



## **ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

### **Tema:**

“Plan de prevención del síndrome de burnout y su influencia en la satisfacción del usuario del servicio de consulta externa de una institución de salud pública.”

### **Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de Psicólogo Organizacional**

### **Líneas de Investigación:**

1. Gerencia, Planificación, Organización, Dirección y/o Control de Empresas
2. Desarrollo Humano y Salud Mental

### **Autor:**

ÁLVARO RAFAEL MESÍAS VEGA

### **Directora:**

VARNA HERNÁNDEZ JUNCO Phd.

**Ambato - Ecuador**

**Enero 2016**

# PONTIFICA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

## SEDE AMBATO

### HOJA DE APROBACIÓN

**Tema:**

“Plan de prevención del síndrome de burnout y su influencia en la satisfacción del usuario del servicio de Consulta Externa de una institución de salud pública.”

**Líneas de Investigación:**

1. Gerencia, Planificación, Organización, Dirección y/o Control de Empresas
2. Desarrollo Humano y Salud Mental

**Autor:**

ÁLVARO RAFAEL MESÍAS VEGA

Varna Hernández Junco, Lcda. PHD.

f. \_\_\_\_\_

**CALIFICADORA**

Víctor Manuel Cuadrado Rodríguez, Ps. Mg.

f. \_\_\_\_\_

**CALIFICADOR**

Aitor Larzabal Fernandez, Lcdo. Ms.

f. \_\_\_\_\_

**CALIFICADOR**

Betsy Natalia IlajaVerdezoto, Lcda.

f. \_\_\_\_\_

**DIRECTORA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr.

f. \_\_\_\_\_

**SECRETARIO GENERAL DE LA PUCESA**

Ambato - Ecuador  
Enero 2016

## **DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD**

Yo, Álvaro Rafael Mesías Vega, portador de la cédula de ciudadanía No. 050285620-6 declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo la obtención del título de PSICÓLOGO ORGANIZACIONAL son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

Álvaro Rafael Mesías Vega  
CI. 050285620-6

## **AGRADECIMIENTO**

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato, por permitirme formar parte en sus aulas, por cumplir la meta de estudiar y finalizar la carrera de Psicología Organizacional, concediéndome el más importante de los logros de superación académica, profesional y personal, de forma muy especial a los docentes de la Escuela de Psicología por su guía y ejemplo. Así también deseo agradecer a la Dirección Distrital 05D04 Pujilí - Saquisilí - Salud y al personal del Hospital Básico Rafael Ruiz, que me abrieron las puertas para el desarrollo de la presente. A mi familia por esta siempre presente pero en particular a mi Madre Mirian Vega y a mi esposa Diana Vargas por su amor y su apoyo incondicional.

## **DEDICATORIA**

Este trabajo de titulación se lo dedico a Dios y mi Madre de los Cielos que me permitieron haber llegado a donde estoy hoy en día y a los ángeles que me han prestado: Gonzalo Tarquino Vega, amado padre y abuelo, Mirian Nancy Vega Díaz, la mujer que me dio la vida quien siempre me apoya, a los ángeles de mi vida Diana Elizabeth Vargas Jiménez y Álvaro Camilo Mesías Vargas, amada esposa e hijo a quienes amo profundamente.

## RESUMEN

La atención de salud constituye una actividad priorizada en cualquier sociedad, para ello se requiere entre otros aspectos un profesional competente, comprometido, y con salud mental, pues este tipo de servicio demanda alta carga psíquica, provocando estrés laboral en el personal, lo que dificulta su desempeño profesional. Es por ello que el presente trabajo científico tiene como objetivo diseñar un plan de prevención del síndrome de burnout que contribuya a la mejora en la satisfacción del usuario de los servicios del Hospital Rafael Ruiz. Para lo cual se aplica el método del Inventario de Burnout de Maslach y la encuesta de satisfacción al usuario basada en el modelo SERVQUAL. Entre los resultados obtenidos se encuentra la tendencia a desarrollar burnout, la satisfacción de los usuarios del hospital con los servicios prestados, y la relación que existe entre el síndrome de burnout y la satisfacción del usuario de los servicios hospitalarios. Finalmente se propone un plan de prevención del síndrome de burnout que impacte positivamente en el aumento de la satisfacción del usuario.

**Palabras clave:** síndrome de burnout, satisfacción al usuario, salud mental, plan de prevención, estrés laboral.

## ABSTRACT

Health care is an important issue in society, for which among others aspects, suitable, engaged and healthy professionals are necessary. Health care requires high workload demand, which leads to job stress within the staff, and make it hard to develop their mental performance. This is why this scientific work is aiming to design a preventive plan for burnout syndrome that contributes to improve customer service at Hospital Rafael Ruiz. Therefore the Maslach Burnout Inventory method and a satisfaction survey for users based on SERVQUAL were used. Among the obtained findings, the tendency to develop burnout as well as the user satisfaction on hospital services and the relationship between burnout syndrome and user satisfaction on hospital services were found. Finally, a prevention plan for burnout syndrome was established to help improving the user satisfaction.

**Keywords:** burnout, customer satisfaction, mental health, prevention plan, work stress.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

Hoja de aprobación	
Declaración de autenticidad y responsabilidad.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Dedicatoria.....	v
Resumen / Abstract.....	vi
Índice de Contenidos.....	viii
Índice de Gráficos.....	x
Introducción.....	1
<b>CAPÍTULO I: Planteamiento de la Propuesta de Trabajo</b>	<b>2</b>
1.1 Antecedentes.....	2
1.2 Problema.....	3
1.3 Justificación.....	4
1.4 Objetivos.....	5
1.5 Meta de Trabajo.....	6
1.6 Delimitación funcional.....	6
<b>CAPÍTULO II: Marco Teórico</b>	<b>7</b>
2.1 Conceptualización sobre calidad de servicio.....	7
2.1.1 Modelos de gestión y evaluación de la calidad.....	10
2.1.2 Características de la calidad de salud pública en Ecuador.....	12
2.1.3 Modelos de calidad en salud pública y privada aplicados en Ecuador.....	14
2.1.4 Conceptualizaciones sobre satisfacción al cliente.....	17
2.2 Conceptualización del Estrés Laboral.....	19
2.3 Conceptualización del Síndrome de burnout.....	22
2.3.1 Modelos explicativos del burnout.....	26
2.3.2 Factores de riesgo del síndrome de burnout.....	27
2.3.3 Fases del proceso del burnout.....	28
2.3.4 Consecuencias del burnout para la organización y para el trabajador.....	29
2.3.5 La medida de los síntomas del burnout.....	30
2.4 Relación entre el burnout y la satisfacción del usuario.....	32
2.5 Plan de prevención de síndrome de burnout.....	33
<b>CAPÍTULO III: Metodología</b>	<b>35</b>
3.1. Modalidad y alcance de la investigación.....	35
3.1.1 Método aplicado.....	35
3.1.2 Técnicas e instrumentos de recolección de Información.....	36
3.1.3. Población y muestra.....	37
3.1.4. Procedimiento metodológico.....	38
3.1.5 Operacionalización de las variables de estudio.....	40
3.1.6 Caracterización del Hospital Básico Rafael Ruiz.....	41
<b>CAPÍTULO IV: Análisis de Resultados</b>	<b>42</b>
4.1 Análisis de resultados del síndrome de burnout en el personal de consulta externa.....	43

4.2 Análisis del síndrome de burnout en el personal de hospitalización y emergencia.....	46
4.3 Análisis del Síndrome de Burnout en todos los servicios.....	50
4.4 Análisis de los resultados de la Satisfacción del Usuario.....	51
4.5 Relación entre Síndrome de Burnout y Satisfacción del Usuario.....	55
4.6 Influencia del Síndrome de Burnout en la Satisfacción del Usuario.....	56
4.7 Propuesta de Plan de Prevención del Síndrome de Burnout.....	58
4.8 Validación del plan de prevención.....	62
<b>CAPITULO V: Conclusiones y Recomendaciones</b>	64
5.1 Conclusiones.....	64
5.2 Recomendaciones.....	65
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	66
<b>ANEXOS</b>	80
Anexo 1: tablas.....	80
Anexo 2: Instrumentos.....	93
Anexo 2.1: Encuesta de satisfacción.....	93
Anexo 2.2: Test de Maslach.....	95
Anexo 3: Gráficos.....	97

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

### Tablas

Tabla 2.1: Comparación de los Triángulos de los servicios.....	8
Tabla 2.2: Conceptos de Calidad de Servicio.....	9
Tabla 2.3: Modelos de calidad aplicados en Ecuador.....	16
Tabla 2.4: Burnout y sus diferencias con otros constructos.....	25
Tabla 2.5: Factores de riesgo del síndrome de burnout.....	27
Tabla 2.6: Consecuencias del síndrome de burnout.....	29
Tabla 2.7: Características de un plan de prevención de síndrome de burnout.....	34
Tabla 3.1: Calificación MBI.....	37
Tabla 3.2: Caracterización del procedimiento metodológico.....	38
Tabla 3.3: Operacionalización de las variables.....	40
Tabla 4.1: Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de Consulta Externa.....	44
Tabla 4.2: Análisis de ítem del Cuestionario de burnout en Consulta Externa...	45
Tabla 4.3: Prevalencia del Burnout en el personal de Hospitalización y Emergencia.....	48
Tabla 4.4: Análisis de ítem del test de burnout en Hospitalización y Emergencia.....	49
Tabla 4.5: Prevalencia del Síndrome de Burnout a nivel general en el hospital.....	51
Tabla 4.6: Resultados de la Satisfacción al Usuario en el Hospital.....	53
Tabla 4.7: Análisis por ítem del cuestionario de satisfacción al usuario.....	54
Tabla 4.8: Correlación de Spearman entre el Síndrome de Burnout y la Satisfacción del usuario.....	56
Tabla 4.9: Estadísticas de la regresión.....	56
Tabla 4.10: Plan de prevención del síndrome de burnout que contribuya a la mejora de la satisfacción del usuario.....	61
Tabla 4.11: Análisis de resultados de la validación por los especialistas del plan de prevención.....	63

### Gráficos

Grafico 4.1: Influencia del síndrome de burnout en la satisfacción del usuario..	57
--	----

## **Introducción**

Freudenberger (1972) observó que el personal cuyo objeto de trabajo eran las personas, sobrellevaban una pérdida de energía progresiva que les llevó al agotamiento, además ansiedad y depresión, incluyendo desmotivación laboral y agresividad con los pacientes, y de esta manera describió el síndrome de burnout como el sentimiento de fracaso y un existencialismo desgastado que es la consecuencia de requerimientos personales y espirituales del trabajador, que situaban las emociones y sentimientos negativos producidos en el contexto laboral. En la búsqueda constante de la calidad, este tiene un impacto negativo, principalmente en profesiones que se encuentran expuestas constantemente al trato con personas, como los profesionales sanitarios, los trabajadores sociales, los asistentes de *call center*, las recepcionistas, entre otros.

El contacto con los usuarios y el establecimiento de conductas que promuevan la satisfacción de estos, es una variable que contribuye al síndrome de burnout, en especial en los servicios de salud, llevando a los profesionales de este sector a un distanciamiento con los pacientes.

El presente trabajo se estructura de la siguiente manera: Capítulo I Planteamiento del problema, donde se fundamenta la descripción del problema, su justificación, así como el sistema de objetivos a alcanzar en la misma. En el Capítulo II Marco Teórico, se aborda la conceptualización sobre la calidad del servicio, satisfacción del usuario, el estrés laboral, el síndrome de burnout y su evaluación, la relación entre el síndrome de burnout y la satisfacción del usuario y el plan de prevención de dicho síndrome. En el Capítulo III Metodología, se describe la modalidad y alcance de la investigación, el método aplicado, técnicas e instrumentos de recolección de información, población y muestra, el procedimiento metodológico y la operacionalización de variables. Por otro lado el Capítulo IV Análisis de Resultados, presenta el análisis de resultados del síndrome de burnout en consulta externa hospitalización y emergencia de forma departamental y general, el análisis de resultados de la satisfacción al usuario, la relación y la influencia entre el síndrome y la satisfacción, para finalmente presentar finalmente la propuesta del plan de prevención. Finalmente el Capítulo V Conclusiones, y Recomendaciones muestran las conclusiones y recomendaciones obtenidas de la investigación.

# CAPÍTULO I

## PLANTEAMIENTO DE LA PROPUESTA DE TRABAJO

### 1.1 Antecedentes

El Síndrome de Burnout fue descrito en 1974 por Freudenberg, psiquiatra, que trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York, observó que al año de trabajar, la mayoría de los voluntarios sufría una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad, de depresión, desmotivación y agresividad.

