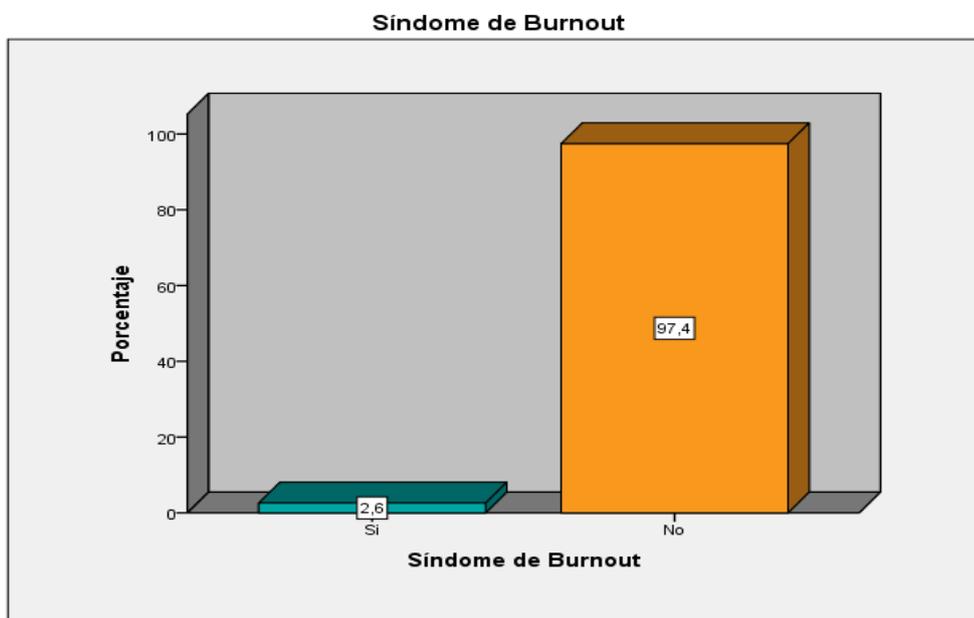
Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Tabla N° 11.3.: Perfiles del Síndrome de Burnout

AGOTA	CINISMO	EFICACIA	Perfil	Interpretación	PORCENTAJE
1	1	3	1	BAJO AGOT-BAJO CINISMO-ALTA EFICAC	7,8
1	1	2	2	BAJO AGOT-BAJO CINISMO-MEDIA EFICAC	,7
1	1	1	3	BAJO AGOT-BAJO CINISMO-BAJA EFICAC	,7
1	2	3	4	BAJO AGOT-MEDIO CINISMO-ALTA EFICA	11,8
1	2	2	5	BAJO AGOT-MEDIO CINISMO-MEDIA EFICA	2,6
1	2	1	6	BAJO AGOT-MEDIO CINISMO-BAJA EFICAC	1,3
1	3	3	7	BAJO AGOT-ALTO CINISMO-ALTA EFICAC	1,3
2	1	2	11	MEDIO AGOT-BAJO CINISMO-MEDIA EFICAC	2,0
2	2	3	13	MEDIO AGOT-MEDIO CINISMO-ALTA EFICAC	7,8
2	2	2	14	MEDIO AGOT-MEDIO CINISMO-MEDIA EFICAC	3,3
2	3	3	16	MEDIO AGOT-ALTO CINISMO-ALTA EFICAC	2,6
2	3	2	17	MEDIO AGOT-ALTO CINISMO-MEDIA EFICAC	2,6
2	3	1	18	MEDIO AGOT-ALTO CINISMO-BAJA EFICAC	1,3
2	1	3	19	MEDIO AGOT-BAJO CINISMO-ALTA EFICAC	1,3
3	1	2	20	ALTO AGOT-BAJO CINISMO-MEDIA EFICAC	,7
3	2	3	22	ALTO AGOT-MEDIO CINISMO-ALTA EFICAC	14,4
3	2	2	23	ALTO AGOT-MEDIO CINISMO-MEDIA EFICAC	2,0
3	3	3	25	ALTO AGOT-ALTO CINISMO-ALTA EFICAC	14,4
3	3	2	26	ATAO AGOT-ALTO CINISMO-MEDIA EFICAC	19,0
3	3	1	27	ALTO AGOT-ALTO CINISMO-BAJA EFICAC	2,6

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Figura N° 5.1.: Porcentaje del Síndrome de Burnout



Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

En la descripción de la Tabla N° 11.4, se puede observar que tanto para hombres como para mujeres presentan un (1,3%) de Síndrome de Burnout, en relación al (53,5%) y (43,9%) de los hombres y mujeres que no lo presentan.

Tabla N° 11.4.: Tabla de contingencia Sexo * Síndrome de Burnout

		Síndrome de Burnout		Total	
		Si	No		
Sexo	Hombre	Recuento	2	83	85
		% del total	1,3%	53,5%	54,8%
	Mujer	Recuento	2	68	70
		% del total	1,3%	43,9%	45,2%
Total		Recuento	4	151	155
		% del total	2,6%	97,4%	100,0%

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

El intervalo de confianza y el valor de estimación del riesgo es inferior a la unidad por lo que la razón de las ventajas para la variable Sexo con respecto al Síndrome de Burnout, determinan que el riesgo no es estadísticamente significativo, estos resultados señalan que estaríamos ante la presencia de un factor de protección. (Ver Tabla N° 11.5).

Tabla N° 11.5.: Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Sexo (Hombre / Mujer)	,819	,112	5,970
Para la cohorte Síndrome de Burnout = Si	,824	,119	5,698
Para la cohorte Síndrome de Burnout = No	1,005	,954	1,059
N de casos válidos	155		

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

3.6 Análisis de regresión dimensiones del burnout e índice de rotación del Hospital de Guayaquil

Con el objetivo de analizar el impacto de los niveles del burnout sobre el desempeño de los empleados se llevó a cabo un análisis de regresión múltiple. Se utilizó como variables independientes o predictores las dimensiones del burnout (agotamiento, cinismo y falta de eficacia) y como variable dependiente una de las variables que valoran el desempeño del empleado como es la rotación. Para el ajuste del modelo de regresión se ha empleado el método de pasos sucesivos.

Los resultados obtenidos en el análisis de regresión múltiple con el índice de rotación como variable dependiente ponen de relieve que sólo la dimensión de agotamiento del burnout afecta a la rotación (Ver Tabla N° 12). En este sentido, el agotamiento explica el 22% de la varianza del índice de rotación (Ver Tabla N° 12.1). Con un error de estimación del 1.84718 8 y un coeficiente R de 0.477. En el caso de las otras dimensiones del Burnout, cinismo y eficacia, estas no tienen capacidad de predecir la intención de rotación (véase la Tabla N° 12.3, con las variables excluidas). La función de regresión queda conformada del siguiente modo: $Y = 2.02 + 0.548 * \text{Agotamiento}$. El impacto de una modificación de una unidad en el nivel de agotamiento del empleado supone un cambio de 0.548 en su rotación.

Tabla N° 12.: Índice de rotación dimensión de agotamiento del burnout

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
1 (Constante)	2,092	,277		7,550	,000
Agot_	,548	,082	,477	6,712	,000

a. Variable dependiente: Rot_ind

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Tabla N° 12.1.: Varianza del índice de rotación

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
1	,477 ^a	,227	,222	1,84718

a. Variables predictoras: (Constante), Agot

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

Tabla N° 12.3.: Variables excluidas

Modelo	Beta dentro	t	Sig.	Correlación parcial	Estadísticos de colinealidad
					Tolerancia
1 Eficacia	-,097 ^a	-1,363	,175	-,110	,989
- Cinis_	,104 ^a	1,171	,244	,095	,635

Fuente: Programa estadístico IBM SPSS Versión 20

4. Discusión

Se comprobó parcialmente la primera hipótesis planteada según la cual se encontrarían altos niveles de las dimensiones agotamiento, cinismo y eficacia profesional en los médicos del Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón, ya que en los resultados encontrados se presentan altos niveles de agotamiento (53,55 %) y de eficacia (61,22%) pero se tiene un 43,23% de la muestra con un nivel medio de cinismo. Se infiere que los altos niveles de agotamiento y cinismo en el Hospital estudiado se deben, entre otros factores, a una demanda elevada de pacientes, por ser considerado a nivel regional el único hospital de III nivel de referencia; además de la falta continua de recursos (medicamentos e insumos) y la debilidad de políticas de gestión del talento humano. Estos hallazgos coinciden con los obtenidos a nivel latinoamericano, en países como Perú (Arteaga, 2014) en profesionales médicos que laboran en HSMSI, México (Castañeda, 2010) en una muestra de médicos familiares que laboran en el Instituto Mexicano del Seguro Social y Uruguay (Morín, 2014) en médicos pediatras en ejercicio.

En relación a la segunda hipótesis, se comprobó la presencia de diferencias significativas entre las medias de la dimensión cinismo según departamento y se encontró que las medias de la dimensión cinismo para los profesionales que laboran en áreas críticas es mayor que para aquellos que trabajan en áreas clínico-

quirúrgicas. Se considera que el resultado es atribuible a que los médicos que laboran en áreas críticas, están expuestos a estrés continuo por la mayor tensión y presión que tienen al enfrentarse con pacientes que padecen enfermedades graves con riesgo de muerte, manifestándose en su conducta como despersonalización y ausencia o debilidad en el compromiso organizacional (Carrillo, Gómez, & Espinoza, 2012). El presente estudio también tiene coincidencias con el de Ávila, Gómez, Montiel (2010) realizado en clínicas privadas en Colombia, en el cual se encontraron diferencias significativas para la dimensión cinismo en el departamento de áreas de críticas.

En cuanto a la variable antigüedad como profesional se encontraron diferencias significativas en las medias de agotamiento entre los profesionales encuestados, siendo los profesionales con menor tiempo (0-5 años) los que tienen más agotamiento y los que tienen entre 6-15 años los que poseen menos. En este caso se infiere que los profesionales más jóvenes tienen una carga más pesada y mayores responsabilidades. Algunos estudios encontraron diferencias estadísticamente significativas en los tres niveles del Síndrome de Burnout. (González & Luzuriaga, 2013) para la antigüedad.

La tercera hipótesis que planteó que se encontraría un alto porcentaje de médicos con perfiles de Burnout en el Hospital Guayaquil, no se confirma porque los resultados encontrados destacan que el perfil de Burnout llamado en la

investigación el perfil 27 es de solo un 2,6%, sin embargo se ubicó un 19% del perfil alto agotamiento, alto cinismo, media eficacia, que representa un alto riesgo psicosocial para la organización junto con un 14,4% del perfil alto agotamiento, alto cinismo y alta eficacia. Los dos perfiles antes mencionados a pesar de contener niveles medios y altos de eficacia que no se corresponden con las características de síndrome estudiado, deben llamar la atención de los gerentes encargados del área de salud y de talento humano debido a que son condiciones para el pronto desarrollo del Síndrome de Burnout, generando malestar, desmotivación, indiferencia hacia el paciente y la organización, así como un deterioro del vínculo médico paciente.