En 1986, las doctoras Maslach y Jackson en sus estudios sobre el síndrome de burnout, consideran al síndrome como un proceso de estrés crónico por contacto, en el cual describen tres dimensiones: el cansancio emocional, diferenciado por la pérdida de energía, desgaste y fatiga; la despersonalización, identificada por un cambio nocivo de actitudes que ocasionan un distanciamiento frente a los problemas; y la falta de realización profesional, donde abundan las respuestas negativas para sí mismos y para el trabajo, con demostraciones pseudo-depresivas y tendencia a la huida, una baja moral, además de un descenso de la productividad del trabajo, lo que lleva a un escaso o nulo desarrollo profesional.

Por otro lado, la Satisfacción del Usuario con la calidad es un binomio con dos aspectos básicos que deben estar estrechamente relacionados: calidad intrínseca y calidad percibida. Los desafíos en la búsqueda de la calidad no son nuevos pero en los últimos años, se ha acrecentado el interés en el tema. Muchos factores han influido para que se llegara a esta situación; en primer término, la convergencia de intereses entre los administradores y los profesionales del campo de la salud, no siempre coincidentes; los primeros están preocupados por el incremento de los costos y la utilización de los servicios por parte de la población, en la actualidad estas se enfocan además en la satisfacción del cliente como consecuencia de la corriente

eficientista y empresarial, y que ciertas instituciones públicas están empeñadas en buscar la satisfacción del usuario. (Peales, 2010)

En el artículo 32 de la Constitución de la República del Ecuador, en el 2008, se pretende la salud como un derecho garantizado por el Estado y que la prestación de estos servicios se regirán por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

## **1.2 Problema**

### **1.2.1 Descripción del problema**

Existe insatisfacción del usuario del servicio de salud por la atención despersonalizada que brinda el personal sanitario del Hospital Rafael Ruiz; los cambios en el estado de ánimo de este personal son síntomas que producen indiferencia ante las necesidades de salud de los usuarios. Los profesionales de la salud del hospital se ven sometidos a un contacto continuo con los pacientes, y por consiguiente, a un gran número de quejas, reclamaciones o peticiones por parte de los mismos, lo que genera grandes niveles de estrés en los médicos y puede terminar por afectar su conducta; y además, el elevado nivel de responsabilidad asignado a algunos médicos exige un gran nivel de atención y concentración sobre la tarea realizada, dado que el más mínimo error ha tenido graves consecuencias, tanto operativamente como administrativamente. Toda situación de estrés laboral prolongada en el tiempo, produce a medio y largo plazo un deterioro cognitivo, lo que provoca falta de concentración y mayor dificultad para aprender tareas o habilidades nuevas. De tal manera, que se genera un impacto negativo en el vigor de los colaboradores, y esto disminuye el rendimiento psicofisiológico en las tareas asignadas, el organismo gestiona de modo deficiente los recursos de que dispone y su capacidad de producción disminuye, lo que afecta la atención al usuario, y la salud de los profesionales como de los pacientes.

Por tanto, a través del tiempo se han generado las condiciones propicias para desarrollar el síndrome de burnout en el personal sanitario, lo que provoca distanciamiento y carencia de sensibilidad ante el dolor ajeno, y que en muchos usuarios resulta altamente contraproducente al notar alguna mejoría en su salud.

### **1.2.2 Preguntas básicas**

**¿Cómo aparece el problema que se pretende solucionar?** Todos los días existen quejas de los usuarios respecto de la atención de los profesionales de la salud y algunas de estas desmotivan y generan estrés en el personal.

**¿Qué lo origina?** La alta demanda existente de los servicios de salud por parte del usuario, que provoca un alto nivel de atención y concentración sobre la tarea realizada, ya que el más mínimo error puede tener consecuencias desastrosas, pues de ellos depende la vida del paciente.

**¿Cuándo se origina?** Su manifestación se agudiza con la aplicación del modelo de atención de demandas a los funcionarios, ya que basta que haya sucedido alguna inconformidad con el usuario, el suceso queda registrado en el historial laboral del profesional en el sistema nacional, lo que provoca falta de estima del usuario hacia el profesional sanitario.

### **1.3 Justificación**

La presente investigación pretende analizar como la misión de contribuir ayudar a la eliminación o atenuación de enfermedades de los usuarios, por parte de los funcionarios de la salud, puede llegar a convertirse después de años de práctica, en sentimientos de indiferencia y en grandes dificultades emocionales para comprender con facilidad el sentimiento de dolor de los pacientes, por lo cual esto influye negativamente en la calidad del servicio que estos brindan, es por ello la importancia del problema investigado, ya que todo lo que se pueda prevenir y corregir tendrá un impacto positivo en el servicio a los usuarios.

Razón por la cual la presente investigación pretende diseñar un plan de prevención del síndrome de burnout en el personal sanitario, que contribuya a la mejora de la satisfacción del usuario de los servicios del Hospital Rafael Ruiz, a través de la descripción del fenómeno y la precisión de las características del síndrome en los funcionarios de los servicios de salud, se analiza las causas de la insatisfacción de una atención deficiente por parte de los profesionales de la salud hacia los usuarios de los servicios de salud, y se relaciona el síndrome de burnout y la satisfacción del servicio.

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo General.**

Diseñar un plan de prevención del síndrome de burnout que contribuya a la mejora en la satisfacción del usuario del servicio de los servicios del Hospital Rafael Ruiz.

### **1.4.2 Objetivos Específicos.**

- Sistematizar los referentes teóricos y metodológicos sobre la satisfacción del usuario, el síndrome de burnout y su prevención en los servicios de salud.
- Diagnosticar la satisfacción de los usuarios y el síndrome de burnout en el personal de salud del Hospital Rafael Ruiz.
- Determinar la relación del síndrome de burnout del personal de salud y la satisfacción del usuario de los servicios del Hospital Rafael Ruiz.
- Elaborar un de plan de prevención del síndrome de burnout en el personal de salud que contribuya con la mejora de la satisfacción del usuario del Hospital Rafael Ruiz.
- Validar el plan de prevención del síndrome de burnout por especialistas internos y externos del Hospital Rafael Ruiz.

### **1.5 Meta de Trabajo**

Diseñar un plan de prevención del síndrome de burnout que contribuya a la mejora de la satisfacción del usuario del Hospital Rafael Ruiz.

### **1.6 Delimitación funcional**

La presente investigación caracteriza la presencia o ausencia del síndrome de burnout y la satisfacción del usuario del Hospital Básico Rafael Ruiz mediante la aplicación de un cuestionario de satisfacción y burnout respectivamente. Además, se analiza la relación entre ambas variables y se diseña de un plan de prevención del síndrome de burnout con las estrategias más idóneas que contribuyan a la mejora de la satisfacción de los servicios de salud del Hospital Rafael Ruiz.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

En la Constitución Política de la Republica del Ecuador, en el Capitulo Segundo, articulo 32 nos habla de la Salud como un Derecho del Buen Vivir, misma que es garantizada por el Estado, y que cuya prestación de servicios se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. Para los efectos de la presente investigación nos centraremos en el principio de calidad del servicio de salud pública.

#### **2.1 Conceptualización sobre calidad del servicio**

A partir del criterio de autores como Stanton, Etzel y Walker (2004); Sandhusen (2002); Lamb, Hair, McDaniel (2002); Kotler, Bloom y Hayes (2004) el autor de la presente investigación considera al servicio como el conjunto de actividades, beneficios o satisfacciones intangibles (siendo estas el objeto principal de una transacción) que intercambia directamente el productor al usuario, como se observa en el anexo 1.1.

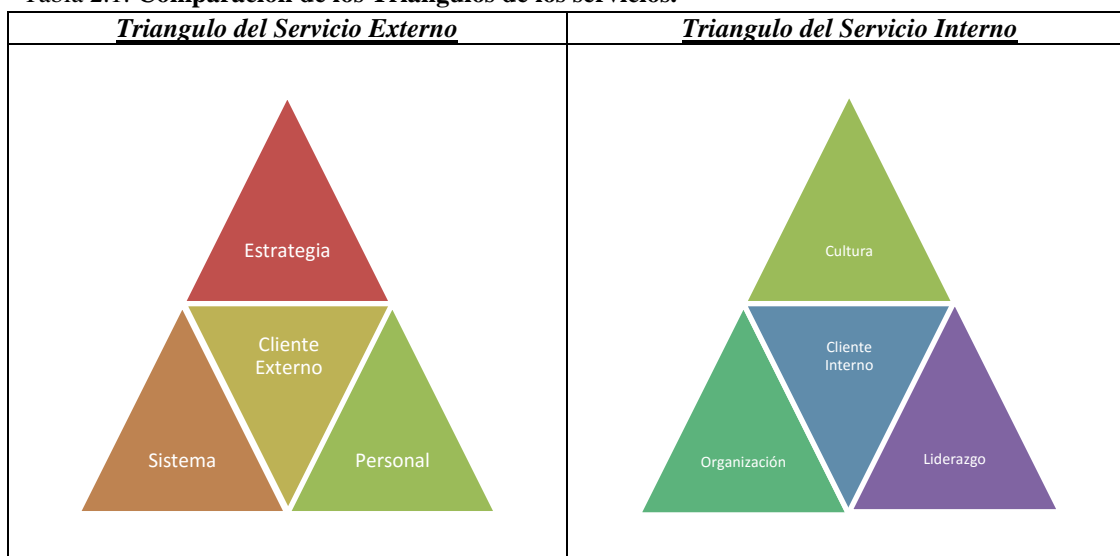
Albrecht (1988) realiza una caracterización de los servicios y en ella plantea que estos no se pueden, apilar o almacenar centralmente. Generalmente se presta donde quiera que esté el cliente, el valor del servicio depende de la experiencia personal. Si este se prestó inadecuadamente, no se puede revocar, no se puede repetir, entonces las correcciones es el único medio recursivo para la satisfacción del cliente. La prestación del servicio generalmente requiere interacción humana en algún grado; comprador y vendedor se ponen en contacto en una forma relativamente personal para crear el servicio.

### Triángulos de los servicios

Albrecht (1987) plantea dos triángulos de los servicios; el cual orienta a la gente a pensar más en la calidad del servicio, es una forma de diagramar la interacción existente entre tres elementos básicos como la estrategia empresarial, el sistema organizacional y el personal, estos componentes deben interactuar adecuadamente entre sí, para mantener un servicio con un alto nivel de calidad, siendo el cliente (interno y externo) el elemento central que obliga a los demás componentes que se orienten a él.

En la Tabla 2.1 se muestra el triángulo del servicio externo, diferenciándolo del triángulo del servicio interno, en este último el personal que compone la empresa es el centro del triángulo, relacionado con cultura organizacional, el liderazgo y en si la organización, (estructura organizativa) de esta manera influye positivamente en el triángulo del servicio externo, ya que un pilar clave es el personal.

Tabla 2.1: **Comparación de los Triángulos de los servicios.**



Fuente: Karl Albrecht. 1987. Adaptación por el autor.

### Conceptualizaciones sobre calidad del servicio

La calidad del servicio es el conjunto de características diseñadas para proporcionar el bienestar en el balance de las ganancias y pérdidas de los estándares de satisfacción del cliente al que está orientado el producto o servicio. Autores como: Crosby (1979), Deming (1982), Feigenbaum (1990), Jurán (1993) y Donabedian

(1980) coinciden en que la calidad es el conjunto de características que hacen que un producto o servicio sea único, como se muestra en el anexo 1.2.

En las definiciones dadas por los autores como Muller (1999); Helouani (1993); Larrea (1991); Peel (1991); Parasuraman, Zeithaml, Berry (1998); Ruiz (2001) y Grönroos (1994) se destacan aspectos como: expectativas y percepción del cliente; necesidades y deseos; discrepancia entre deseos y percepción y dimensiones de la calidad. A partir de este análisis el autor de la presente investigación considera que la calidad del servicio es el conjunto de actividades y actitudes secundarias que deben complementar un producto o la prestación de servicios en base a las necesidades, deseos y expectativas, para de esta forma integrar las dimensiones que influyen en la percepción del usuario, para que la calidad percibida sea más favorable hacia el usuario de estos servicios. Dicha conceptualización nace de palabras clave seleccionadas que se muestran a continuación en la Tabla 2.2.