En cuanto a las diferencias significativas de medias en las dimensiones agotamiento del Síndrome de Burnout aplicando las pruebas T-Student y F, no se encontraron diferencias significativas según las variables sexo, situación contractual, departamento; para la dimensión cinismo, no se hallaron diferencias según las variables sexo, situación contractual y antigüedad; y en la dimensión eficacia profesional, las variables sexo, edad y antigüedad tampoco resultaron significativas. Mientras que las asociaciones significativas según variables socio demográficas con el Síndrome de Burnout fueron para la dimensión agotamiento, la edad y la antigüedad como profesional; para la dimensión cinismo se presentó relación significativa en las variables edad y departamento; y en la dimensión eficacia profesional fueron significativas las diferencias según edad y situación contractual.

Para la variable sexo, hemos encontrado que tanto en los hombres como en las mujeres no existen diferencias significativas asociadas al Síndrome de Burnout a diferencia de varios estudios donde las mujeres presentaron un mayor nivel del Síndrome de Burnout (Illera, 2013; Morín, 2014; Parra, 2012; Pico, 2012; Wisetborisut et al., 2014). (Avila, Gómez & Montiel , 2010)

En lo referente a la edad, el grupo de los profesionales estudiados que presentaron diferencias estadísticas significativas en las dimensiones de agotamiento y cinismo, son los grupos de 24 a 34 años y de 46 a 56 años, ya que el grupo entre 46 a 56 años presenta menos agotamiento y cinismo. La presencia de niveles altos de agotamiento y cinismo en los médicos del Hospital de Especialidades Guayaquil, entre los 24 a 34 años, puede ser atribuible a que los médicos a esta edad inician su carrera profesional y la búsqueda de mayores ingresos económicos, por lo que suelen tener más de dos trabajos y algunos combinan su vida laboral con sus posgrados, que por lo general se desarrollan con guardias de 24 horas, acarreado con ello el agotamiento físico, emocional, evolucionando hasta la despersonalización; mientras que en los profesionales entre los 46 a 55 años las expectativas profesionales, económicas y personales por lo general ya se han estabilizado. Estos resultados se comparan con los obtenidos en otros estudios (Ortega, Ortiz y Coronel, 2007) quienes encontraron que los profesionales jóvenes presentan mayores niveles de Burnout que los

profesionales de mayor edad. Otros resultados encuentran diferencias en todas las dimensiones del Burnout (Ferrel, 2010).

Por otra parte en relación a la situación contractual, se hallaron diferencias entre las medias de eficacia, a diferencia de otros estudios como el de Castañeda (2010) donde las diferencias de agotamiento son estadísticamente significativas. En concreto, en el caso de los médicos del Hospital de Especialidades Guayaquil, se presenta mayor eficacia profesional entre aquellos médicos que tienen contratos permanentes, lo que puede atribuirse, entre otros factores, a que la estabilidad laboral es un elemento que refuerza la autoeficacia, autoconfianza y les permite desarrollar su prestigio profesional.

La Prevalencia del Síndrome de Burnout en la muestra de estudio fue del 2,6%, situada en el perfil (27), que cumple con las condiciones de la escala del Síndrome de Burnout que implica altas puntuaciones en las dimensiones de agotamiento y cinismo, y bajas puntuaciones de eficacia profesional; sin embargo el riesgo de afectación del Síndrome en la población estudiada es latente.

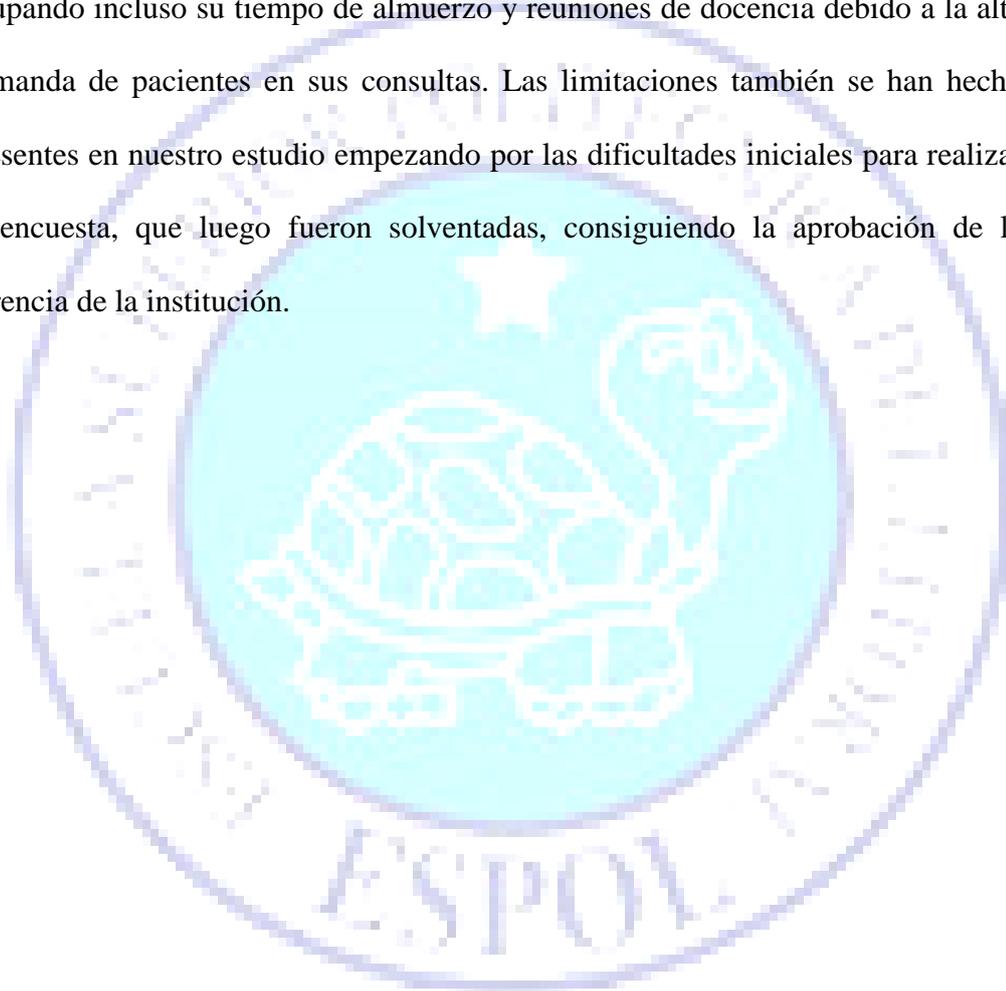
A través de regresión múltiple pudo observarse que el agotamiento es una variable que incide en un 22% en el índice de rotación explicando, lo que significa una advertencia para los gestores de talento humano, acerca de la incidencia de las

dimensiones de Burnout en los resultados organizacionales como aumento del ausentismo, aumento de la rotación, lo que conlleva a la pérdida de productividad en la empresa (Goetzl, Tabrizi, Henke, Benevent, Brockbank, Stinson, & Newman, 2014).

En la presente investigación se analizaron algunas preguntas cualitativas (mala **praxis, lo mejor, lo peor de la práctica médica**) que vale la pena destacar y describir, las mismas se consideran una fortaleza del estudio por ser actualmente un tema de interés político y social para el país. En cuanto al COIP, la percepción de los trabajadores del Hospital está dividida en 11,2% que perciben que la aplicación de esta ley trae consigo consecuencias positivas, un 44,7 % considera que esta aplicación no afectará ; frente al 44,1 % que considera que traerá consecuencias negativas para el desarrollo de sus actividades profesionales.

En cuanto a Lo mejor y lo peor en la organización, los trabajadores identifican como lo mejor, las buenas relaciones con los compañeros, y como lo peor, la gestión de la gerencia considerada como ineficiente. Por lo que se infiere que a pesar de que el personal no se siente satisfecho con la gerencia, el buen compañerismo que existe entre los trabajadores ha logrado que el desarrollo del Burnout se encuentre en estado latente, sin embargo el riesgo sigue siendo alto, lo cual se confirma con nuestro estudio.

Todo estudio tiene fortalezas y limitaciones. En cuanto a las fortalezas es la primera vez que se realiza un estudio de perfiles de Burnout, que permite llegar a la conclusión de un alto riesgo de padecer el Síndrome de Burnout por parte de los médicos. Otra fortaleza fue el lograr trabajar con una muestra altamente ocupada, lográndose la colaboración y participación activa de los trabajadores ocupando incluso su tiempo de almuerzo y reuniones de docencia debido a la alta demanda de pacientes en sus consultas. Las limitaciones también se han hecho presentes en nuestro estudio empezando por las dificultades iniciales para realizar la encuesta, que luego fueron solventadas, consiguiendo la aprobación de la gerencia de la institución.



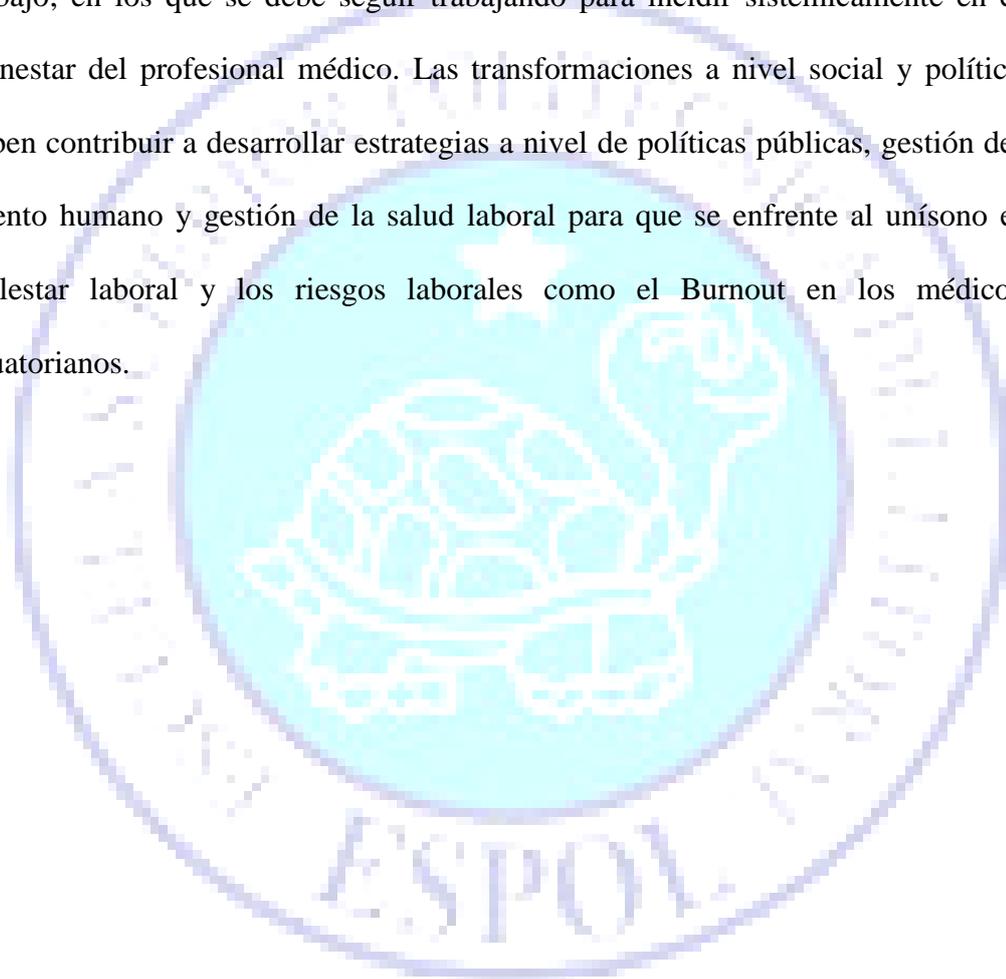
5. Conclusiones.