<b>Tabla 2.2: Conceptos de calidad de servicio</b>		
<b><u>AUTOR</u></b>	<b><u>CONCEPTO</u></b>	<b><u>ASPECTOS CLAVE</u></b>
Muller, (1999)	La calidad de servicio consiste en cumplir las expectativas del cliente.	Expectativas del cliente.
Helouani, (1993)	La calidad de servicio son los requerimientos que satisfacen las necesidades y deseos del cliente en la contratación y en el uso.	Requerimientos de necesidades y deseos.
Larrea, (1991)	Es la percepción que tiene un cliente acerca de la correspondencia entre el desempeño y las expectativas, relacionados con el conjunto de elementos, cuantitativos y cualitativos de servicio.	Percepción del cliente.
Peel, (1991)	Son las actividades secundarias que realice una empresa para optimizar la satisfacción que reciba el cliente en sus actividades principales.	Actividades secundarias.
Parasuraman, Zeithaml y Berry (1998)	Consiste en la discrepancia entre los deseos de los usuarios acerca del servicio y la percepción del servicio recibido.	Discrepancia entre deseos y percepción del servicio.
Ruiz, (2001)	La describe como una forma de actitud relacionada pero no equivalente a la satisfacción, donde el cliente compara sus expectativas con que recibe una vez que se ha llevado a cabo la transacción.	Actitud relacionada con la satisfacción.
Grönroos, (1994)	Es el resultado de integrar la calidad total en tres tipos de dimensiones: calidad técnica, calidad funcional e imagen corporativa; en las que quedarán incluidos los atributos que pueden influir o condicionar la percepción que un sujeto tiene de un objeto, sea producto o servicio, siendo la imagen un elemento básico para medir la calidad percibida	Dimensiones de la calidad.
Fuente: Elaboración propia		

Donabedian (1980), propone tres dimensiones de la calidad del servicio: los aspectos técnicos de la atención, las relaciones interpersonales que se establecen entre proveedor y usuario y el contexto o entorno de la atención.

Dichas dimensiones se expresan de la siguiente manera:

- Dimensión Técnico – Científica, referida a los aspectos científicos y técnicos de la atención, cuyas características básicas son: efectividad, eficacia, eficiencia, continuidad, seguridad e integralidad.
- Dimensión Humana, referida al aspecto interpersonal de la atención, y que a su vez tiene las siguientes características: respeto a los derechos, información completa, interés manifiesto en la persona, amabilidad y ética.
- Dimensión del Entorno, referida a las facilidades que la institución dispone para la mejor prestación de los servicios, y que generan valor agregado para el usuario a costos razonables y sostenibles: implica un nivel básico de comodidad, ambientación, limpieza, orden, privacidad y el elemento de confianza que percibe el usuario por el servicio.

En la gestión de la calidad del servicio existen dos actores, los cuales se describen a continuación:

**Clientes internos:** son los colaboradores mismos de la institución, cualquiera que este sea, y sobre los cuales recae algún grado de responsabilidad en todo tipo de proceso, y que por más simple y sencilla sea la tarea que ejecuta tendrá un impacto positivo o negativo sobre la calidad y el éxito de la organización.

**Clientes externos:** según las características de la institución el término hace referencia a cualquier usuario que requiera algún servicio que esta puede otorgar sin diferenciar las características demográficas de la población.

### **2.1.1 Modelos de gestión y evaluación de la calidad**

Según López y Serrano (2007), las escuelas clásicas de la calidad de servicio son la Nórdica y la Norteamericana; en la Escuela Nórdica Grönroos (1982) propone un Modelo de la Imagen para gestionar la calidad del servicio percibida, en el cual se

integra una dimensión técnica y otra funcional; en la Escuela Norteamericana Zeithaml (1988) se propone un modelo más reconocido por su generalidad y carácter integrador que pudo abordar todas las percepciones de los consumidores en solo cinco aspectos determinantes tangibilidad, capacidad de respuesta, seguridad, fiabilidad y empatía.

De estas escuelas surgen los modelos: Iberoamericano de la excelencia en la gestión, Malcom Baldrige, EFQM y SERVQUAL son probablemente los de mayor aceptación en los servicios de salud, según lo que manifiesta Saturno (2005), planteando de esta forma que los mismos no son diferentes en relación al marco filosófico sobre calidad, o el enfoque estructural y organizativo que promulgan. Las diferencias existentes son:

- Los esquemas de requisitos, estándares, dimensiones, criterios o indicadores que proponen evaluar;
- La metodología con la que se realizan las evaluaciones, básicamente en relación al balance de los enfoques externo e interno.

A continuación se sintetizan las características principales de cada modelo:

1. Modelo Iberoamericano de Excelencia en la Gestión: busca ser un punto de referencia de excelencia entre los países iberoamericanos como Argentina, Brasil, Venezuela, España y Suiza, tratando generar un impacto en la organización para el cliente mediante la innovación y mejora continua. El modelo evalúa dos aspectos generales: por un lado los procesos facilitadores como liderazgo y estilo de gestión, estrategia, desarrollo de personas, recursos y asociaciones; y por otro lado los criterios resultado como resultados de clientes, resultados del desarrollo de personas, resultados de la sociedad y los resultados globales.
2. Modelo Malcom Baldrige: Si bien el modelo busca la evaluación continua para una mejor planificación organizacional, y es aceptado a nivel mundial, tiene una aplicación enfocada más a la realidad de los Estados Unidos. Los criterios de evaluación del modelo son sintetizados de la siguiente manera:

entrega de valor en constante mejora a los clientes, lo que da como resultado mayor éxito en el mercado; mejora del desempeño y las capacidades generales de la empresa; y el aprendizaje organizacional y personal.

3. Modelo EFQM: el presente modelo aborda criterios para evaluar elementos que establece como generadores o responsables directos que provocan resultados por su calidad integran y unifican a la organización como: liderazgo, política y estrategia, personas, alianzas y recursos, procesos, resultados en los clientes, resultados en las personas, resultados en la sociedad, resultados clave. El instrumento está orientado a ayudar a las casas de salud a conocerse mejor para mejorar su funcionamiento, de tal manera que estas pueden autoevaluarse.
4. Modelo SERVQUAL: este modelo es el mejor representante de la escuela norteamericana, centra su atención en la percepción del cliente sobre la organización y la resume en cinco dimensiones: tangibilidad, empatía, fiabilidad, seguridad y capacidad de respuesta. Aunque puede ser aplicado en cualquier tipo de empresa, ha tenido más aceptación en los giros de negocio relacionados con el turismo. Este modelo de calidad depende únicamente de las expectativas del cliente sobre el servicio: por lo que el interés es mejorar las opiniones y recomendaciones de amigos y familiares sobre el servicio, las necesidades personales, las experiencias con el servicio la comunicación externas, que la propia institución realice sobre las prestaciones de su servicio y que incidan en la percepción que el cliente tiene sobre las mismas. Cada modelo es ampliado en el anexo 1.3.

### **2.1.2 Características de la calidad de la Salud Pública en Ecuador**

Según el Art. 32 de la Constitución de la República del Ecuador, la Ley Orgánica de la Salud en su Art. 6 y Art. 10 y el Plan Nacional del buen vivir 2013-2017, la salud de calidad es un derecho por lo cual se debe diseñar e implementar programas de atención de calidad durante todas las etapas de la vida de las personas, y de esta

forma se plantea mejorar la calidad de vida de la población mediante la promoción de la calidad y la calidez de los servicios sociales del estado regularizando y evaluando la incorporación y seguimiento de los profesionales de salud, entre otros. Para lograr esto el Ministerio de Salud Pública desarrolla el Modelo de Atención Integral de Salud o M.A.I.S., sistema que garantiza la atención a la persona, la familia y la comunidad, para satisfacer sus necesidades de salud.

Al haber descrito previamente las características más relevantes de los diversos modelos de calidad, es importante señalar las características más importantes de la calidad en los servicios sanitarios para diferenciarlos de otro tipo de servicios. Para lograr esto el Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha desarrollado el Modelo de Atención Integral de Salud o M.A.I.S. que garantiza la calidad de los servicios sanitarios y cuyas características principales son orientadas a guiar las prácticas de salud pública en todo el sistema por lo que es: centrado en la población, igualitario, proactivo, promotor de salud, reductor del riesgo. Vigilante, transparente, efectivo, eficiente.

Es así que los funcionarios del sistema de salud pública deben reconocer lo que la intersección entre la salud pública y el sistema de prestación de atención sanitaria necesitan y mejorar constantemente.

El sistema nacional de salud a través de un aumento anual en el presupuesto del Ministerio de Salud Pública (M.SP.) y el MAIS (2012), permite la articulación de la red pública (instituciones sanitarias en IESS, FF.AA, MSP, etc.) y la red complementaria (instituciones privadas de salud), para obtener como resultado una red pública integral de salud dividida en 4 niveles:

- ↳ Primer Nivel: es el punto de entrada al sistema de salud, el cual ejerce como nivel pre hospitalario y desde donde se despliegan las actividades de prevención, promoción.
- ↳ Segundo Nivel: a más de ser un nivel de referencia del grupo anterior, atiende casos que las unidades anteriores no tienen la capacidad de solución.

- ↳ Tercer Nivel: es el encargado de atender en todas las especialidades y disponer de una unidad de cuidados intensivos en el servicio de hospitalización.
- ↳ Cuarto Nivel: se centra por ejemplo en Investigación de los fármacos pre registro sanitario y profundiza en el estudio de las sub especialidades médicas.

Las funciones de cada nivel de atención de salud establecido en el Modelo de Atención Integral de Salud se amplían en el anexo 1.4.

El MAIS aplica principios de: Garantía de los derechos de las y los ciudadanos y la corresponsabilidad en el cumplimiento de los deberes hacia los otros, sus comunidades y la sociedad; transferencia de competencias de una entidad administrativa del nivel nacional a otra jerárquicamente dependiente; y, Optimización y uso racional de los recursos, orientados a la satisfacción de las necesidades de las personas, principalmente de los grupos poblacionales más desprotegidos o en situación de riesgo.

### **2.1.3 Modelos de calidad en la Salud Pública y Privada aplicados en Ecuador**

La República del Ecuador y el Ministerio de Salud Pública al desarrollar y difundir el Modelo de Atención Integral en Salud, solamente especifica: los objetivos, las políticas, las estrategias y la organización funcional y estructural del sistema nacional de salud, pero sobre la calidad del servicio se ha decidido asumir el modelo de gestión de Acreditación Internacional de Canadá.

A nivel mundial existen diversos modelos de calidad de la salud, pero en la República del Ecuador, tanto en la empresa pública como la privada se ha optado por modelos que tal vez no son muy conocidos, pero a criterio del investigador son los

que han sido seleccionados por las autoridades hospitalarias por su sencillez y rapidez de aplicación, dichos modelos son:

**J.C.I.:** Modelo propuesto por la Comisión Internacional Mixta o J.C.I., por sus siglas en inglés, de origen norteamericano, con dos tipos de estándares divididos en 14 ítems, (centrado en el paciente y en la gestión de la organización), se muestra con un formato muy similar a la ISO. El Hospital Metropolitano de la ciudad de Quito ha sido la primera institución sanitaria en obtener una acreditación internacional.

***Qmentum International:*** creado por la organización de Acreditación Internacional de Canadá, es un modelo de calidad hospitalaria canadiense, aborda la filosofía de la calidad a través de la mejora de conocimientos y creación de capacidad, lo cual permite un fácil acoplamiento a la organización. Con 8 estándares identificados en 50 ítems (ampliados en la Tabla 2.3), ha sido el modelo seleccionado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador para obtener la acreditación de un total de 46 unidades hospitalarias, de las cuales en el 2014 han sido acreditados 3 instituciones: Hospital “Francisco Icaza Bustamante” de la ciudad de Guayaquil, Hospital “Docente de Riobamba” de la ciudad de Riobamba, Hospital “Liborio Panchana” de la ciudad de Santa Elena; y hasta octubre del 2015 se han acreditado 23 que son: Hospital “Homero Castanier Crespo” de la ciudad de Azogues, Hospital de Catacocha de la ciudad de Catacocha, Hospital “Vicente Corral Moscoso” de la ciudad de Cuenca, Hospital “Delfina Torres de Concha” de la ciudad de Esmeraldas, Hospital “Alfredo Noboa Montenegro” de la ciudad de Guaranda, Maternidad “Matilde Hidalgo de Prócel” - Hospital “Mariana de Jesús” de la ciudad de Guayaquil, Hospital de Huaquillas de la ciudad de Huaquillas, Hospital “San Vicente de Paul” de la ciudad de Ibarra, Hospital General de Latacunga de la ciudad de Latacunga, Hospital “Isidro Ayora” de la ciudad de Loja, Hospital de Macas de la ciudad de Macas, Hospital “Angela Loayza de Ollague” - Hospital “Teófilo Dávila” de la ciudad de Machala, Hospital “Oskar Jandl” de la ciudad de Puerto Baquerizo Moreno, Hospital General Puyo de la ciudad de Puyo, Hospital “Eugenio Espejo” - Hospital “Baca Ortiz” - Hospital del Adulto Mayor “Los Pinos” de la ciudad de Quito, Hospital Gustavo Domínguez de la ciudad de Santo Domingo de los Tsáchilas, Hospital de Sucúa de la

ciudad de Sucúa, Hospital “José María Velasco Ibarra” de la ciudad de Tena, Hospital “Luis Gabriel Dávila” de la ciudad de Tulcán.

Las características de cada modelo se amplían en la Tabla 2.3 a continuación:

Tabla 2.3: Modelos de calidad aplicados en Ecuador		
	Modelo <i>Qmentum Internacional</i>	Modelo JCI
<b>Creador</b>	Acreditación Internacional Canadá	<i>Joint Commission International</i>
<b>Filosofía</b>	Se basa en la filosofía de la mejora de la calidad, la transferencia de conocimientos y creación de capacidad. Se acopla a una amplia gama de miembros del personal, de la dirección y los profesionales de los administradores y el personal de primera línea, que tiene un profundo impacto en toda la organización.	Su esquema inicial y filosofía fue semejante a ISO solo que en vez de ser en el ámbito industrial fue en el ámbito hospitalario, en vez de hablar de normas hablan de estándares, y en vez de certificar hablan de acreditar.
<b>Criterios del modelo</b>	Cubre la totalidad de forma continua de la atención de salud. Las organizaciones utilizan las normas fundamentales, las normas específicas del servicio se aplican para los servicios clínicos en base a su perfil de seguridad. Existen normas para la organización eficaz, Prevención y Control de Infecciones y Manejo de la medicación que se adaptan específicamente a las organizaciones más pequeñas.	Se plantea como un programa de enfoque externo, con un resultado que se renueva de forma periódica. Se han producido en los propios estándares para enriquecerlo por medio de la inclusión de indicadores de proceso y resultado. El proceso de acreditación se intenta convertir en ayuda para la mejora continua, y no solo proceso de reconocimiento externo.
<b>Requisitos</b>	Estructuras y procesos básicos relacionados con los elementos fundamentales de la seguridad y la mejora de la calidad (Oro). Elementos de calidad y seguridad, con hincapié en los elementos clave de la atención centrada en el cliente, la creación de la coherencia en la prestación de servicios a través de procesos estandarizados, y la participación de los clientes y del personal en la toma de decisiones (Platino) Logro de la calidad de los resultados de monitoreo, utilizando la evidencia práctica y mejor para mejorar los servicios, y la evaluación comparativa con organizaciones afines para impulsar mejoras a nivel de sistema (Diamante).	Los requisitos del sistema o programa de gestión de calidad, pudiéndose complementar con la norma ISO 9001. No tienen un carácter universal, y la propia JCI propugna una adaptación local de los mismos, aunque siga siendo un conjunto relativamente amplio y detallado.

<b>Estándares</b>	Liderazgo Planificación y diseño de servicios Licenciamiento del establecimiento. Retroalimentación de los clientes para: atención de necesidades, diseño y planificación de nuevos servicios, identificación de brechas en los servicios, evaluación de servicios. Coordinación interinstitucional Diseño, planificación, aplicación, cumplimiento, actualización y evaluación de progreso de la Planificación estratégica así como de Planes operativos y de contingencia Identificación de prioridades operativas	Estándares centrados en el paciente: Objetivos Internacionales para la Seguridad del Paciente Accesibilidad y continuidad de la atención Derechos del paciente y de su familia Evaluación de pacientes Atención de pacientes Anestesia y atención quirúrgica Gestión y uso de medicamentos Educación del paciente y de su familia Estándares de gestión de la organización sanitaria Mejora de la calidad y seguridad del paciente Prevención y control de infecciones Gobierno, liderazgo y dirección Gestión y seguridad de la instalación Cualificaciones y educación del personal Manejo de la comunicación y la información
<b>Hospital acreditado</b>	Hospital Dr. Francisco de Icaza Bustamante, Guayaquil. Hospital Liborio Panchana, Santa Elena. Entre otros. (Públicos)	Hospital Metropolitano, Quito. (Privado)
Fuente: Elaboración propia.		

El Modelo de Atención Integral en Salud en el Ecuador es un modelo que brinda directrices estructurales y organizacionales en la gestión del Ministerio de Salud Pública de la Republica del Ecuador, sin embargo dicho modelo no profundiza en la calidad de quienes prestan el servicio; por lo cual requiere de una guía para que la implantación de este aspecto que cumpla con parámetros de calidad preestablecidos por lo que las instituciones sanitarias se complementan con del modelo *Quentuum International* se acopla con facilidad ya que busca la mejora de calidad y la transferencia de conocimientos y crear más capacidad.

Después de haber analizado los diversos modelos y características más esenciales de la calidad, se puede abordar la satisfacción del cliente, ya que este es su fin.

#### 2.1.4 Conceptualizaciones sobre satisfacción del cliente

La satisfacción es la repuesta del usuario que se genera de un binomio de dos aspectos estrechamente relacionados como son: las expectativas que tienen los beneficiarios y la sensación final que dejan los proveedores del servicio en estos.

Los atributos de la satisfacción que se describen a continuación son tomados de la clasificación aportada por Parasuraman, Zeithaml, Berry (1998) y adaptados al servicio hospitalario por Hernández - Junco (2009):

- Tangibilidad: comprende la apariencia personal y organizacional.
- Empatía: implica la actitud del personal para brindar un trato amable, servicial, ético-profesional y con una alta sensibilidad humana a los clientes, tanto externos como internos, que permita la identificación, comprensión, aceptación y vivencia de las necesidades y preocupaciones del cliente con relación al estado de su salud y de otra índole, haciéndolas suyas en su actuación cotidiana.
- Fiabilidad: se refiere a la prestación de los servicios de salud con una adecuada competencia profesional y ética de todos sus trabajadores, de manera que se cumplan los parámetros técnicos y de calidad establecidos, para cada puesto y proceso, lo que redundará en la buena realización de la atención hospitalaria desde la primera vez, con ausencia de errores previsibles.
- Seguridad: representa la influencia que sobre el estado físico y mental del cliente tienen las competencias del personal y del centro, que le inspiran confianza y le permiten la recuperación de su salud.
- Capacidad de respuesta: engloba la disposición del personal para brindar atención, médica o no médica, que requiere el cliente en el momento oportuno, así como la funcionalidad del proceso asistencial que permita la ejecución rápida y eficaz de los procedimientos que facilitan la atención del cliente, en las diferentes formas en que este pueda demandar el servicio. Así como, el nivel de aseguramiento logístico (materiales, equipamiento médico y no médico) que garantice el nivel de atención y la capacidad de resolución diagnóstica que necesita el paciente.

## **2.2 Conceptualización sobre el estrés laboral**

A partir de las experiencias aportadas por: Mc Grath (1970), Hans Selye (1936), Claude Bernard (1867), Bruce McEwen (2000), Chrousos - Gold (1992), Neidhardt - Weinstein y Conry (1989) el autor de la presente investigación considera que el estrés es un desequilibrio sustancial que amenaza la homeostasis del organismo y que genera una respuesta inespecífica a la fisiología y psicología del ser humano en situaciones agobiantes, en el anexo 1.5 se observan estos conceptos.

Según la Nota Técnica de Prevención 318 o NTP-318 (Daza, 1993): todo tipo de exigencias y características del trabajo y de su organización, que pueden ser factores desencadenantes del estrés laboral. Estas demandas son las que originan el estrés laboral y son: sobrecarga de trabajo, infra carga de trabajo, infrautilización de habilidades, repetitividad, ritmo de trabajo, ambigüedad de rol, conflicto de rol, relaciones personales, inseguridad en el trabajo, promoción, falta de participación, control, formación, cambios en la organización, responsabilidad, contexto físico. Además el autor afirma que el modo de actuación de características personales en la generación del estrés laboral proviene de la descompensación, desequilibrio o incongruencia entre lo que exteriormente es demandado u ofrecido, y lo que los individuos necesitan, desean o son capaces de hacer.

Hay que considerar que esas características están afectadas por una gran variabilidad interindividual e, incluso, también son variables en un mismo individuo a lo largo de su historia personal.

Daza (1993) plantea que las características personales son aquellas que tienen algún tipo de relación en la generación del estrés laboral. Dichas características personales denotan ciertos aspectos de la personalidad develan a las personas más vulnerables al estrés como: dependencia, ansiedad, introversión, rigidez, la formación, las destrezas, los conocimientos adquiridos, la experiencia, la capacidad, la mala condición física, los malos hábitos de salud, las necesidades del individuo, las aspiraciones, las

expectativas y los valores. En el anexo 1.6 se explican las demandas organizacionales (estresores) y las características personales mencionadas.

Autores como Mc Grath (1970), Hans Selye (1936), Claude Bernard (1867), Bruce McEwen (2000), Chrousos - Gold (1992), Neidhardt - Weinstein y Conry (1989) consideran que el estrés es producido de manera primordial por estas características personales, debido a una descompensación o a una deficiente correspondencia entre la capacidad o la habilidad del individuo y las expectativas o aspiraciones de ese individuo.

Daza (1993) plantea que la interrelación que se da entre las demandas del trabajo y las características de la persona no es de carácter automático, ni es una comparación de carácter objetivo, sino que está mediatizada por la particular percepción que el individuo tiene de ella y, por lo tanto, es influenciada por aspectos subjetivos. En la generación del estrés laboral la significación e incluso la existencia de una posible situación de desajuste o desequilibrio proviene de la apreciación que el sujeto haga de esa situación.

El modelo biopsicosocial del estrés, sugerido por la Nota Técnica de Prevención 355 (Nogareda, 1994), busca explicar el estrés, y relaciona una situación determinada y la vivencia de esta situación, con las consecuencias fisiológicas y proporciona una estrategia para localizar factores ambientales estresantes y analizar sus consecuencias en el aspecto individual.

Nogareda (1994) ha descrito que en cualquier situación de estrés la corteza cerebral envía señales al hipotálamo quien, a través del sistema nervioso vegetativo (automático), las glándulas suprarrenales, libera adrenalina y noradrenalina, que son las llamadas hormonas del estrés; estas hormonas movilizan nuestro cuerpo y nos hacen luchar o abandonar.

Cuando la situación produce sentimientos de distrés o desamparo, el cerebro envía también mensajes al córtex de los suprarrenales, que segrega otra hormona del estrés: el cortisol, que juega un papel importante en el sistema inmunológico. Esto es más

complejo e incluye la liberación de ACTH de la glándula pituitaria, según lo menciona Nogareda (1994).

Según la percepción que se tenga de las demandas de trabajo, la respuesta del organismo será diferente; ya Selye (1936) distinguía entre reacciones agradables o eutres y desagradables o distres.

Las reacciones fisiológicas dependerán de la percepción que se tenga de las demandas de trabajo, la respuesta del organismo será diferente en cada caso; por ejemplo, las tareas exigentes pero controlables inducirían esfuerzo pero sin estrés. A nivel fisiológico se traduce en un aumento de las catecolaminas y la supresión activa de la secreción de cortisol.

Los estudios actuales se centran en dos dimensiones que son, por un lado, el nivel de actividad o pasividad que implica la tarea, y por otro, la dimensión afectiva según el estado de humor, sea positivo o negativo; en cada caso se producen una serie de reacciones cuyo resultado es el afrontamiento de la situación no deseada o el vencimiento ante la misma, según lo menciona la Nota Técnica de Prevención 355.

Los estudios experimentales basados en esta teoría han permitido identificar dos características específicas de los procesos de trabajo, en función de la percepción que se tenga del trabajo o de la actitud ante el mismo: positiva (eutrés) o negativa (distrés) y en relación al contenido de la tarea: actividad o pasividad.

La combinación de ambas variables conduce a la identificación de algunas de las características específicas de los procesos de trabajo, que promueven determinadas actitudes y que se relacionan con las respuestas neuroendocrinas como el eutres y distres.

El estrés, según la síntesis de las Notas Técnicas de Prevención (NTP) que realiza Alcalá en el 2012, presenta cuatro formas de estrés que son:

Estrés Ordinario: Según la herramienta N.T.P. 318 que habla del estrés como proceso de generación en el ámbito laboral, haciendo referencia a un fenómeno con dimensiones fisiológicas y psicológicas.

Estrés Térmico: Según la NTP 322 El riesgo de estrés térmico, para una persona expuesta a un ambiente caluroso, depende de la producción de calor de su organismo como resultado de su actividad física y de las características del ambiente que le rodea, que condiciona el intercambio de calor entre el ambiente y su cuerpo. Cuando el calor generado por el organismo no puede ser emitido al ambiente, se acumula en el interior del cuerpo y la temperatura de éste tiende a aumentar, pudiendo producirse daños irreversibles.