El estudio realizado en el Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón” indica niveles medio-altos de las dimensiones agotamiento y cinismo del Síndrome de Burnout, lo que junto con el análisis de los perfiles elaborados permite decir que existe un alto riesgo psicosocial en la muestra estudiada y que se deben tomar medidas urgentes para mejorar la salud de los trabajadores de la medicina de este nosocomio. Esta investigación es pionera en Ecuador en el campo del Burnout, con una muestra probabilística, un análisis exhaustivo de estado del arte, numerosos análisis descriptivos y un estudio de perfiles realizado por primera vez en el país.

Según el estudio llevado a cabo existen nuevos factores que complejizan la realidad médica ecuatoriana, como la implementación del COIP, que acrecienta los niveles de presión y agotamiento del médico, y que sin embargo sigue considerando que el compañerismo y desarrollar su vocación son los motores de su vida profesional.

Las transformaciones en el sector salud en Ecuador, las nuevas condiciones del trabajo médico y todos los factores que globalmente inciden en la vida profesional

como la intensificación y la sobrecarga, son parte de la realidad que atraviesa el galeno que trabaja en el Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”. Si bien, el sistema sanitario ecuatoriano ha crecido y mejorado sustancialmente, existen todavía aspectos a enfrentar en el campo de las contrataciones, la gestión del talento humano, la mejora de las condiciones de trabajo; en los que se debe seguir trabajando para incidir sistémicamente en el bienestar del profesional médico. Las transformaciones a nivel social y político deben contribuir a desarrollar estrategias a nivel de políticas públicas, gestión del talento humano y gestión de la salud laboral para que se enfrente al unísono el malestar laboral y los riesgos laborales como el Burnout en los médicos ecuatorianos.



6. Recomendaciones.

Como estrategias de intervención en prevención y corrección de Síndrome de Burnout se recomienda al Ministerio de Salud Pública y al Ministerio de Relaciones Laborales que en conjunto desarrollen una política de gestión en talento humano, que permita mejorar las condiciones de bienestar psicosocial y laboral en el personal de las instituciones sanitarias. El Hospital de Especialidades Guayaquil merece la atención de las autoridades del Ministerio de Salud Pública, por ser el único de especialidades en la región costa y su alta demanda de paciente, lo que aumenta la carga de trabajo y la responsabilidad de los galenos.

Entre las recomendaciones dadas por varios expertos Gil Monte (2005, LLull, 2012), se mencionan aquellas que pueden apoyar la resolución de problemas, fortaleciendo su realización personal como ayuda complementaria en el afrontamiento del Síndrome de Burnout:

- Mejorar las condiciones de trabajo a fin de reducir el estrés laboral a nivel organizacional, porque como menciona el modelo de (Bakker & Demerouti, 2007, 2013) en el contexto organizacional se encuentran demandas y recursos que están presentes en la dinámica organizacional y deben equilibrarse para lograr la salud del trabajador

- Implementar programas de formación y de prevención del Síndrome de Burnout, tanto en el nivel organizacional, como en el nivel personal.
- Implementar “grupos de trabajo e interacción social” programas de formación sobre apoyo social, habilidades, autoeficacia, liderazgo, entre otras.



7. Recomendaciones:

Se necesita una intervención importante desde el nivel nacional estableciendo acciones conjuntas entre Ministerio de Salud Pública y Ministerio Relaciones Laborales en Políticas de Gestión en: Remuneración, jornadas laborales, jornadas especiales. Implementando un plan de acción mediante el cual se promocióne entornos laborales saludables, en las instituciones sanitarias del País. Una transformación que genere cambios es su política enfocada en brindar, garantías laborales y un entorno favorable para el óptimo desempeño de las actividades profesionales.

Y desde el nivel local, desde la Gerencia de la Organización, la Gestión de Talento Humano, y desde los diferentes liderazgos de cada servicio.

Recomendaciones dirigidas a Gerencia:

**Identificación
del área de
mejora**

Gerencia

**Posibles
causas del
problema**

1. Falta de conocimiento sobre el Síndrome de Burnout, sus causas, efectos y consecuencias
2. Débil empoderamiento de la necesidad de implementación de una política de gestión de talento humano en la organización, que permita mejorar las condiciones laborales para el personal
3. Débil planificación de los recursos laborales necesarios para el buen desempeño del personal, tanto en talento humano como en recursos materiales.

Objetivo

- Concientizar a la Gerencia, sobre la utilización del modelo demanda Recursos Laborales para la organización

1. Realizar talleres, mesas de trabajo, etc., a fin de socializar y empoderar a la gerencia y jefes departamentales sobre el Síndrome de Burnout, sus causas, efectos y

consecuencias

2. Crear y mantener una comunicación abierta, escuchar las necesidades y expectativas de los empleados
3. Fortalecer la planificación de los recursos en la organización, enfocados no solo a buscar el bienestar del usuario externo, sino también el del trabajador
4. Formación de equipos de bienestar, capaces de transmitir conocimientos, capacidades y habilidades para detectar las demandas y los recursos laborales de la organización y del personal
5. Campañas de difusión sobre la misión, visión, Objetivos estratégicos y valores de la organización
6. Reuniones conjuntas con Talento Humano y los equipos de bienestar, a fin de mantener una retroalimentación que permita mantener una mejora continua.
7. Crear indicadores de Burnout para el personal, e incluirlos como parte de los indicadores de desempeño y de producción para la organización

Acciones de mejora

Plazo

Inmediato

**Impacto
para la
organización**

Alto

Recomendaciones a Gestión de Talento Humano:

**Identificaci
ón del área
de mejora**

Talento Humano

1. Débil ejecución de los procesos de gestión interna de Talento Humano
2. Pobre empoderamiento de las necesidades de la organización
3. Falta de conocimiento sobre el Síndrome de Burnout, sus causas, efectos y consecuencias
4. Débil empoderamiento de la necesidad de implementación de una política de gestión de talento humano en la organización, que permita mejorar las

**Posibles
causas del
problema**

condiciones laborales para el personal

Objetivo

- Concientizar a los Líderes de Talento Humano, sobre la necesidad de implementar estrategias que permitan mejorar las condiciones laborales

**Acciones
de mejora**

1. Definir estrategias de reclutamiento, desarrollo y retención del profesional en la organización, involucrando a los jefes de servicios
2. Ejecutar los procesos de gestión interna de Bienestar laboral, formación y desarrollo, remuneraciones e ingresos complementarios.
3. Identificación de puestos, tareas y funciones. Evitando ambigüedad en los roles.
4. Incorporar jornadas laborales flexibles, con el fin de conciliar la relación laboral y familiar del trabajador.
5. Establecer pausas laborales en la jornada diaria, como estrategia de descanso y disipación. Además fomentar practicas saludables como desarrollar talleres de alimentación sana, técnicas de relajación, ejercicios.
6. Fomentar las relaciones interpersonales, relaciones

sociales y apoyo. La detección de síntomas por parte de los compañeros puede ser determinante en diagnóstico temprano de aparición del Síndrome.

7. Desarrollar programas de prevención de Burnout, a través de actividades culturales o deportivas.
8. Incorporar una estrategia de planes de carrera, creando alianzas con Unidades Académicas.
9. Permitir el desarrollo y formación de los trabajadores; que puedan acceder a talleres internos o externos.
10. Crear políticas de recompensa por rendimiento: Alto rendimiento premiado con jornadas libres, estímulos profesionales, becas a cursos de formación. Estas prácticas generan motivación en el profesional.

Plazo mediano

Impacto
para la
organizaci
ón

Muy alto

Recomendaciones a los líderes departamentales

Identificación del área de mejora

Líderes Departamentales

Posibles causas del problema

1. Poco conocimiento sobre el Síndrome de Burnout, sus causas, efectos y consecuencias
2. Pobre empoderamiento de las necesidades de la organización y su departamento
3. Falta de creatividad para mejorar el clima laboral en su departamento

Objetivo

- Concientizar a los Líderes Departamentales, sobre la necesidad de implementar estrategias que permitan mejorar las condiciones laborales del personal a su cargo

Acciones de mejora

1. Reunión con su personal a fin de establecer horarios que involucren el consenso de todos y que permitan cumplir con la políticas de la organización

2. Elaboración de un Plan de trabajo mensual, en el cual se incluya actividades de Docencia y pausas laborales como estrategia de descanso y disipación
3. Delegación de funciones, evitando ambigüedad en los roles
4. Fomentar las relaciones interpersonales, relaciones sociales y apoyo.
5. Fomentar la detección de síntomas como diagnóstico temprano de aparición del Síndrome entre los compañeros
6. Coordinar y planificar actividades deportivas y de recreación en el servicio y con otros servicios de la organización
7. Fomentar entre su personal el empoderamiento de la misión, visión y valores de la organización
8. Idear una estrategia de incentivos en su servicio como premio al buen compartimiento y desempeño laboral
9. Mantener reuniones participativas mensuales del servicio que permitan hacer una retroalimentación de los problemas de la organización y planteamiento de posibles soluciones (reunión que debe estar incluida en el plan de trabajo)

10. Elevar a las autoridades las necesidades de la organización y presentar las propuestas de mejora para el servicio

Plazo

Mediato

Impacto**par la
organización**

Muy alto

Recomendaciones para los Equipos de Bienestar

1. Identificación de los Agentes de Cambio, Gerentes, Coordinadores de los Departamentos de Talento Humano, Jefes de servicios, personal proactiva con cualidades de liderazgo, etc.
2. Buscar alianzas estratégicas que puedan colaborar en el desarrollo de una estrategia que permita identificar oportunamente el síndrome de Burnout en los trabajadores, y manejo del mismo.

3. Implementación de una campaña, cuyo eslogan proponemos (SONRÍE – TRABAJA – NO TE QUEMES), la cual puede desarrollarse en 5 fases:

(Ver tabla Nª 13).