Tecno Estrés: Una definición más específica (Salanova, 2003) es la que entiende el tecnoestrés como: un estado psicológico negativo relacionado con el uso de TIC o amenaza de su uso en un futuro. Ese estado viene condicionado por la percepción de un desajuste entre las demandas y los recursos relacionados con el uso de las TIC que lleva a un alto nivel de activación psicofisiológica no placentera y al desarrollo de actitudes negativas hacia las TIC.

Burnout: Una definición actualizada y ampliamente aceptada del término es la propuesta por Maslach, Schaufeli y Leiter en el año 2001; quienes definen el burnout como una respuesta prolongada a estresores crónicos a nivel personal y relacional en el trabajo, determinado a partir de las dimensiones conocidas como agotamiento, despersonalización y baja realización personal.

A continuación se explica más a fondo el síndrome de burnout.

### **2.3 Conceptualización del síndrome de burnout**

El estudio del ha sido acometido por autores como Freudenberger (1974) y Maslach (1976), en los que a menudo se encuentran algunas diferencias de matiz conceptual. Esto deriva de la dificultad de definir un proceso complejo como es este síndrome, así como de discriminarlo del concepto de estrés laboral.

Es Freudenberger (1974) quien describe por primera vez este síndrome de carácter clínico. Básicamente, explica el proceso de deterioro en la atención profesional y en los servicios que se prestaban en el ámbito educativo, social, sanitario, etc. Él lo definió como una sensación de fracaso y una experiencia agotadora, que resulta de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador.

Maslach (1976) estudió lo que denominaba pérdida de responsabilidad profesional, así, desde el ámbito psicosocial, describía el síndrome sin estigmatizar psiquiátricamente a la persona. Y en 1986, Maslach y Jackson, define el síndrome como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas.

En 1988, Pines y Aronson proponen una definición más amplia, no restringida a las profesiones de ayuda, refiriéndose a este como el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones con demandas emocionales.

Brill (1984), lo entiende como un estado disfuncional relacionado con el trabajo en una persona que no padece otra alteración psicopatológica significativa. Brill considera que el desarrollo del síndrome de estar quemado por el trabajo puede tener lugar en cualquier trabajo, y no sólo en los que existe un trato directo con el usuario receptor de los servicios laborales.

Desde las consecuencias individuales o síntomas que caracterizan el síndrome y desde un enfoque psicosocial, el burnout se ha conceptualizado como un síndrome con sintomatología de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo.

A partir de todas estas definiciones y conceptualizaciones el autor de este trabajo define al síndrome de burnout una respuesta al estrés laboral crónico integrada por

actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización.

Existen tres elementos fundamentales, según Álvarez, Arce, Barrios y Sánchez (2005) y Maslach (1976) en la presencia del Burnout:

1. Agotamiento emocional, cuya característica es la pérdida progresiva de energía, desgaste y agotamiento.
2. Despersonalización, se presenta un cambio negativo en la actitud, que conlleva a un distanciamiento frente a los problemas, llegando a considerar a las personas con las que se trabaja como objetos.
3. Falta de realización personal, dándose respuestas hostiles hacia sí misma y el trabajo, con manifestaciones incluso depresivas y con tendencia a la huida, decrecimiento en la productividad, que llevan a una escasa o nula realización personal/profesional.

Al respecto señala la Organización Mundial de la Salud (OMS), que en los años 80 publicó un estudio en el que se define el burnout como una respuesta al estrés emocional crónico con tres factores que inciden en: cansancio emocional/físico, descenso de la productividad y notable despersonalización donde coincide con la explicación de los autores antes mencionados.

#### Diferencia del síndrome de burnout con otros constructos

Luego de haber hablado del síndrome de burnout, se puede decir que es fácil confundirlo con otros conceptos como:

- ⇒ Estrés dado que este es un desequilibrio sustancial originado de las demandas del medio y las características personales, lo que genera una respuesta inespecífica ante una amenaza real o supuesta, de situaciones agobiantes que amenazan la homeostasis y producen impacto en las dimensiones psicológicas y fisiológicas del ser humano;
- ⇒ Fatiga de la que según la Real Academia de la Lengua Española (2014) es una molestia ocasionada por un esfuerzo más o menos prolongado o por otras causas y que se manifiesta en la respiración frecuente o difícil;
- ⇒ Boreout que según Fajardo (2010) es la patología que sufren aquellas personas que en su trabajo se ven sometidas a una ocupación por debajo de sus posibilidades que les provoca problemas de motivación, concentración y aversión y temor al trabajo por una creciente desconfianza de sus posibilidades.

Por estas razones es necesario diferenciar el desgaste profesional de los conceptos antes expuestos como se explica en la Tabla 2.4.

<b>Tabla 2.4: Burnout y sus diferencias con otros constructos</b>	
<b>Estrés</b>	<b>Burnout</b>
Hace referencia a procesos relativamente breves.	Es una situación prolongada de desajuste entre las demandas y los recursos laborales que implica el desarrollo de actitudes negativas hacia el trabajo y el estrés laboral no necesariamente
<b>Fatiga</b>	<b>Burnout</b>
La recuperación de la fatiga por parte del trabajador es relativamente rápida y el resultado de la exposición suele ir acompañada de sentimientos de competencia y realización personal,	La recuperación es mucho más lenta y costosa emocionalmente ya que conlleva una auto-evaluación negativa y sentimiento de ineficacia laboral
<b>Boreout</b>	<b>Burnout</b>
Estado de desocupación, aburrimiento y desinterés crónico.	Estado de inoculación crónica en el trabajo.
Fuente: Elaboración propia.	

La etiología del Burnout ha suscitado diversidad de criterios, y se le atribuyen causas muy diversas, diferente grado de importancia de los antecedentes, y distintos factores implicados, lo cual da lugar al desarrollo de modelos explicativos del burnout.

### 2.3.1 Modelos explicativos del burnout

Existen diferentes modelos que explican el síndrome de burnout como el de Competencia Social de Harrison (1983), Pines (1993), Auto eficacia de Cherniss (1993) y Thompson, Page y Cooper (1993) que son modelos basados en la teoría socio-cognitiva del yo, por lo que da gran importancia a las variables del self, como ser, la autoconfianza, auto eficacia, auto concepto. Otros modelos son los: de Comparación social de Buunk y Schaufeli (1993) y el Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freedy (1993), que están basados en las teorías del intercambio social, las cuales plantean que cuando el sujeto establece relaciones interpersonales se pone en marcha el proceso de comparación social. Adicionalmente, existen modelos de la teoría estructural como el Modelo de Gil-Monte y Peiró (1997), donde tienen en cuenta los antecedentes personales, interpersonales y organizacionales para explicar la etiología del Burnout de manera integral, en el anexo 1.7 se exponen estos modelos.

El modelo más aceptado por la comunidad científica internacional para el estudio del síndrome de burnout se basa en las experiencias y estudios de Maslach, Jackson y Leiter en los últimos veinte años. Estos autores utilizan el *Maslach Burnout Inventory* (MBI) como instrumento fundamental de evaluación y establecen que el burnout es concebido como una experiencia individual y crónica de estrés relacionada con el contexto social. El modelo incluye tres componentes: la experiencia de estrés, la evaluación de los otros y la evaluación de uno mismo. El modelo multidimensional contempla la interacción de varios tipos de factores, sin destacar de forma particular a unos más que a otros, sino que será esta interacción la que delimite cuales son las variables más importantes en un caso en concreto. Por las razones expuestas el presente modelo ha sido elegido para desarrollar el trabajo de investigación.

### 2.3.2 Factores de riesgo del síndrome de burnout

Vera (2006) describe cinco elementos asociados en la gestión del síndrome de burnout: la organización, los cambios supra organizativos, el diseño del puesto de trabajo, las relaciones interpersonales y las características individuales, los que se muestran en la Tabla 2.5.

<b>Tabla 2.5: Factores de riesgo del síndrome de burnout</b>	
<b>Organización</b>	<b>Diseño del puesto de trabajo</b>
Estructura de la organización muy jerarquizada y rígida Falta de apoyo instrumental por parte de la organización Exceso de burocracia Falta de participación de los trabajadores Falta de coordinación entre las unidades Falta de formación práctica a los trabajadores en nuevas tecnologías Falta de refuerzo o recompensa Falta de desarrollo profesional Relaciones conflictivas en la organización Estilo de dirección inadecuado Desigualdad percibida en la gestión de los R.R.H.H.	Sobrecarga de trabajo, exigencias emocionales en la interacción con el cliente Descompensación entre responsabilidad y autonomía Falta de tiempo para la atención del usuario (paciente, cliente, subordinado, etc.) Disfunciones de rol: conflicto-ambigüedad-sobrecarga de rol Carga emocional excesiva Falta de control de los resultados de la tarea Falta de apoyo social tareas inacabadas que no tienen fin Poca autonomía decisional Estresores económicos Insatisfacción en el trabajo
<b>Relaciones interpersonales</b>	<b>Características personales</b>
Trato con usuarios difíciles o problemáticos Relaciones conflictivas con clientes Negativa dinámica de trabajo Relaciones tensas, competitivas, con conflictos entre compañeros y con usuarios Falta de apoyo social Falta de colaboración entre compañeros en tareas complementarias Proceso de contagio social del síndrome de burnout Ausencia de reciprocidad en los intercambios sociales	Alta motivación para la ayuda: grado de altruismo Alto grado de idealismo Alto grado de empatía Elevado grado de perfeccionismo Constancia en la acción Baja autoestima Reducidas habilidades sociales Tendencia a la sobre implicación emocional Locus de control externo Baja auto eficacia
<b>Cambios supra organizativos</b>	
Cambios tecnológicos que implican un aumento de las demandas cuantitativas y cualitativas en el servicio a la población usuaria Cambios en la concepción del trabajo: el trabajo emocional Aparición de situaciones que impliquen pérdida de estatus o prestigio Aparición de nuevas leyes que impliquen cambios estatutarios y de ejercicio de la profesión Cambios en la cultura de la población usuaria, la sociedad de la queja Cambios en los programas de servicio Cambios en los procedimientos, tareas o funciones del trabajo Cambios en los perfiles demográficos de la población usuaria y que requiere de un cambio de roles	
Fuente: Elaboración propia.	

Al tener en cuenta los factores estresores, es necesario considerar las fases del síndrome de burnout.

### **2.3.3 Fases del proceso del burnout**

El Instituto Español de Seguridad e Higiene en el Trabajo (2006) destaca cinco fases en el desarrollo del síndrome.

1. Fase inicial, de entusiasmo: Se experimenta, ante el nuevo puesto de trabajo, entusiasmo, gran energía y se dan expectativas positivas. No importa alargar la jornada laboral.
2. Fase de estancamiento: No se cumplen las expectativas profesionales. Se empiezan a valorar las contraprestaciones del trabajo, percibiendo que la relación entre el esfuerzo y la recompensa no es equilibrada. En esta fase tiene lugar un desequilibrio entre las demandas y los recursos (estrés); por tanto, definitoria de un problema de estrés psicosocial. El profesional se siente incapaz para dar una respuesta eficaz.
3. Fase de frustración: Se puede describir una tercera fase en la que la frustración, desilusión o desmoralización hace presencia en el individuo. El trabajo carece de sentido, cualquier cosa irrita y provoca conflictos en el grupo de trabajo. La salud puede empezar a fallar y aparecer problemas emocionales, fisiológicos y conductuales.
4. Fase de apatía: En la cuarta fase se suceden una serie de cambios actitudinales y conductuales (afrontamiento defensivo) como la tendencia a tratar a los clientes de forma distanciada y mecánica, la anteposición cínica de la satisfacción de las propias necesidades al mejor servicio al cliente y por un afrontamiento defensivo-evitativo de las tareas estresantes y de retirada personal. Estos son mecanismos de defensa de los individuos.
5. Fase de quemado: Colapso emocional y cognitivo, fundamentalmente, con importantes consecuencias para la salud. Además, puede obligar al trabajador a dejar el empleo y arrastrarle a una vida profesional de frustración e insatisfacción.

La Nota Técnica de Prevención 704 (NTP-704) sugiere que esta descripción de la evolución del síndrome de burnout tiene carácter cíclico, por lo cual, afirma que, se puede repetir en el mismo o en diferentes trabajos y en diferentes momentos de la vida laboral.

Al considerar que el síndrome de burnout es un estado en el cual se hace notorio el desgaste profesional de los colaboradores de la institución, y que, influye directamente en la pérdida de la productividad y calidad del trabajo ejecutado es importante considerar las consecuencias al no tratar de forma adecuada a esta patología.

### 2.3.4 Consecuencias del burnout para la organización y para el trabajador

Existen diversas consecuencias que acarrea la patología para el trabajador, siendo estas de orden psicosomático, conductual, emocional, actitudinal e interpersonal, lo cual conlleva en la organización a un deterioro en las relaciones internas, en la disminución de la productividad y calidad de los servicios prestados a los clientes como lo explica Vera (2006, 2) ver Tabla 2.6.

Tabla 2.6: Consecuencias del Síndrome de Burnout	
Campo	Síntomas
Trabajador	<u>Psicosomáticos</u> : Agotamiento, malestar general, fatiga crónica, alteraciones funcionales, dolores de cabeza, problemas de sueño, úlceras y otros desórdenes gastrointestinales, pérdida de peso, molestias y dolores musculares, hipertensión, crisis de asma, etc.
	<u>Conductuales</u> : conducta despersonalizada en la relación con el cliente, absentismo laboral, conductas de exceso, cambios bruscos de humor, incapacidad para vivir de forma relajada, incapacidad de concentración, superficialidad en el contacto con los demás, aumento de conductas hiperactivas y agresivas
	<u>Emocionales</u> : agotamiento emocional, síntomas disfóricos, distanciamiento afectivo, ansiedad, sentimientos de culpabilidad, impaciencia e irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, sentimiento de soledad, sentimiento de alienación, sentimientos de impotencia, desorientación, aburrimiento, vivencias de baja realización personal, sentimientos depresivos
	<u>Actitudinales</u> : actitudes de desconfianza, apatía, cinismo e ironía hacia los clientes de la organización, hostilidad, suspicacia y poca verbalización en las interacciones
	<u>Sociales y de relaciones interpersonales</u> : actitudes negativas hacia la vida en general, disminuye la calidad de vida personal, aumento de los problemas de pareja, familiares y en la red social extra laboral del sujeto,
Organización:	Deterioro de la comunicación y las relaciones interpersonales, disminución la capacidad de trabajo, disminución del compromiso, bajo el rendimiento, aumento de absentismo y desmotivación, aumento de rotación de personal, resulta muy afectada la calidad de los servicios que se presta a los clientes, surgen sentimientos de desesperación e indiferencia frente al trabajo, se produce un aumento de quejas de usuarios o clientes, etc.
Fuente: Elaboración propia.	

Para poder cuantificar el nivel de tendencia del síndrome de burnout y poder prevenir las consecuencias que acarrea es necesario medir con instrumentos diseñados para cumplir este objetivo y de esta manera ejecutar estrategias de prevención.

### **2.3.5 La medida de los síntomas del burnout**

Existen varios instrumentos de medida del síndrome de burnout, entre los cuales se encuentran los siguientes, algunos de ellos aplicados en el sector de la salud:

Una de las primeras investigaciones en el desarrollo de un instrumento de medición del síndrome es la de Gillespie (1980), quien desarrolla siete indicadores en forma de ítems, con opción de respuesta tipo Likert, en una muestra de 183 sujetos, los indicadores son: proporcionar servicios que merezcan la pena, evitar dificultades con los clientes, encolerizarse con las maneras amables, auto separación de los clientes, preferir la oficina al campo, bromear continuamente sobre los clientes, y ausentarse varios días.

Pines, Aronson y Kafry, en 1981, desarrollan el instrumento de medida del tedio (*Tedium Measure*), aunque después de un replanteamiento conceptual del constructo los mismos autores en 1988 lo transforman en lo que hoy se conoce como el *Burnout Measure*. Este instrumento consta de 21 ítems, con siete opciones de respuesta que son abordados en 3 dimensiones las cuales son: agotamiento físico, agotamiento emocional y agotamiento mental.

En una investigación más amplia Kremer y Hofman, en 1985, crean el *Burnout Scale*, el cual se centra en cinco ítems a modo de auto informe y que no se someten a análisis factorial, por lo que se desconoce si analizan realmente burnout, si lo hacen unidimensionalmente o si por el contrario sus ítems se distribuyen en más de un factor, ya que el único dato que ofrecen los autores es el relacionado con su reducida fiabilidad del 54%.

La investigación reciente de Salanova, Schaufeli y Nogareda, en el 2007, sobre el síndrome de burnout con sus tres dimensiones: agotamiento, cinismo e ineficacia profesional, ha puesto de manifiesto la tendencia en el estudio tradicional del concepto a la ampliación a todo tipo de profesiones e incluso a estudiantes universitarios (burnout académico).

La medición del síndrome de burnout más utilizado surge partir de la publicación en el año 1981 del *Maslach Burnout Inventory* o M.B.I. por Maslach y Jackson cuando se establecen criterios de evaluación de dicho síndrome y se extiende el uso de un inventario de medida estandarizado para la evaluación del mismo. No obstante, desde esta primera época hasta la actualidad, el estudio del burnout ha pasado por distintas etapas. En un principio tan solo los profesionales dedicados a trabajos de contacto con personas eran considerados susceptibles de sufrir burnout, hoy en día se sabe que también pueden sufrir burnout otro tipo de profesionales que no trabajan con clientes, sino con objetos (Bresó, 2007).

El MBI (*Maslach Burnout Inventory*) se construyó para medir burnout en educadores y personal del sector servicios (personal de enfermería, asistentes sociales, etc.). La escala evalúa las tres dimensiones (Cansancio Emocional, Despersonalización y Baja Realización) a través de 22 ítems. Debido al hecho de que el cuestionario podía aplicarse de una forma rápida y sencilla ha sido muy utilizado, facilitando así que la definición de burnout implícita en el MBI se convirtiese en la más aceptada.

## **2.4 Relación entre el burnout y la satisfacción del usuario**

Álvarez (2009) manifiesta que el deterioro de la calidad de servicio de salud en la organización, es una consecuencia que se deriva especialmente de las actitudes de despersonalización.

La disminución de la satisfacción y motivación laboral, junto con el deterioro del rendimiento de los profesionales en el trabajo, y el incremento de la frustración, van

a condicionar el desarrollo de actitudes poco positivas y de desinterés en las molestias de los usuarios.

Los profesionales de salud, al ser personal de atención directa y permanente a los usuarios, comienzan a tratarlos como si fueran objetos y no como seres humanos, debido al estrés laboral tienden a tratar a las personas como si fueran un problema. Maslach (1981) señala que el contacto con los clientes es una variable que contribuye al síndrome de burnout, y este lleva a una serie de conductas que implican un distanciamiento de los mismos.

Grazziano y Ferraz (2010), afirman que la profesión de asistencia a la salud es una práctica social; el empeño y la identificación de los niveles de burnout del personal y el desenvolvimiento de estrategias para su prevención y reducción, se constituyen en una tarea imprescindible para evitar el adormecimiento mental y garantizar la calidad de la atención a los pacientes.

Chacón (2012) alega que ante la patología del síndrome de burnout, y la probabilidad de que la presencia de esta enfermedad influya en la calidad de atención a la población, se ve perturbada la satisfacción del usuario de los servicios sanitarios.

Para Grazziano y Ferraz (2010) la calidad del cuidado prestado está relacionada directamente al bienestar del profesional que presta cuidado; de esta forma, medidas que sirvan para garantizar condiciones de trabajo que reduzcan el desgaste físico y emocional se hace imperativo en enfermería, así como la sensibilización de los profesionales e instituciones sobre la naturaleza y ocurrencia del estrés y burnout traerían beneficios a ambos.

Después de haber planteado los diversos instrumentos de medición del síndrome de burnout y posteriormente su relación con la satisfacción del usuario es importante desarrollar actividades que generen impacto, tanto en la patología como en la calidad

del servicio que el personal presta. Estas acciones deben detallarse en un plan de prevención.

## **2.5 Plan de prevención de síndrome de burnout**

Romero (2004) define el plan de prevención como un documento que constituye una recopilación estructurada de las normativas, que junto con la política de seguridad y salud ocupacional y el reglamento interno definen los objetivos y la asignación de responsabilidades a los distintos niveles jerárquicos de una empresa, con el fin de asegurar la buena gestión de los factores que influyen en la prevención de síndrome de burnout.

El plan como herramienta de promoción de la salud; debe asegurar la participación activa de los trabajadores en asuntos de prevención de riesgos en la empresa, que se materializa a través de delegados y/o comités de seguridad en salud.

El plan de prevención, por ser un documento que busca erradicar, disminuir o atenuar la exposición al síndrome de burnout debe cumplir con requerimientos especiales de diseño, elaboración, contenido y funcionamiento especiales para que se pueda ejecutar; estas características se muestra en la Tabla 2.7 a continuación:

<b>Tabla 2.7: Características de un plan de prevención de síndrome de burnout</b>	
<b>Requerimientos</b>	<b>Objetivos</b>
<p>Evaluación de riesgos: riesgos identificados y criterios de valoración utilizados.</p> <p>La organización estructural de la empresa: Las responsabilidades, las prácticas, los procedimientos y los recursos necesarios para llevar a cabo la política de prevención de la empresa.</p> <p>Mecanismos para implementar la participación de los representantes de los trabajadores en los temas en que corresponda.</p> <p>La documentación necesaria y la ejecución de éstos en la empresa, considerando las normas existentes.</p>	<p>Declarar la política de prevención de la empresa.</p> <p>Definir las responsabilidades y las funciones, en materia de seguridad, de todos los niveles jerárquicos de la empresa.</p> <p>Presentar e informar sobre el nivel de prevención alcanzado.</p> <p>Servir de vehículo para la formación, la calificación y la motivación del personal, respecto a la prevención de riesgos laborales.</p> <p>Eliminar o atenuar la exposición al riesgo.</p>
<b>Funcionamiento</b>	<b>Contenido</b>
<p>Se previene todos y cada uno de los problemas.</p> <p>Las actividades de la empresa no provoquen incidentes o accidentes que afecten a las personas, a los bienes o al entorno.</p> <p>Se actúa de manera adecuada cuando se produce una alteración del sistema.</p> <p>Refleja la organización y de las disposiciones de las empresas para la gestión de la prevención.</p>	<p>Política de riesgos de la empresa, que debe estar legalizada en el reglamento de seguridad y salud ocupacional.</p> <p>Evaluación del riesgo, método e instrumento de evaluación del riesgo que se desea prevenir.</p> <p>Medidas de prevención, que se han diseñado para atenuar el riesgo medido.</p> <p>Estrategias de prevención, conjunto de acciones que buscan cumplir con las medidas de prevención.</p> <p>Actividades de prevención, son las tareas para cumplir con las estrategias de prevención mediante el señalamiento de objetivos específicos y responsables.</p>
<b>Ventajas</b>	
<p>Ayudar a conseguir una cultura común en prevención, entre las diferentes áreas y niveles de la empresa, asegurando la correcta comunicación entre las distintas partes interesadas.</p> <p>Proporciona a la empresa procedimientos para poner en práctica las metas y objetivos vinculados a su política de prevención, y también para comprobar y evaluar el grado de cumplimiento en la práctica.</p> <p>Demuestra a las partes interesadas la capacidad del plan para controlar los efectos de sus actividades, productos o servicios de la empresa.</p> <p>Ofrece las directrices para evaluar y poner en práctica estrategias de gestión relacionadas con la prevención de riesgos laborales.</p> <p>Permite introducir mejoras continuas en el sistema que se establezcan en el documento, que aumenten y garanticen la calidad de vida laboral.</p>	
Fuente: Adaptación Romero (2004)	

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1. Modalidad y alcance de la investigación**

Mediante la aplicación un enfoque cuantitativo se describe el síndrome de burnout y se precisan sus características en los funcionarios de los servicios de salud; ya que la investigación está orientada a la exploración, descripción y entendimiento del problema, se obtienen datos numéricos y se utilizan herramientas estadísticas.

La investigación tiene un alcance descriptivo, correlacional y explicativo porque describe el síndrome de burnout y se detalla cómo se manifiesta, especificando las características de aparición de la enfermedad psicológica y cómo esto impacta negativamente en la satisfacción del usuario, con lo que se conoce la relación que existe entre el síndrome de burnout y la satisfacción del usuario; además se identifican los factores estresores, tanto organizacionales como individuales, lo que se atribuye a esclarecer las causas del síndrome de burnout.

Es de tipo no experimental transversal, pues se desarrolla en único espacio de tiempo, comprendido entre enero y mayo del 2015.

##### **3.1.1 Método aplicado**

Se utilizan los métodos del nivel teórico de conocimiento: inductivo - deductivo, análisis y síntesis.

El método inductivo - deductivo, ya que se analizan los resultados particulares del síndrome de burnout y la satisfacción del usuario para comprender las relaciones entre ella y de esta manera diseñar un plan de prevención que impacte en los dos fenómenos mencionados. Por lo cual, este método va de las características particulares a generar conclusiones, y de lo general para constatar en el objeto de estudio práctico.