Tabla N° 13.- Campaña “Sonríe – Trabaja...No te quemes”

CAMPAÑA "SONRÍE - TRABAJA.... NO TE QUEMES"					
FASE	OBJETIVO	ACTIVIDADES	ACTORES	AGENTES DE CAMBIO	RESPONSABLES
Información	Empoderar a todos los actores y agentes de cambio sobre el Síndrome de Burnout, causas, efectos y consecuencias	Reuniones	MSP - ESPAE	Gerentes - Líderes de Talento Humano - Jefes de Servicios	Unidades Académicas - investigadores, profesionales ligados al tema, personas motivadas
		Talleres			
		Mesas de trabajo			
Promoción	Difundir la ejecución de la campaña	Planificar y Realizar campañas de difusión	Gerencia - Líderes de Talento Humano - ESPAE - Jefes de Servicio, Departamento de comunicación	Representantes de las áreas de: hospitalización, emergencia, consulta externa, áreas críticas, talento humano, atención al usuario	Líder del Departamento de Comunicación Social
		Realizar actividades de pausas laborales, recreación, mañanas deportivas, etc.	Gerencia - Talento Humano	Representantes de las áreas de: hospitalización, emergencia, consulta externa, áreas críticas, talento humano	Departamento de Comunicación Social y Salud Ocupacional
Medición	Medir periódicamente la incidencia y prevalencia del Síndrome en el personal del Hospital	Identificar los agentes de cambios en cada servicio	Gerencia - Talento Humano	Al menos una persona por cada servicio, proactivo, entusiasta, dinámico, creativo, con habilidades de liderazgo	Equipos de bienestar y Salud Ocupacional
		Planificar, ejecutar y monitorear acciones de prevención y manejo del problema identificado por el agente de cambio de cada servicio	Gerencia - Talento Humano - Jefe de Servicio	todo el personal del servicio intervenido	Equipos de bienestar y agente de cambio identificado por cada servicio
		Incorporar dentro del portafolio de medicina ocupacional las herramientas de medición (MBI)	Gerencia - Líderes de Talento Humano	Talento Humano - Salud Ocupacional	Salud Ocupacional
Evaluación y Monitoreo	Evaluar el impacto de la aplicación de la campaña frente a los resultados obtenidos	Crear indicadores de Burnout	Gerencia - Líderes de Talento Humano	Talento Humano - Salud Ocupacional	Gerencia
		Monitorear los resultados de la implementación de las acciones de mejora	Gerencia - Líderes de Talento Humano	Equipos de bienestar	Salud Ocupacional
Alineación estratégica Organizacional	Incorporar el Plan de acción como herramienta de gestión organizacional	Incluir los indicadores de Burnout como indicadores de desempeño y de producción	Gerencia	Gerencia - Directorio	Gerencia

Fuente y elaboración de las autoras

Referencias bibliográficas

Accreditation Canada International [ACI]. (2013). QMENTUM International Accreditation Program. Quito, Ecuador: Qmentum International. Recuperado from <http://www.internationalaccreditation.ca/Accreditation/AccreditationProgram/qiap.aspx>

Andes. (2014). Ecuador avanza en el cumplimiento de los objetivos del milenio planteados por la ONU. Quito, Ecuador: Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Sudamérica. Recuperado. from <http://www.andes.info.ec/es/noticias/ecuador-avanza-cumplimiento-objetivos-milenio-planteados-onu.html>

Aranda et al. (2013). Factores de riesgo psicosocial laborales, apoyo social y síndrome de Burnout en médicos de familia de tres instituciones públicas de salud de Guadalajara (México). *Rev Salud Uninorte Barranquilla*, 29(3), 487-500.

Arteaga, A., Junes, W. y Navarrete, A. (2014). Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal de Salud. *Rev méd panacea*, 4(2), 40-44

Asamblea Nacional Constituyente [ANC]. (2008). Registro Oficial N 499 y Organo del Gobierno de Ecuador. Quito, Ecuador: Asamblea Nacional Constituyente. Recuperado from https://www.corteconstitucional.gob.ec/images/contenidos/quienes-somos/Constitucion_politica.pdf

Bakker, A. & Demerouti, E. (2013). La teoría de las demandas y los recursos laborales. *Journal of Work and Organizacional Psychology*, 29, 107-115.

Berdejo, H. (2014). *Síndrome de desgaste laboral (Burnout) en los médicos residentes de especialidades médico quirúrgicas de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá. Departamento de Cirugía. Unidad de Anestesiología*. (Tesis de Especialista en Anestesiología y Reanimación). Bogotá D.C., Colombia: Universidad Nacional de Colombia.

Blancharda et al. (2010). Prevalence and causes of burnout amongst oncology residents: A comprehensive nationwide cross-sectional study. *European Journ Cancer*, (s.v.). 1-8. doi: 10.1016/j.ejca.2010.05.014

Blanch, J. M., Ochoa, P. J., & Sahagún, M. A. (2012). Resignificación del trabajo y de la profesión médica bajo la nueva gestión sanitaria. *Personas cuidando personas: ser humano y trabajo en salud*, 165-175.

Bravo, L. & Maldonado, R. (2012). *Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el subcentro de salud de Celica y centro de salud No 8 de Catacocha*. (Tesis de Licenciatura de Psicología). Céllica, Ecuador: Universidad Técnica Particular de Loja

Bria et al. (2014). Burnout and occupational factors among Romanian healthcare professionals working in obstetrics and gynecology clinics. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, 127, 36-40.

Brito, J; Cabrera, H. & Cedillo, J. (2011) *Prevalencia y factores influyentes del síndrome de burnout en internos y residentes de los Hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga*. (Tesis de Pregrado en Medicina). Cuenca-Ecuador: Universidad de Cuenca.

Camacho, D. E. y Vivanco, M.E. (2012). *Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas*. (Tesis de Licenciatura de Psicología). Quito, Ecuador: Universidad Técnica Particular de Loja.

Schaufeli, W. (2007) Carayon P. (2007). *Burnout in Health Care*. (2nd ed.) (pp.217-232). Mahwah, USA: LEA.

Carrillo, R. y Gómez, K., y Espinoza de los Monteros, I. (2012). Síndrome de burnout en la práctica médica. *Medicina Interna de México*, 28(6), 579-584.

Cáseres et al. (2010). Síndrome de burn-out en médicos residentes del nea: ¿Cuánto afecta a nuestros futuros especialistas?. *Rev Postgr Vía Cátedr Medic.*, 201, 1-17.

Castañeda, E. & García de Alba, J. (2010). Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. *Rev Colomb Psiquiatr*, 39(1), 66-77, ISSN: 0034-7450.

Castañeda E, y. G., J. (2010). Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. *Rev Colomb Psiquiatr*, 39(1), 66-77.

Cebria et al. (2014). Prevalencia y factores asociados al síndrome de burnout en residentes de Anestesiología de Hospital de Clínicas Uruguay. *An Facultad Med (Univ Repúb Urug)*, 1(2), 23-30.

Código Orgánico Integral Penal [COIP], (2014). En Registro Oficial N° 180. Asamblea Nacional Ecuador

Daza, F. (1993). NTP 318: El estrés: Proceso de generación en el ámbito laboral. España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España. Recuperado. from http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp_318.pdf

Del Pozo, H. (2014). Asamblea Nacional del Ecuador. Código Orgánico Integral Penal [COIP]: Sistema Nacional de Rehabilitación Social. Quito, Ecuador: Editorial Legales. Recuperado from <http://www.desarrolloamazonico.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/05/CODIGO-ORGANICO-INTEGRAL-PENAL-act.pdf>

Delgado et al. (2011). Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos anesestesiólogos del Paraguay, durante el año 2010. *Mem Inst Investig Cienc Salud*, 9(1), 13-20.

Durán, M. & Garcia, J. (2013). *Prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos del Ministerio de Salud Pública del Azuay según jornada laboral 2011*. (Tesis de Pregrado en Medicina). Cuenca, Ecuador: Universidad Católica de Cuenca

Estevaa et al. (2005). Desgaste profesional en los médicos de familia españoles. *Aten Primaria*, 35(2), 108-109.

Farber, B. (2000). Understanding and Treating Burnout in a Changing Culture. *Psychotherapy in Practice*, 56, 589-594.

Ferrel, R., Sierra, E., y Rodríguez, M. (2010). Síndrome de desgaste profesional (Burnout) en médicos especialistas de un hospital universitario, de la ciudad de Santa Marta. Duazari, Colombia. . *Rev Facult Cienc Salud*, 7(1), 29-40.

Fidalgo, M. (2000). NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación. España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales en España. Recuperado from http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_704.pdf

Flores, N., Jerano, C., Cruz, M., Vega, V., y Pérez, M. (2013). Síndrome de burnout y calidad de vida laboral en profesionales de servicios sanitarios. *J Pensando Psicología*, 9(16), 7-21.

Freudenberg, H. (1974). Staff Burnout. *J Social Issues*, 30(1), 159-165. doi: 10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x

Gálvez, M.; Mingote, C.; Nuñez, C.; Otero, C. (2012). "Guía de buenas prácticas para la prevención y manejo de problemas de salud mental en trabajadores del ámbito sanitario". Escuela Nacional de Medicina del Trabajo - Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

Galvéz, M.; Mingote, C.; Nuñez, C.; Otero, C. (2012) "Guía de buenas prácticas para la prevención y manejo de problemas de salud mental en trabajadores del ámbito sanitario". Escuela Nacional de Medicina del Trabajo Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Ciencia e Innovación. Madrid

Gil-Monte, P. (2005). Síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout). Ed. Pirámide. Madrid

Gil-Monte, P. (2001). El Síndrome por Quemarse en el Trabajo (Síndrome de Burnout): Aproximaciones teóricas para la explicación y recomendaciones para la intervención. *Rev Psico Pedia Hoy*, 3(5), 77.

Gil-Monte P & Peiró J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo : el síndrome de quemarse*. Research Gate. Madrid, España: Editorial Síntesis Retrieved from http://www.researchgate.net/publication/31722065_Desgaste_psiquico_en_el_trabajo_el_sndrome_de_quemarse P.R. Gil-Monte J.M. Peir Silla prl. de Armando Rodriguez Prez

Gil-Monte P. (2003). Burnout syndrome. *Rev Elect Inter Psy*, 1(1), 19-33.

Gil-Monte P. (2005). *El Síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. (1ª ed.)*(pp.38-40) Madrid,España: Pirámide. ISBN 84-368-19497

Gil-Monte, P. & Zúñiga-Caballero, L. (2010). Validez factorial del " Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo"(CESQT) en una muestra de médicos mexicanos. *Universitas Psychologica, 9(1)*, 169-178.