El análisis y síntesis, porque se descompone al síndrome de burnout en dimensiones para su análisis, así como la satisfacción del usuario en cinco atributos, llegándose a un análisis general de ambas variables y las relaciones que existen entre las mismas.

Los métodos del nivel de conocimiento empírico aplicados permiten obtener y elaborar datos empíricos, revelando y explicando a través de éstos, las características fenomenológicas del síndrome de burnout y la satisfacción del usuario, a través de la aplicación del cuestionario de satisfacción y el Inventario de Maslach; además de comparar la magnitud de la satisfacción de los usuarios respecto de los servicios que presta la unidad de salud versus el síndrome de burnout detectados.

### **3.1.2 Técnicas e instrumentos de recolección de Información**

**Cuestionario:** esta técnica se aplica para medir el grado de satisfacción del usuario mediante la respuesta de varias preguntas. La encuesta aplicada se basa en los atributos declarados en el Modelo SERVQUAL modificada por Hernández - Junco (2009), que se muestra en el anexo II.1. Los ítems se distribuyen de la siguiente forma: tangibilidad 1 - 2 - 3 - 4 - 5; empatía 6 - 7 - 8 - 9 - 10; fiabilidad 11 - 12 - 13 - 14 - 15; seguridad 16 - 17 - 18 - 19; y; capacidad de respuesta 20 - 21 - 22 - 23; de tal manera el presente tiene puntuaciones que van de Muy satisfecho (1), Satisfecho (2), Ni satisfecho Ni insatisfecho (3), Insatisfecho (4) y Muy insatisfecho (5).

**Inventario:** Inventario de Burnout de Maslach y Jackson (1981) que se aplica a los profesionales de la salud de los servicios de consulta externa, el cual se muestra en el anexo II.2. La metodología propuesta por Maslach (1986), define puntuaciones altas en las dos primeras dimensiones (Cansancio emocional y Despersonalización) y bajas en la tercera (Baja realización) para determinar la presencia del síndrome. Los ítems se distribuyen de la siguiente forma: cansancio emocional 1 - 2 - 3 - 6 - 8 - 13 - 14 - 16 - 20; despersonalización 5 - 10 - 11 - 15 - 22; y realización personal 4 - 7 - 9 - 12 - 17 - 18 - 19 - 21, se obtiene la calificación descrita en la Tabla 3.1.

Tabla 3.1: Calificación del MBI			
Dimensión	Nivel		
	Bajo.	Medio.	Alto.
Cansancio emocional.	Inferior a 16.	17 - 27	Superior a 28.
Despersonalización.	Inferior a 5.	6 - 10	Superior a 11.
Baja realización.	Inferior a 40.	34 - 39	Inferior a 33.
Fuente: Maslach (1986).			

Se debe tomar en cuenta que existe síndrome de burnout, siempre y cuando exista un porcentaje alto en la puntuación de la dimensión cansancio emocional y la dimensión despersonalización, y puntuaciones bajas en la dimensión de baja realización, es decir, si las dos primeras dimensiones no se cumplen, no se manifestara el síndrome.

### 3.1.3. Población y muestra

La población está compuesta por 34 profesionales de la salud, distribuidos entre el servicio de consulta externa y hospitalización - emergencia, con los que se mide el síndrome de burnout.

La muestra con la que se mide la satisfacción al usuario está compuesta de 276 unidades muestrales de consulta externa (servicios de odontología, medicina, laboratorio, farmacia, estadística), la presente se obtiene de una población de 979 usuarios atendidos en febrero del 2014.

El tipo de muestreo es probabilístico, aleatorio simple porque todos los usuarios podían ser parte de la muestra; también es aleatorio simple porque todos los pacientes tuvieron la misma probabilidad de ser seleccionados, de tal manera que la muestra se obtuvo mediante la aplicación de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 p \cdot q \cdot N}{Ne^2 + Z^2 p \cdot q}$$

Donde:

$$Z = \text{nivel de confianza } (\alpha=0.95), Z = (1.96)^2 = 3.84$$

$p$  = probabilidad de éxito (0.5%)

$q$  = Probabilidad de fracaso (0.5%)

$N$  = tamaño de la población

$e$  = error de estimación.

$n$  = tamaño de la muestra

### 3.1.4. Procedimiento metodológico

El procedimiento metodológico empleado cuenta con seis pasos, y en cada uno de ellos se especifica: la actividad, método, muestra y/o participantes, como se muestra en la Tabla 3.2.

Tabla 3.2: Caracterización del procedimiento metodológico empleado			
Pasos	Actividad	Métodos	Muestra / Participantes
1.- Fundamentación teórica y metodológica del problema de investigación	- Recolectar información. - Análisis de los antecedentes teóricos y metodológicos.	Análisis - Síntesis Inducción - Deducción	Investigador
2.- Operacionalización de las variables	Operacionalizar las variables: satisfacción al usuario y síndrome de burnout	Análisis - Síntesis	Investigador
3.- Diagnostico del síndrome de burnout y de la satisfacción del usuario.			
3.1 Elaboración, selección de los instrumentos de diagnósticos.	Elaborar y seleccionar los instrumentos de recolección de información	Análisis - Síntesis	Investigador
3.2 Análisis de la fiabilidad y validez de contenido de los instrumentos diagnósticos.	Analizar la validez y fiabilidad de los instrumentos	Alpha de combranch, SPSS versión 2.0, Correlación ítems total	Investigador
3.3 Análisis del síndrome de burnout en el personal sanitario	Aplicar el instrumento y analizar los resultados.	Inventario del Síndrome de Burnout, SPSS versión 2.0	Profesionales de la salud e Investigador
3.4 Análisis de la satisfacción del usuario	Aplicar el instrumento y analizar los resultados.	Cuestionario de Satisfacción del Usuario, SPSS versión 2.0	Usuarios de los servicios e Investigador

4.- Determinación de la relación entre el síndrome de burnout y la satisfacción del usuario	Determinar la relación entre las variables	Correlación de Spearman, SPSS versión 2.0	Investigador
5.- Elaboración del plan de prevención del síndrome de burnout	Elaborar el plan de prevención	Análisis - Síntesis Inducción - Deducción	Investigador
6.- Validación del plan por especialistas			
6.1 Elaboración del cuestionario para la validación	Elaborar el cuestionario de validación	Análisis - Síntesis	Investigador
6.2 Selección y caracterización de los especialistas y beneficiarios	Seleccionar los especialistas y beneficiarios para la validación	Análisis - Síntesis	Investigador
6.3 Aplicación del cuestionario a los especialistas y beneficiarios	Aplicar el cuestionario de validación	Cuestionario de validación	Especialistas, beneficiarios e Investigador
6.4 Análisis de los resultados de la validación.	Analizar los resultados obtenidos	Análisis - Síntesis	Investigador
Fuente: Elaboración propia.			

Después de haber abordado tanto fundamentación teórica y metodológica, así como el procedimiento metodológico, es importante establecer las características de las variables que presenta el tema de investigación, por lo cual a continuación se aborda la operacionalización de las variables anteriormente fundamentadas.

El síndrome de burnout se operacionaliza a partir de la conceptualización y de las dimensiones declaradas por los autores Freudenberger (1986), Maslach (1976) Jackson (1986), estas son: Agotamiento emocional, Despersonalización y Baja realización personal; y los indicadores asociados a cada una de ellas se enuncian en la Tabla 3.4, los cuales oscilan entre tres y seis.

La satisfacción del usuario se operacionaliza a partir de la conceptualización y de las dimensiones declaradas por los autores Cadotte, Woodruff y Jenkins (1987), estas son: Tangibilidad, Empatía, Fiabilidad, Seguridad y Capacidad de respuesta ; y los

indicadores asociados a cada una de ellas se enuncian en la Tabla 3.3, los cuales oscilan entre tres y cinco.

### 3.1.5 Operacionalización de las variables

A continuación en la Tabla 3.3 se muestra la tabla de la operacionalización de variables ejecutada.

Tabla 3.3: Operacionalización de las variables				
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores
Síndrome de Burnout	Sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador. Freudenberger (1986)	Nivel de agotamiento físico, mental y emocional causado por la exposición durante largos periodos a una situación que afecta emocionalmente a una persona.	Agotamiento emocional	Agotamiento laboral, sensación de vacío, fatiga matinal.
			Despersonalización	Empatía, agotamiento emocional, eficacia.
			Baja realización personal	Influencia positiva, endurecimiento emocional, frustración, ansiedad, estima.
Satisfacción del Usuario	Sensación desarrollada a partir de la evaluación de la experiencia del servicio. Cadotte, Woodruff y Jenkins (1987).	Nivel de calidad asistencial percibido por atributos y de manera general.	Tangibilidad	Limpieza, organización, estado del instrumental y equipos.
			Empatía	Amabilidad, comunicación, apariencia del personal.
			Fiabilidad	Comunicación, confianza, equidad
			Seguridad	Amabilidad, confort, competencia profesional
			Capacidad de respuesta	Comunicación, competencia profesional, confianza, equidad.
Fuente: Elaboración propia.				

### **3.1.6 Caracterización del Hospital Básico Rafael Ruiz**

En el año de 1970, los ciudadanos pujilenses ven la necesidad de la creación de un hospital, con la finalidad de servir a su población repartidas en varias comunidades de diversa condición socioeconómica y étnica. Este centro de salud hospitalario fue construido en 1971, entra en funcionamiento en 1973, y lleva el nombre de Rafael Ruíz en honor al ilustre médico que dedicó su vida a servir a su ciudad natal en el campo de la salud pública. En el año de 1975, el Ministerio de Salud Pública entrega la Casa de Salud, siendo en esa época Director Provincial de Salud de Cotopaxi el Dr. Edmundo Muñoz, como presidente del Concejo de Pujilí el Sr. Bolívar León, y el Presidente de la República Gral. Guillermo Rodríguez Lara. Balarezo, (2008)

A partir de 1990 se conforman las Áreas de Salud y el hospital pasa a ser Jefatura de Área No 2, con todas las unidades operativas que estaban ubicadas en el Cantón Pujilí y una que políticamente le pertenece a Latacunga; en el año de 1999 se desintegra el Área 7 de Zumbahua pasando 2 unidades operativas a esta jurisdicción que son las más lejanas, Angamarca y Guangaje. Con acuerdo ministerial 4922 del 14 de julio es adherido a la Dirección Distrital 05D04 Pujilí - Saquisilí - Salud, de la cual es Directora la Lic. Sandra Suarez, finalmente con registro oficial 299 del 29 de julio del 2014 es clasificado como un Hospital Básico de segundo nivel de atención, del cual es el Director el Dr. Marcelo Ramírez.

Esta casa de salud tiene capacidad de 15 camas en el servicio de hospitalización, repartidas en 4 salas, un quirófano para la atención a madres embarazadas y cirugías menores, consulta externa, odontología y otros servicios para la atención al paciente. Depende directamente del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, y brinda atención en las siguientes áreas: Pediatría, Odontología, Emergencia, además que presta atención a las parroquias rurales de Zumbahua, Guangaje, la Victoria, Angamarca, contribuyendo de forma permanente al mejoramiento de la población que habita en estos sectores.

## **CAPÍTULO IV**

### **ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

El análisis de los resultados se presenta de acuerdo al orden de los pasos y actividades descritos en el procedimiento metodológico (capítulo anterior). Se procede a la explicación de los resultados del diagnóstico del síndrome de burnout por servicios; posteriormente se analiza los resultados del diagnóstico de la satisfacción del usuario, seguido del análisis de la relación de las dos variables y el grado de influencia de del síndrome de burnout.

En el tiempo en que fue aplicada la evaluación, tanto del síndrome de burnout como la satisfacción del usuario, se presentan variables que influyen en los resultados esperados: 1) la reciente creación de una unidad operativa de primer nivel con el personal del hospital; y; 2) la descentralización de la Dirección Distrital del hospital como una unidad operativa más y no como la unidad operativa base del distrito de salud, esto disminuyó la cantidad de personal, aumentó la presión psicosocial y la producción como unidad de segundo nivel de atención disminuyó en un 77,8%, entre febrero 2014 y febrero 2015, ya que antes los servicios prestados incluían los que se brindan en el primer nivel de atención.

Al realizar el análisis de fiabilidad del inventario del síndrome de burnout mediante la aplicación del software estadístico SPSS versión 2.0, a través del Alpha de Cronbach, se obtiene una confiabilidad del 0.628 y para el cuestionario de satisfacción del usuario se constata un Alpha de Cronbach de 0.953, lo cual indica que los instrumentos son confiables.