Goldman,M. (2009). La descentralización del sistema de salud del Ecuador: Un estudio comparativo de “Espacio de Decisión” y capacidad entre los sistemas municipales de salud de Quito, Guayaquil y Cuenca. Ecuador: FLACSO & Fulbright Ecuador. Recuperado from http://www.flacsoandes.edu.ec/web/imagesFTP/12002.Goldman_Mateo.pdf

Goetzel, R., Tabrizi, M., Henke, M., Benevent, R., Brockbank, C., Stinson, K.& Newman, L. (2014). Estimating the return on investment from a health risk management program offered to small Colorado-based employers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 56(5)*, 554-560

González, M. & Luzuriaga, L. (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 Marin en el periodo de diciembre del 2012 y marzo del 2013.* (Tesis de Médico Cirujano). Guayaquil, Ecuador: Pontífica Universidad Católica de Guayaquil.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2003). *Metodología de la Investigación.*(3ª ed.). (pp. 4-689). México, D. F., México: Editorial McGraw-Hill Interamericana Retrieved from <http://www.terras.edu.ar/aula/tecnicatura/15/biblio/SAMPIERI-HERNANDEZ-R-Cap-1-El-proceso-de-investigacion.pdf>

Hospital de Especialidades Guayaquil [HEG]. (2015). Estrategías hospitalaria del Hospital de Especialidades de Guayaquil "Dr. Abel Gilbert Pontón". Información

General de Ecuador. Ecuador: Ministerio de Salud Pública. Recuperado. from <http://www.hagp.gob.ec/>

Hui, W. et al. (2013). Factors associated with burnout among Chinese hospital doctors: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 13, 786-794. doi: 10.1186/1471-2458-13-786

Illera, D. y Estada, J. (2013). *Estrés laboral (síndrome de burnout) en un hospital no acreditado en el municipio de Mocoa año 2012*. (Tesis de Master en Auditoría y Garantía de Calidad en Salud). Popayan, Colombia: Universidad EAN (Escuela de Administración de Negocios).

Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional [ISSPOL]. (2012). Estadística Institucional 2012, en Ecuador: ISSPOL. Recuperado from <http://www.isspol.gob.ec/>

Instituto Nacional de Estadística y Censo y Ministerio de Salud Pública [INEC-MSP]. (2015). Información Estadística de los Diferentes Programas del Ministerio de Salud. Quito, Ecuador: INEC-MSP.

León, M. (2014). *Financiamiento de la Salud en Ecuador*. Quito, Ecuador: Ministerio de Coordinación Política Económica. Recuperado. from <http://www.orasconhu.org/ckfinder/userfiles/files/003-CASE-Mauricio%20Leon.pdf>

Ley Orgánica del Servicio Público [LOSEP], (2010). En Registro Oficial N° 294. Asamblea Nacional Ecuador

Lóbos, M. (2005). Calculadora del tamaño de la muestra On-line Raosoft. Chile: Universidad Andres Bello y Universidad Católica de Chile. Recuperado from <http://www.mey.cl/html/samplesize.html>

Lucio, R., Villacrés, N., y Henríquez, R. (2011). Sistema de Salud de Ecuador. *Rev Salud Pública México*, 53, 177-187.

Llull, D. S. (2012). Burnout y prevención de riesgos laborales, seguridad y salud. *Educació i Cultura: revista mallorquina de Pedagogia*, 23, 133-153

Malo, M. y Malo, N. (2014). Reforma de salud en Ecuador: nunca más el derecho a la salud como un privilegio. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*, 31(4) 754-761.

Mansilla, F. (2014). Formación, Autoayuda On-line. Manual de Riesgos Psicosociales en el trabajo: Teoría y Práctica. Valencia, España: Psicología Online. Recuperado from <http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/>

Maslach, C. & Jackson, S. (1997). Inventario Burnout de Maslach (MBI): Síndrome del Quemado por Estrés Laboral Asistencial. Recuperado el Retrieved Arp 15, 2015, de Portal de test Gratis on-line.

Maslach, C. y Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.

Maslach, C. y Jackson S. (1997). Inventario Burnout de Maslach (MBI): Síndrome del Quemado por Estrés Laboral Asistencial. Madrid, España: Portal de test gratis On-line. Recuperado from <http://www.tests.org.es/ficha-tecnica-test-psicologia-prueba-psicologica-letra-i/749-inventario-burnout-de-maslachmbi-sindrome-del-quemado-por-estres-laboral-asistencial-c-maslach-s-e-jackson.html>

Maslach, C y Pines, A. (1977). The burn-out syndrome in the day care setting. *Child Care Quarterly*, 6, 100-113.

Maslach, C. & Leiter, M. (2009). Burned-out: 35 years of research and practice. *Rev Human Behavior*, 14(3), 204-220.

Ministerio Coordinador de la Política Económica [MCPE]. (2014). Información estadística nacional y local. Quito, Ecuador: MCPE. Recuperado from <http://www.politicaeconomica.gob.ec/>.

Misiołek, et al. (2014). The prevalence of burnout syndrome in Polish anaesthesiologists. *Anaesthesiology Intensive Therapy*, 46(3), 155–161. doi: DOI: 10.5603/AIT.2014.028

Moreira, S. y Pineda, N. (2012). *Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en la ciudad de Santo Domingo de los Tsáquilas, Hospital Dr. Gustavo Domínguez Z., durante el año 2012.* (Tesis de Licenciatura en Psicología). Loja, Ecuador: Universidad Técnica Particular de Loja.

Moreno et al. (2006). La personalidad resistente como variable moduladora del síndrome de burnout en una muestra de bomberos. *Psicothema*, 18 (3), 413-418.
ISSN 0214-9915

Morín, V. (2014). Desgaste Profesional en Médicos Pediatras. *Revista Biomed*, 9(1), 6-15.

Ochoa, P. & Blanch, J.(2015) Work, malaise and wellbeing in Spanish and Latin American doctors. *Revista de Saúde Pública (RSP)*. Aceptado para publicación el 22-06-2015.

Ochoa Pacheco, P. J., & Blanch i Ribas, J. M. (2012). Significado del trabajo en la profesión médica. Un estudio iberoamericano.

Ochomogo, H., y Barrera, E.(2011). Prevalencia del Síndrome de Burnout o Síndrome de Desgaste Laboral en personal del Hospital Nacional de Salud Mental de Guatemala. *Rev Latinoamer Psiquiat*, 10(1) 11-17.

Ortega, M; Ortiz, G, Coronel, P. (2007). Burnout en Médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente. *Psicología y Salud*, 17 (1), 5-16

OMS. (2013). Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013. Indicadores sanitarios mundiales. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Recuperado from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf

OPS. (2008). *Organización Panamericana de Salud. Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma. Perfil del Sistema de Salud de Ecuador. (3ª ed.)*. Washington D.C, USA.: Organización Panamericana de Salud. Recuperado Retrieved from http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadr438.pdf

Parra, P., y Sánchez, J. (2012). *Síndrome de Burnout en médicos cursantes de postgrados de la Universidad de los Andes*. (Tesis de Especialidad de Psiquiatría). Merida, Venezuela: Universidad de los Andes.

Patlán, J. (2013). Efecto del burnout y la sobrecarga en la calidad de vida en el trabajo. *Rev Elsevier Doyma*, 29, 445-455.

Peralta, E. y Rumbea, J. (2014). *Prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos anestesiólogos de los Hospitales de la Honorable Junta de Beneficiencia de Guayaquil, año 2013*. (Tesis de Anestesiología y Reanimación). Guayaquil, Ecuador: Universidad Católica Santiago de Guayaquil.

Pico, R. y Costa, A. (2012). *Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital "Dr. Roberto Gilbert" de la ciudad de Guayaquil-Ecuador*. (Tesis de Licenciatura Psicología). Piñas, Ecuador: Universidad Técnica Particular de Loja.

Quevedo, B. & Pineda, N. (2012). *Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital República del Ecuador, Unidad Ambulatoria del Seguro Social y médicos Particulares, Santa Cruz, Galápagos, en el año lectivo 2011–2012*". (Tesis de Licenciatura en Psicología). Santa Cruz, Ecuador: Universidad Técnica Particular de Loja.

Ramírez et al. (2010). Prevalencia y perfil del Síndrome de Burnout en el personal de salud de la Clínica Alemana de Puerto Varas –Chile. . *Rev Gacet Psiquiat Univers (GPU)*, 6(2), 230-233.

Sánchez, J. & Mugártgui, S. (2013). Síndrome de agotamiento profesional en los médicos familiares. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 51(4), 428-431.

Schaufeli et al. (2011). Stability and change in burnout: A 10-year follow-up study among primary care physicians. *J Occupat and Organizat Psy*, 8, 248-267.

Schaufeli, W. & Enzmann D. (1998). *The burnout Companion to Study and Practice*. (ed. 1998).(pp. 5-215).A critical analysis. London, UK:Taylor & Francis.

Suárez, A. & Serpa, K. (2014). *Prevalencia del Síndrome de Burnout y factores asociados, en el Hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo", Guayaquil, Abril-Septiembre 2014*. (Tesis de titulación en medicina). Cuenca, Ecuador: Universidad Católica de Cuenca.

Subsecretaría Nacional de Gobernanza [SNG]. (2012). Dirección Nacional de Normatización. Convenio Interinstitucional No. 0000011. Información Nacional y Local. Quito, Ecuador: SNG. Recuperado from

http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/subse_gobernanza/3.CONVENIO%20MARCO%200000011.pdf

Subsecretaría Nacional de Gobernanza [SNG]. (2014a). Acuerdo Ministerial No. 00000319. Información Nacional y Local. Quito, Ecuador: SNG. Recuperado from http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/subse_gobernanza/TARIFARIO%20DE%20PRESTACIONES%20DEL%20SISTEMA%20NACIONAL%20DE%20SALUD.pdf

Subsecretaría Nacional de Gobernanza [SNG]. (2014b). Dirección Nacional de Normatización. Acuerdo Ministerial No. 00004195. Quito, Ecuador: SNG. Recuperado from http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/subse_gobernanza/NORMA%20TECNICA%20PARA%20EL%20PROCEDIMIENTO%20DE%20EVALUACION,%20SELECCION,%20CALIFICACION%20Y%20ADQUISICION%20DE%20SERVICIOS%20DE%20SALUD%20DE%20LA%20RED%20PUBLICA%20INTEGRAL%20DE%20SALUD

Suñer-Soler, R., Grau-Martín, A., Flichtentrei, D., Prats, M., Braga, F., Font-Mayolas, S. & Gras, M. (2014). The consequences of burnout syndrome among healthcare professionals in Spain and Spanish speaking Latin American countries. *Burnout Research*, 1(2), 82-89. doi: 10.1016/j.burn.2014.07.004

Veintimila, P. & Jiménez, M. (2012). *Identificación del Burnout en profesionales de la Salud y factores relacionados con este fenómeno en el Hospital del IESS "José Carrasco Arteaga" de la ciudad de Cuenca, provincia de Azuay*. (Tesis de Licenciatura en Psicología). Cuenca, Ecuador: Universidad Técnica Particular de Loja.

Velázquez et al. (2010). Síndrome de burnout en médicos de un hospital general en el noreste de México. *Rev Electrón Medicin, Salud y Sociedad*, 1(1), 1-23.

Wisetborisut et al. (2014). Shift work and burnout among health care workers: Thailand. *Rev. Occupational Medicine.*, (s.v.), 2-8. doi: 10.1093/occmed/kqu009

Zavala et al. (2011). Síndrome de burnout en personal médico y de enfermería de una unidad médica familiar en Tabasco, México *Rev Med Univers Veracruz (UV)*, (Jul),, 18-23.

Avila, J; Gómez, L; Montiel, M. (2010). Características demográficas y laborales asociadas al Síndrome de Burnout en profesionales de la salud. *Pensamiento Psicológico*, 8 (15), 39-52



ANEXO. N° 1

Inventario de Burnout de Maslach (MBI), adaptación de la versión Bresó, Salanova y Schaufeli, (2007) en una versión adaptada al español.

ESPAE GRADUATE SCHOOL OF MANAGEMENT
 ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DEL LITORAL

UAB **WONPUM**
 Universitat Autònoma de Barcelona Working under the New Public Management

CUESTIONARIO

CASO _____

INVESTIGADOR _____

GRUPO _____

PAIS _____

CÓDIGO DE [] [] - [] [] [] [] - Q

[Inicial país + letra extra] [Inicial ciudad] [Inicial nomb. + inicial apell.] [Caracteres alfa-numéricos aleatorios]

Estudio riesgos psicosociales en el trabajo en profesionales de la salud en Ecuador

Este cuestionario es el instrumento de un estudio sobre **Riesgos psicosociales en el trabajo en profesionales de la salud en Ecuador**. No es un *examen* de respuestas *buenas o malas, correctas o erróneas*, sino una de las herramientas de una investigación orientada, en último término, a la prevención de riesgos psicosociales en el trabajo y a la promoción de organizaciones saludables. Todos los puntos de vista expresados serán pues relevantes. La información recogida será procesada informáticamente y analizada globalmente, respetándose la confidencialidad de las respuestas y el anonimato de las personas y centros participantes.

El cuestionario ha sido diseñado y compilado por el Dr. Josep M. Blanch, de la UAB, quien coordina la red WONPUM en la que participan equipos de diversas universidades latinoamericanas. En Ecuador el estudio está siendo realizado por la ESPAE ESPOL con la autorización del autor y es coordinador por las Dras. Bessie Magallanes y Paola Ochoa, si desea alguna información adicional sobre la investigación favor comunicarse a través de sus respectivos emails: bmagalla@espol.edu.ec y pjochoa@espol.edu.ec

Le agradecemos de antemano su disposición a responder el cuestionario, el tiempo y la atención que le va a dedicar y la valiosa información que nos va a proporcionar. Por favor, procure responder todas las preguntas.

Estudio riesgos psicosociales en el trabajo en profesionales de la salud en Ecuador

1. Valore los siguientes aspectos de las CONDICIONES DE TRABAJO EN SU CENTRO rodeando el número elegido

	Pésimo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Óptimo
Entorno físico, instalaciones y equipamientos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		101
Recursos materiales y técnicos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		102
Prevención de riesgos laborales	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		103
Servicios auxiliares (limpieza, seguridad, restauración, etc.)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		104
Compañerismo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		105
Respeto en el grupo de trabajo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		106
Reconocimiento del propio trabajo por colegas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		107
Reconocimiento del propio trabajo por personas usuarias	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		108
Tiempo de trabajo (horarios, ritmos, descansos, etc.)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		109
Organización general del trabajo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		110
Retribución económica	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		111
Carga de trabajo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		112
Calidad del contrato laboral	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		113
Conciliación trabajo – vida privada y familiar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		114
Autonomía en la toma de decisiones profesionales	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		115
Justicia en la contratación, la remuneración y la promoción	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		116
Oportunidades para la formación continua	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		117
Vías de ascenso laboral	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		118
Participación en las decisiones organizacionales	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		119
Relaciones con la dirección	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		120
Evaluación del rendimiento profesional por la institución	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		121
Apoyo recibido del personal directivo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		122

2. La actual organización del trabajo de mi centro...

	Nunca	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Siempre
Satisface mis intereses	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		201
Me exige según mis capacidades	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		202
Responde a mis necesidades	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		203
Encaja con mis expectativas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		204
Se ajusta a mis aspiraciones	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		205
Concuerda con mis valores	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		206
Facilita que mis méritos sean valorados con justicia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		207
Estimula mi compromiso laboral	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		208
Me permite trabajar a gusto	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		209
Me motiva a trabajar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		210
Me da sensación de libertad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		211
Me hace crecer personalmente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		212
Me permite desarrollar mis competencias profesionales	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		213
Me proporciona identidad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		214
Me hace sentir útil	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		215

3. Ante las demandas de mi organización...

	Nunca	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Siempre
Me adapto a la política del centro	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		301
Asumo los valores de la dirección	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		302
Acepto que me digan cómo debo hacer mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		303
Interiorizo fácilmente las normas establecidas en mi servicio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		304
Me identifico con el espíritu de los cambios propuestos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		305
Aplico el protocolo ante cualquier dilema de conciencia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		306
Me ajusto a los tiempos y ritmos de trabajo fijados	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		307

4. Puntúe la importancia personal que usted le da a los siguientes valores:

	Mínima	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Máxima
Familia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		401
Trabajo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		402
Salud	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		403
Dinero	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		404
Tiempo libre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		405

5. Actualmente...

	Nunca	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Siempre
Al final de la jornada, ya he terminado todo lo que debía hacer	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		501
Tengo tiempo suficiente para hacer bien todo lo que debo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		502
Se me acumulan tareas pendientes a lo largo de la semana	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		503
Me llevo tareas laborales a casa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		504
En fines de semana y vacaciones, necesito terminar trabajo atrasado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		505

6. 1 Considerando las actuales tendencias en el mundo del trabajo, pienso que...

	Total desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total acuerdo
Carece de sentido un servicio no rentable	1	2	3	4	5	6	7		801
Hay que adaptarse a la flexibilización laboral	1	2	3	4	5	6	7		802
Las decisiones se deben tomar calculando el coste-beneficio	1	2	3	4	5	6	7		803
Urge abandonar las prácticas ineficientes	1	2	3	4	5	6	7		804
Competir es un modo natural de trabajar	1	2	3	4	5	6	7		805
Un servicio es bueno en la medida en que es un buen negocio	1	2	3	4	5	6	7		806
Sería irracional resistirse a la lógica de la productividad	1	2	3	4	5	6	7		807
Quien desee tener un buen servicio debe pagarlo	1	2	3	4	5	6	7		808
El mercado pone a cada cual donde merece estar	1	2	3	4	5	6	7		809

6.2 Considerando las actuales tendencias en el mundo del trabajo, pienso que...

	Total desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Total acuerdo
La profesionalidad exige atender con eficiencia cualquier demanda de la institución		1	2	3	4	5	6	7	610
En algunas situaciones, la ética profesional obliga a desviarse de algunas pautas de la gerencia		1	2	3	4	5	6	7	611
Todas las normas de la organización están para ser cumplidas con profesionalidad		1	2	3	4	5	6	7	612
Cuando el centro no da los medios suficientes, no hay porque cumplir las metas que impone		1	2	3	4	5	6	7	613
En un conflicto de intereses entre organización y usuarios, a veces hay que aliarse con estos		1	2	3	4	5	6	7	614
La escasez de medios se debe compensar con profesionalidad		1	2	3	4	5	6	7	615
La lealtad a la institución es el primer imperativo de la profesionalidad		1	2	3	4	5	6	7	616
La ética profesional compromete a cuestionar algunas pautas de la dirección		1	2	3	4	5	6	7	617
Cada profesional debe defender en primer lugar los intereses de su organización		1	2	3	4	5	6	7	618
A veces, el código deontológico obliga a enfrentarse a decisiones de la dirección		1	2	3	4	5	6	7	619
La eficiencia choca con la calidad del trato profesional		1	2	3	4	5	6	7	620
La sobrecarga de trabajo deteriora mi profesionalidad		1	2	3	4	5	6	7	621
Mis condiciones de trabajo son contrarias a los valores de mi profesión		1	2	3	4	5	6	7	622
Mi vocación profesional está reñida con mi trabajo actual		1	2	3	4	5	6	7	623

7. Puntúe la importancia de estos valores en la gestión de un buen centro de servicios humanos:

	Mínima	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Máxima
Rentabilidad económica		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	701
Calidad del servicio		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	702
Bien común		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	703
Competitividad		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	704
Calidad de vida laboral		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	705
Productividad		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	706
Ética de servicio público		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	707
Eficiencia		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	708
Espíritu de negocio privado		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	709

8E.1. Indique, por favor, ¿cuantos días ha dejado de asistir a su trabajo en los últimos 12 meses?

Ningún día 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 más de 16 días

8E.2. Responda con relación a su situación laboral de los últimos meses

	Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
En los últimos meses he pensado en dejar mi trabajo		1	2	3	4	5	6	7	
Estoy activamente buscando una alternativa de trabajo fuera de esta organización		1	2	3	4	5	6	7	
Tan pronto como me sea posible dejaré la organización		1	2	3	4	5	6	7	

8E.3. Responda con relación a su desempeño

	Muy en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Muy de acuerdo
Completo el trabajo de forma efectiva y al tiempo		1	2	3	4	5	6	7	
El trabajo que realizo es de alta calidad		1	2	3	4	5	6	7	

	Muy poco satisfactorio	1	2	3	4	5	6	7	Muy satisfactorio
La calidad de mi trabajo es		1	2	3	4	5	6	7	
La productividad de mi desempeño en el trabajo es		1	2	3	4	5	6	7	
El desempeño global es		1	2	3	4	5	6	7	

8E.4 Según el último reporte de la organización donde trabaja, ¿cuál fue el resultado de su última evaluación de desempeño?

Muy poco satisfactorio 1 2 3 4 5 6 7 Muy satisfactorio

9. Actualmente, por mi trabajo, siento...

insatisfacción	1	2	3	4	5	6	7	satisfacción	901
inseguridad	1	2	3	4	5	6	7	seguridad	902
intranquilidad	1	2	3	4	5	6	7	tranquilidad	903
Impotencia	1	2	3	4	5	6	7	potencia	904
malestar	1	2	3	4	5	6	7	bienestar	905
desconfianza	1	2	3	4	5	6	7	confianza	906
incertidumbre	1	2	3	4	5	6	7	certidumbre	907
confusión	1	2	3	4	5	6	7	claridad	908
desesperanza	1	2	3	4	5	6	7	esperanza	909
dificultad	1	2	3	4	5	6	7	facilidad	910
insensibilidad	1	2	3	4	5	6	7	sensibilidad	911
irracionalidad	1	2	3	4	5	6	7	racionalidad	912
incompetencia	1	2	3	4	5	6	7	competencia	913
inmoralidad	1	2	3	4	5	6	7	moralidad	914
maldad	1	2	3	4	5	6	7	bondad	915
fracaso	1	2	3	4	5	6	7	éxito	916
incapacidad	1	2	3	4	5	6	7	capacidad	917
pesimismo	1	2	3	4	5	6	7	optimismo	918
ineficacia	1	2	3	4	5	6	7	eficacia	919
inutilidad	1	2	3	4	5	6	7	utilidad	920

10. En los últimos años...

	Baja	1	2	3	4	5	6	7	Sube	
Mi motivación por el trabajo		1	2	3	4	5	6	7		1001
Mi identificación con los valores de la organización		1	2	3	4	5	6	7		1002
Mi rendimiento profesional		1	2	3	4	5	6	7		1003
Mi capacidad de gestión de mi carga de trabajo		1	2	3	4	5	6	7		1004
La calidad de mis condiciones de trabajo		1	2	3	4	5	6	7		1005
Mi autoestima profesional		1	2	3	4	5	6	7		1006
La cordialidad en mi ambiente social de trabajo		1	2	3	4	5	6	7		1007
La conciliación de mi trabajo con mi vida privada		1	2	3	4	5	6	7		1008
Mi confianza en mi futuro profesional		1	2	3	4	5	6	7		1009
Mi calidad de vida laboral		1	2	3	4	5	6	7		1010
El sentido de mi trabajo		1	2	3	4	5	6	7		1011
Mi acatamiento de las pautas de la dirección		1	2	3	4	5	6	7		1012
Mi estado de ánimo laboral		1	2	3	4	5	6	7		1013
Mis oportunidades de promoción laboral		1	2	3	4	5	6	7		1014
Mi sensación de seguridad en el trabajo		1	2	3	4	5	6	7		1015
Mi participación en las decisiones de la organización		1	2	3	4	5	6	7		1016
Mi satisfacción con el trabajo		1	2	3	4	5	6	7		1017
Mi realización profesional		1	2	3	4	5	6	7		1018
El nivel de excelencia de mi organización		1	2	3	4	5	6	7		1019
Mi eficacia profesional		1	2	3	4	5	6	7		1020
Mi compromiso con el trabajo		1	2	3	4	5	6	7		1021
Mi competencia profesional		1	2	3	4	5	6	7		1022

11. Actualmente, por mi trabajo, experimento...

	Nunca	0	1	2	3	4	5	6	Siempre
Trastornos digestivos	0	1	2	3	4	5	6		1101
Dolores de cabeza	0	1	2	3	4	5	6		1102
Insomnio	0	1	2	3	4	5	6		1103
Dolores de espalda	0	1	2	3	4	5	6		1104
Tensiones musculares	0	1	2	3	4	5	6		1105
Sobrecarga de actividad laboral	0	1	2	3	4	5	6		1106
Desgaste emocional	0	1	2	3	4	5	6		1107
Agotamiento físico	0	1	2	3	4	5	6		1108
Saturación mental	0	1	2	3	4	5	6		1109
Mal humor	0	1	2	3	4	5	6		1110
Baja realización profesional	0	1	2	3	4	5	6		1111
Trato despersonalizado	0	1	2	3	4	5	6		1112
Frustración	0	1	2	3	4	5	6		1113

12. Actualmente...

	Nunca	0	1	2	3	4	5	6	Siempre
Siento agotamiento emocional por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6		1201
Al final de la jornada, siento que el trabajo me ha "consumido"	0	1	2	3	4	5	6		1202
Siento fatiga por la mañana al enfrentarme a otro día de trabajo	0	1	2	3	4	5	6		1203
Trabajar todo el día realmente es estresante para mí	0	1	2	3	4	5	6		1204
Soy capaz de resolver eficazmente los problemas surgidos en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6		1205
Siento que mi trabajo me ha "quemado"	0	1	2	3	4	5	6		1206
Contribuyo eficazmente a la actividad de mi organización	0	1	2	3	4	5	6		1207
Desde que empecé en este puesto, he perdido interés por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6		1208
He perdido entusiasmo por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6		1209
En mi opinión, hago bien mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6		1210
Me estimula conseguir objetivos en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6		1211
He realizado muchas cosas valiosas en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6		1212
Me pregunto por la utilidad de mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6		1213
Dudo sobre el valor de mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6		1214
Tengo seguridad de que en mi trabajo soy eficaz acabando las cosas	0	1	2	3	4	5	6		1215

12 (continuación). Actualmente...

	Nunca	0	1	2	3	4	5	6	Siempre	
En mi trabajo, siento plenitud de energía	0	1	2	3	4	5	6			1216
Mi trabajo tiene sentido y propósito	0	1	2	3	4	5	6			1217
El tiempo "vuela" cuando estoy trabajando	0	1	2	3	4	5	6			1218
Me siento con fuerza y vigor en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6			1219
Siento entusiasmo por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6			1220
Cuando estoy trabajando, olvido todo lo que pasa alrededor de mí	0	1	2	3	4	5	6			1221
Mi trabajo me inspira	0	1	2	3	4	5	6			1222
Cuando me levanto por la mañana, tengo ganas de ir a trabajar	0	1	2	3	4	5	6			1223
Soy feliz cuando experimento absorción por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6			1224
Siento orgullo del trabajo que hago	0	1	2	3	4	5	6			1225
Estoy en plena inmersión en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6			1226
Puedo continuar trabajando durante largos períodos de tiempo	0	1	2	3	4	5	6			1227
Mi trabajo es retador	0	1	2	3	4	5	6			1228
Me "dejo llevar" por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6			1229
Soy muy persistente en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6			1230
Me es difícil "desconectar" del trabajo	0	1	2	3	4	5	6			1231
Incluso cuando las cosas no van bien, continúo trabajando	0	1	2	3	4	5	6			1232

12E. Explique cómo le ha afectado la aprobación de ley de praxis médica en Ecuador...

Ahora, le invitamos a que tenga la gentileza de completar esta tarea matizando algunas de sus percepciones y valoraciones ante su contexto profesional en la siguiente sección

13. Los servicios humanos (educativos, sanitarios, sociales, jurídicos, etc.) deben estar organizados y gestionados como empresas de mercado

Total desacuerdo 1 2 3 4 5 6 7 Total acuerdo

1301

14. Para hacer bien todo mi trabajo, con mi actual jornada laboral, en general...

Me falta tiempo 1 2 3 4 5 6 7 Me sobra tiempo

1401

15. Defina en una frase lo que TRABAJAR significa para usted

1501

16. Escriba cinco PALABRAS CLAVE que le vengan a la mente cuando piensa en su TRABAJO

1601 1602 1603 1604 1605

17. De su trabajo, señale...

Lo mejor:

1701

Lo peor:

1702

18. Escriba cinco VALORES CLAVE de su PROFESIÓN

1801 1802 1803 1804 1805

19. Escriba cinco VALORES CLAVE de la CULTURA de su ORGANIZACIÓN

1901 1902 1903 1904 1905

20. Resuma...

La práctica IDEAL de su PROFESIÓN

2001

La práctica REAL de su PROFESIÓN

2002

DATOS CENSALES

Marque con una X la casilla de la respuesta elegida

21E. Departamento _____ 21E.1.Unidad _____

21E.2 .Especialidad Médica _____

22- Sexo
 Hombre
 Mujer

23. Edad _____

24. Ámbito especialización profesional/Sanidad
 Medicina
 Enfermería
 Auxiliar clínico
 Otro

25. Antigüedad en la profesión _____

26. Antigüedad como profesional en el centro _____

27. Empleos ejercidos actualmente
 Uno sólo
 Más de uno

28. Situación contractual
 Contrato permanente (estable)
 Contrato temporal (inestable)

29. Dedicación laboral al centro
 Jornada completa
 Tiempo parcial
 Otra

30. Dedicación elegida voluntariamente
 Voluntariamente
 No voluntariamente

31. Responsabilidades directivas (actuales o pasadas) en el centro
 Si
 No

32. Carácter del centro
 Público
 Privado
 Mixto

Si desea comentar o añadir algo a lo mucho que ya nos ha dicho o contarnos cómo se siente después del ejercicio de reflexión que acaba de hacer, por favor, hágalo aquí:

3401

MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO, ATENCIÓN Y VALIOSA APORTACIÓN

ANEXO N° 2

Constancia, Declaración de las coordinadoras y
participantes de la investigación



CONSTANCIA

Las portadoras de la presente credencial PILARCITA DEL JESUS ALVAREZ PLUA (cédula 1305625343) y JESSICA PAOLA FLOR CALERO (0915316061), son estudiantes de la Maestría Ejecutiva en Gerencia Hospitalaria de la ESPAE-ESPOL y actualmente se encuentra realizando una investigación sobre Riesgos Psicosociales en el trabajo de los profesionales de la medicina de Ecuador, que será su tesis de Maestría.

Agradecemos toda la colaboración que les pueda suministrar para la recolección de la información de su trabajo de campo, que consiste en la aplicación de un conjunto de cuestionarios al personal médico de su organización.

Si requiere información adicional sobre la investigación puede contactar con las personas responsables del estudio en la ESPAE-ESPOL, las doctoras Bessie Magallanes (bmagalla@espol.edu.ec) y Paola Ochoa (pjochoa@espol.edu.ec).

En Guayaquil a los trece días de julio de dos mil quince.


Dra. Paola Ochoa Pacheco

Malecón 100 y Loja • Teléfonos: 2081084 - 2081157 • Casilla 09-01-5863

Nuestra misión es contribuir a mejorar la capacidad empresarial de las organizaciones privadas, públicas y sin fines de lucro del Ecuador, así como su inserción en la economía global, impartiendo educación de postgrado a profesionales en ejercicio con énfasis en el emprendimiento, la ética y la responsabilidad social. Enriquecemos la educación a través de la investigación aplicada y nuestra participación en proyectos de desarrollo y consultoría.

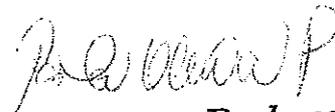
CONSTANCIA

La portadora de la presente credencial María Isabel Honores, cédula 070321017-9, es estudiante de la Maestría Ejecutiva en Gerencia Hospitalaria de la ESPAE ESPOL y actualmente se encuentra realizando una investigación sobre Riesgos Psicosociales en el trabajo de los profesionales de la medicina de Ecuador, que será su tesis de maestría.

Agradecemos toda la colaboración que le pueda suministrar para la recolección de la información de su trabajo de campo, que consiste en la aplicación de un conjunto de cuestionarios al personal médico de su organización.

Si requiere información adicional sobre la investigación puede contactar con las personas responsables del estudio en la ESPAE ESPOL, las doctoras Bessie Magallanes bmagalla@espol.edu.ec y Paola Ochoa pjochoa@espol.edu.ec

En Guayaquil a los trece días de Octubre del dos mil catorce,


Dra. Paola Ochoa Pacheco

UNIDAD DE DOCENCIA
INVESTIGACION
CENTRO DE INVESTIGACION
Y DESARROLLO TECNOLÓGICO
Y DE INNOVACIÓN
13-10-2014

Estudio Riesgos Psicosociales en el trabajo Ecuador

Bessie Magallanes y Paola Ochoa
Coordinadoras de la investigación
ESPAE ESPOL

Email: bmagalla@espol.edu.ec y pjochoa@espol.edu.ec

DECLARACIÓN DE LAS COORDINADORAS DE LA INVESTIGACIÓN

Declaramos:

1. **QUE** con este estudio nuestro equipo pretende conocer más y mejor en qué sentido y en qué medida los actuales procesos de cambio organizacional en servicios de atención a personas inciden sobre calidad de vida laboral del personal empleado en estas instituciones.
2. **QUE** para ello nos proponemos usar técnicas cuantitativas y cualitativas de recogida de la información (cuyos detalles de aplicación precisaremos en cada caso) que, en ninguna circunstancia, comportan riesgos físicos o psicológicos para las personas participantes.
3. **QUE**, en cumplimiento de la normativa vigente sobre protección de datos de carácter personal, la información que usted nos proporcione para esta investigación será tratada de acuerdo con la exclusiva finalidad científica del proyecto, respetándose la confidencialidad de las respuestas y el anonimato de quienes, libre y voluntariamente, hayan tenido la amabilidad de mostrarnos algunas facetas de su experiencia laboral y profesional.
4. **QUE** los resultados del estudio facilitarán el progreso en el conocimiento del tema y el diseño de modelos de promoción de entornos laborales saludables, de prevención de factores de riesgo psicosocial en el trabajo y de mejora de la calidad de servicios, sin aludir a ninguna organización en particular y solo serán mencionadas si las organizaciones lo autorizan.
5. **QUE**, como responsables del proyecto, estamos localizables y disponibles (en las direcciones arriba señaladas) para las aclaraciones o precisiones pertinentes y oportunas sobre el estudio.

DECLARACIÓN DE LA PERSONA PARTICIPANTE EN LA INVESTIGACIÓN

Como participante en el estudio, DECLARO:

1. **QUE**, he recibido:
 - a. La información adecuada sobre los objetivos y procedimientos del proyecto.
 - b. El reconocimiento suficiente de mis derechos a la confidencialidad y al anonimato, a retirarme del estudio en cualquiera de sus fases, si así lo estimo conveniente, y al conocimiento de los resultados de la investigación.
2. **QUE**, he decidido:
 - a. Participar libre y voluntariamente en el mismo.
 - b. Autorizar al investigador responsable, y por extensión a su equipo, al uso de las informaciones generadas para los fines del proyecto, incluyendo la propiedad intelectual y la divulgación pública y científica de sus resultados.

Nombre y apellidos: *María Isabel Honorés*

Teléfono de contacto:

Lugar y fecha: *Cajayaguil, Oct 2014*

Firma: *Ma. Isabel*

e-mail: *ma.isabelhonores@gmail.com*

Estudio Riesgos Psicosociales en el trabajo Ecuador

Bessie Magallanes y Paola Ochoa
Coordinadoras de la investigación
ESPAE ESPOL

Email: bmagalla@espol.edu.ec y pjochoa@espol.edu.ec

DECLARACIÓN DE LAS COORDINADORAS DE LA INVESTIGACIÓN

Declaramos:

1. **QUE** con este estudio nuestro equipo pretende conocer más y mejor en qué sentido y en qué medida los actuales procesos de cambio organizacional en servicios de atención a personas inciden sobre calidad de vida laboral del personal empleado en estas instituciones.
2. **QUE** para ello nos proponemos usar técnicas cuantitativas y cualitativas de recogida de la información (cuyos detalles de aplicación precisaremos en cada caso) que, en ninguna circunstancia, comportan riesgos físicos o psicológicos para las personas participantes.
3. **QUE**, en cumplimiento de la normativa vigente sobre protección de datos de carácter personal, la información que usted nos proporcione para esta investigación será tratada de acuerdo con la exclusiva finalidad científica del proyecto, respetándose la confidencialidad de las respuestas y el anonimato de quienes, libre y voluntariamente, hayan tenido la amabilidad de mostrarnos algunas facetas de su experiencia laboral y profesional.
4. **QUE** los resultados del estudio facilitarán el progreso en el conocimiento del tema y el diseño de modelos de promoción de entornos laborales saludables, de prevención de factores de riesgo psicosocial en el trabajo y de mejora de la calidad de servicios, sin aludir a ninguna organización en particular y solo serán mencionadas si las organizaciones lo autorizan.
5. **QUE**, como responsables del proyecto, estamos localizables y disponibles (en las direcciones arriba señaladas) para las aclaraciones o precisiones pertinentes y oportunas sobre el estudio.

DECLARACIÓN DE LA PERSONA PARTICIPANTE EN LA INVESTIGACIÓN

Como participante en el estudio, DECLARO:

1. **QUE**, he recibido:
 - a. La información adecuada sobre los objetivos y procedimientos del proyecto.
 - b. El reconocimiento suficiente de mis derechos a la confidencialidad y al anonimato, a retirarme del estudio en cualquiera de sus fases, si así lo estimo conveniente, y al conocimiento de los resultados de la investigación.
2. **QUE**, he decidido:
 - a. Participar libre y voluntariamente en el mismo.
 - b. Autorizar al investigador responsable, y por extensión a su equipo, al uso de las informaciones generadas para los fines del proyecto, incluyendo la propiedad intelectual y la divulgación pública y científica de sus resultados.

Nombre y apellidos: JESSICA FLORE CAJERO Firma: [Firma]
Teléfono de contacto: 0986473552 e-mail: jess.paste2@hotmail.com
Lugar y fecha: Guayaquil, Oct. 2014



Estudio Riesgos Psicosociales en el trabajo Ecuador

Bessie Magallanes y Paola Ochoa
Coordinadoras de la investigación
ESPAE ESPOL

Email: bmagalla@espol.edu.ec y pjochoa@espol.edu.ec

DECLARACIÓN DE LAS COORDINADORAS DE LA INVESTIGACIÓN

Declaramos:

1. **QUE** con este estudio nuestro equipo pretende conocer más y mejor en qué sentido y en qué medida los actuales procesos de cambio organizacional en servicios de atención a personas inciden sobre calidad de vida laboral del personal empleado en estas instituciones.
2. **QUE** para ello nos proponemos usar técnicas cuantitativas y cualitativas de recogida de la información (cuyos detalles de aplicación precisaremos en cada caso) que, en ninguna circunstancia, comportan riesgos físicos o psicológicos para las personas participantes.
3. **QUE**, en cumplimiento de la normativa vigente sobre protección de datos de carácter personal, la información que usted nos proporcione para esta investigación será tratada de acuerdo con la exclusiva finalidad científica del proyecto, respetándose la confidencialidad de las respuestas y el anonimato de quienes, libre y voluntariamente, hayan tenido la amabilidad de mostrarnos algunas facetas de su experiencia laboral y profesional.
4. **QUE** los resultados del estudio facilitarán el progreso en el conocimiento del tema y el diseño de modelos de promoción de entornos laborales saludables, de prevención de factores de riesgo psicosocial en el trabajo y de mejora de la calidad de servicios, sin aludir a ninguna organización en particular y solo serán mencionadas si las organizaciones lo autorizan.
5. **QUE**, como responsables del proyecto, estamos localizables y disponibles (en las direcciones arriba señaladas) para las aclaraciones o precisiones pertinentes y oportunas sobre el estudio.

DECLARACIÓN DE LA PERSONA PARTICIPANTE EN LA INVESTIGACIÓN

Como participante en el estudio, DECLARO:

1. **QUE**, he recibido:
 - a. La información adecuada sobre los objetivos y procedimientos del proyecto.
 - b. El reconocimiento suficiente de mis derechos a la confidencialidad y al anonimato, a retirarme del estudio en cualquiera de sus fases, si así lo estimo conveniente, y al conocimiento de los resultados de la investigación.
2. **QUE**, he decidido:
 - a. Participar libre y voluntariamente en el mismo.
 - b. Autorizar al investigador responsable, y por extensión a su equipo, al uso de las informaciones generadas para los fines del proyecto, incluyendo la propiedad intelectual y la divulgación pública y científica de sus resultados.

Nombre y apellidos: *Pilarita Alvarez Pua.*

Teléfono de contacto:

Lugar y fecha: *Guayaquil, Oct 2014*

Firma:

e-mail: *Dra. Pilarita @hotmail.com.*

[Firma manuscrita]

ANEXO N° 3

Solicitud y autorización de las autoridades de la
institución para el desarrollo de la investigación

ESPAÑA

Guayaquil Octubre 14 del 2014.

Dra. María Isabel Honores Calle
ESTUDIANTE DE LA ESPAE
Presente.

De mis consideraciones:

En respuesta a su solicitud de la autorización para realizar el trabajo previa a su titulación como Magister Gerencia Hospitalaria, auspiciada por la ESPAE ESPOL, el mismo que consiste en la recopilación de datos para encuesta para valorar stress laboral, a todo el personal médico de la institución la misma que se realizará por la especificidad de los datos en el área de docencia, de forma progresiva y ordenada sin que interrumpan las actividades de los profesionales.

Informo a usted que petición está acorde al perfil de investigación que se encuentra detallado por parte del Ministerio de Salud Pública, por lo que es procedente la autorización para la realización de dicho estudio.

Debo señalar que debe cumplirse con la carta de confidencialidad para el resguardo de datos sensibles para la institución.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente


Dr. William Muñoz Arámbulo
COORDINADOR DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Copia: Archivo



HOSPITAL DE ESPECIALIDADES GUAYAQUIL DR. ABEL GILBERT PONTON
UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Guayaquil Octubre 14 del 2014.

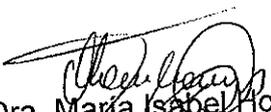
Doctor
William Muñoz Arámbulo
COORDINADOR DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
Presente.

De mis consideraciones:

Por medio de la presente solicito a usted, me conceda la autorización para realizar el trabajo previa a mi titulación como Magister Gerencia Hospitalaria, auspiciada por la ESPAE ESPOL, el mismo que consiste en la recopilación de datos para encuesta para valorar stress laboral, a todo el personal médico de la institución la misma que se realizará por la especificidad de los datos en el área de docencia, de forma progresiva y ordenada sin que interrumpan las actividades de los profesionales.

Esperando contar su colaboración.

Atentamente,


Dra. María Isabel Honores Calle
ESTUDIANTE DE LA ESPAE

Copia: Archivo

Calle 29ava. y Galápagos
Teléfonos: 593 (04) 2597400 ext.: 3437
www.hagp.gob.ec