Se analiza la validez de contenido a través de la correlación ítem-total para ambos instrumentos, obteniéndose valores que se encuentran entre 0.492 y 0.940 para el inventario del síndrome de burnout (anexo 1.8) y de 0.420 a 0.826 para el cuestionario de satisfacción al usuario (anexo 1.9) con un nivel significancia mayor a 0.40

#### **4.1 Análisis de resultados del síndrome de burnout en el personal de consulta externa**

Según lo que se explica en el capítulo metodológico en la Tabla 3.1 se procede a calcular los datos obtenidos de en cada dimensión en los rangos antes mencionados.

La caracterización de los sujetos investigados del personal sanitario demuestra que: el 38% son auxiliares de salud; el 8% son médicos; el 46% tienen otra profesión que varía entre obstetras, laboratoristas y odontólogos; y el 8% son médicos especialistas (cirujanos y pediatras). El 100% trabaja 8 horas diarias. La edad de los evaluados es distribuida de la siguiente manera: el 8% está entre los 20 y 25 años, el 15% se encuentra entre los 26 y 30 años, el 62% se localiza en un rango de edad entre los 31 y 59 años, y, el 15% tiene de 60 años en adelante. El 62% son mujeres y el 38% son varones. Finalmente el nivel de estudios está distribuido de la siguiente forma: el 8% tiene estudios primarios, el 15% terminó la secundaria, el 8% tiene título superior, el 54% posee título universitario, y el 15% es especialista. Esta caracterización se puede apreciar en los anexos 3.1, 3.2, 3.3, 3.4 e 3.5.

En la dimensión del cansancio emocional se demuestra que el 85% del personal muestra una exposición mínima a situaciones de sobre esfuerzo físico y psicológico del personal, aun así; el 15% denota tendencia en las mujeres a manifestar pérdida de energía y esto se debe muy probablemente a características personales debido a la diferencia de edades y experiencia entre este segmento de la población. Según se puede observar en la Tabla 4.1.

En la dimensión de despersonalización se constata que el 100% del personal no presenta cambios negativos de la actitud, ni considera a las personas como objetos, lo que significa que el personal no muestra despersonalización. Según se puede observar en la Tabla 4.1.

En la dimensión de baja realización personal el 15% de los profesionales presentan tendencia a la huida por la poca realización profesional, esto se debe a la edad promedio en que se encuentran, que es de 60 años, y porque consideran que en la institución están estancados, dado que solo esperan cumplir con pocos requisitos para acogerse a la jubilación. Por otro lado, el 23 % del personal tiene el cargo de auxiliar de servicios de salud y la edad promedio es de 31 años, y existe cierta tendencia a la disminución de su productividad habitual por falta de desarrollo personal y profesional que plantea la actividad que ejecutan. El 60 % de los funcionarios no presentan ningún rasgo de ausencia de esta dimensión. Según se puede observar en la Tabla 4.1.

Se puede observar, según lo mencionado anteriormente, que en el personal de consulta externa del Hospital no existe presencia del síndrome; esto sucede ya que a un mes y medio antes de la aplicación de la evaluación hubo un cambio repentino de líderes de procesos y una división del personal hacia la recientemente creada anidada, lo que conllevó a una reestructuración del personal de salud en el hospital por lo cual los mejores funcionarios no fueron enviados a la unidad naciente.

Dimensión	Indicador		
	BAJO Ausencia del Síndrome	MEDIO Tendencia a padecer el Síndrome	ALTO Presencia del Síndrome
Cansancio Emocional	85%	15%	0%
Despersonalización	100%	0%	0%
Baja realización	62%	23%	15%

Fuente: Elaboración propia.

A continuación se realiza análisis de los indicadores mejor percibidos (ubicados en la mediana 0-1-2) y los indicadores menos percibidos (ubicados en la mediana 3-4-5-6) por ítem entre las puntuaciones más altas y más bajas obtenidas, según como se detalla en la Tabla 4.2.

En la dimensión de cansancio emocional, los 9 indicadores muestran que el personal sanitario no manifiesta síntomas de pérdida de energía entre 69% y 100%,

destacándose el ítem 16 ya que existe ausencia de cansancio al trabajar en contacto directo con los usuarios; y entre el 8% y 39% del personal se siente agotado.

En la dimensión de despersonalización, los 5 indicadores muestran que el personal sanitario no demuestra cambios negativos de actitud o distanciamiento de los problemas de los usuarios entre el 69% y 95% y en la que se destaca el ítem 22 en el cual los pacientes nunca o pocas veces al año culpan al personal de sus problemas, aunque el 8% del mismo ítem los profesionales consideran lo contrario pocas veces por semana.

En la dimensión de baja realización, los 8 indicadores muestran que el personal sanitario no denota respuestas hostiles hacia sí misma y el trabajo entre 54% y 93%, aunque se destaca el ítem 9 con un 85% ya que los funcionarios no sienten que influyen positivamente en la vida de otras personas a través de su trabajo.

Tabla 4.2: Análisis de ítem del inventario de burnout en consulta externa					
Id	Dimensión / Indicador	Mejor Percibido		Menor percibido	
		Mediana	Porcentaje	Mediana	Porcentaje
<b>Cansancio Emocional</b>					
1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.	0-1	Nunca - Pocas veces al Año 69%	4-5-6	Una - Pocas veces por semana, Todos los días 31%
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío.	0-1	Nunca, pocas veces al año 92%	3	Una vez al mes 8%
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.	0-1	Nunca - Pocas veces al Año 85%	3-6	Pocas veces al mes, Todos los días 15%
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.	0-1	Nunca - Pocas veces al Año 92%	6	Todos los días 8%
8	Siento que mi trabajo me está desgastando.	0-1	Nunca - Pocas veces al Año 62%	4-5-6	Una - Pocas veces por semana, Todos los días 39%
13	Me siento frustrado en mi trabajo.	0	Nunca 92%	1	Pocas veces al Año 8%
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.	0-1	Nunca - Pocas veces al Año 77%	4-5-6	Una - Pocas veces por semana, Todos los días 24%
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.	0	<b>Nunca 100%</b>		

20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.	0	Nunca 85%	6	Todos los días 15%
<b>Despersonalización</b>					
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.	0	Nunca 92%	1	Pocas veces al Año 8%
10	Siento que me he hecho más duro con la gente.	0	Nunca 85%	1	Pocas veces al Año 15%
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	0	Nunca 69%	1	Pocas veces al Año 31%
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.	0	Nunca 92%	1	Pocas veces al Año 8%
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	0-1	<b>Nunca - Pocas veces al Año 95%</b>	5	Pocas veces por semana 8%
<b>Baja Realización</b>					
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes.	6	Todos los días 92%	1	Pocas veces al Año 8%
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.	6	Todos los días, Pocas veces por semana 93%	3	Pocas veces al mes 8%
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.	0	<b>Nunca 85%</b>	1	Pocas veces al Año 15%
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo.	6	Todos los días 77%	1-2	Pocas veces al Año Una vez al mes 13%
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.	6 - 4	Todos los días, Una vez por semana 93%	0	Nunca 8%
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes.	6	Todos los días 85%	0	Nunca 15%
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	6	Todos los días 92%	0	Nunca 8%
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.	6-5	Todos los días, Pocas veces por semana 54%	0-1	Nunca, Pocas veces al año 23%
Fuente: Elaboración propia.					

## 4.2 Análisis del síndrome de burnout en el personal de hospitalización y emergencia

La caracterización de los sujetos investigados del personal sanitario demuestra que: el 24% son auxiliares de salud; el 19% son médicos; el 14% tienen otra profesión que varía entre obstetras y paramédicos; el 24% son enfermeras; el 14% son internos de

medicina y el 5% asistentes. El 48% trabaja 8 horas diarias; el 5% trabaja 12 horas; el 38% labora 24 horas; y el 10% labora en un horario distinto. La edad de los evaluados es distribuida de la siguiente manera: el 29% está entre los 20 y 25 años, el 19% se encuentra entre los 26 y 30 años, el 43% se localiza en un rango de edad entre los 31 y 59 años, y, el 10% tiene de 60 años en adelante. El 81% son mujeres y el 19% son varones. Finalmente el nivel de estudios está distribuido de la siguiente forma: el 24% termino la secundaria, el 33% tiene título superior, y el 43% posee título universitario. Esta caracterización se puede apreciar en los anexos 3.7, 3.8, 3.9 e 3.10.

En la dimensión del cansancio emocional se constata que el 86% del personal presenta ausencia total de este síntoma, aunque el 14% presenta pérdida de energía y desgaste emocional, lo que surge del trabajo diario en el área de hospitalización, lo que significa que el trabajador presenta el síndrome en un alto nivel. Según se puede observar en la Tabla 4.3.

En la dimensión de despersonalización el 85% de la muestra no presenta ningún cambio negativo en su actitud frente a los usuarios, solo el 5% considera que tiene tendencia a endurecer sus emociones frente a los pacientes, y el 10% considera que trata a las personas como objetos y números lo que significa que los pacientes reciben un trato humanizado. Según se puede observar en la Tabla 4.3.

Además en la dimensión de baja realización el 81% del personal no manifiesta respuestas hostiles hacia sí mismos. Pero el 5% considera la falta de eficacia en el tratamiento de los problemas de los usuarios. Y mientras el 14% de los funcionarios considera que no puede entender con facilidad a los pacientes así como también sugiere que sus problemas emocionales no son tratados de forma adecuada. Según se puede observar en la Tabla 4.3.

Tabla 4.3: Prevalencia del Burnout en el personal de Hospitalización y Emergencia			
Dimensión	Indicador		
	BAJO Ausencia del Síndrome	MEDIO Tendencia a padecer el Síndrome	ALTO Presencia del Síndrome
Cansancio Emocional	86%	14%	0%
Despersonalización	85%	5%	10%
Baja realización	81%	5%	14%
Fuente: Elaboración propia.			

A continuación se realiza analizar los indicadores mejor percibidos (ubicados en la mediana 0-1-2) y los indicadores menos percibidos (ubicados en la mediana 3-4-5-6) por ítem entre las puntuaciones más altas y más bajas obtenidas, según como se detalla en la Tabla 4.4.

En la dimensión de cansancio emocional, los 9 indicadores muestran que el personal sanitario no manifiesta síntomas de pérdida de energía entre 72% y 95%, destacándose los ítem 3, 6 y 16 con un 95% dado que los funcionarios han logrado establecer conexiones positivas con las personas que rodean su entorno laboral, no presentan agotamiento matinal al iniciar su jornada laboral y existe ausencia de fatiga al trabajar en contacto directo con los usuarios.

En la dimensión de despersonalización, los 5 indicadores muestran que el personal sanitario no demuestra cambios negativos de actitud o distanciamiento de los problemas de los usuarios entre el 86% y 96% y en la que se destaca el ítem 22 en el cual los pacientes nunca o pocas veces al año culpan al personal de sus problemas.

En la dimensión de baja realización, los 8 indicadores muestran que el personal sanitario no denota respuestas hostiles hacia sí misma y el trabajo entre 61% y 95%, y se destaca el ítem 19 con un 95% como en el indicador más alto, el cual los funcionarios consideran que han conseguido cosas valiosas en su trabajo.

Tabla 4.4: Análisis de ítem del test de burnout en Hospitalización y Emergencia					
Id	Dimensión / Indicador	Mejor Percibido		Menor percibido	
		Mediana	Porcentaje	Mediana	Porcentaje
<b>Cansancio Emocional</b>					
1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.	0-1-2	Nunca, Pocas veces al Año, Una vez al mes 80%	3-4-5-6	Pocas veces al mes, Una - Pocas veces a la semana, Todos los días 20%
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío.	0	Nunca 91%	1	Pocas veces al Año 9%
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.	0-1-2	<b>Nunca, Pocas veces al Año, Una vez al mes 95%</b>	4	Una vez a la semana 5%
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.	0-1	<b>Nunca, Pocas veces al Año 95%</b>	4	Una vez a la semana 5%
8	Siento que mi trabajo me está desgastando.	0-1	Nunca, Pocas veces al Año 86%	4-5-6	Una - Pocas veces a la semana, Todos los días 15%
13	Me siento frustrado en mi trabajo.	0-1	Nunca, Pocas veces al Año 90%	4-6	Una vez por semana, Todos los días 10%
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.	0-1	Nunca, Pocas veces al Año 76%	5-6	Pocas veces a la semana, Todos los días 9%
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.	0-1	<b>Nunca, Pocas veces al Año 95%</b>	2	Una vez al mes 5%
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.	0-1	Nunca, Pocas veces al Año 72%	3-5-6	Pocas veces al mes, Pocas veces a la semana, Todos los días 27%
<b>Despersonalización</b>					
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.	0-1	Nunca, Pocas veces al Año 95%	4	Una vez a la semana 5%
10	Siento que me he hecho más duro con la gente.	0-1-2	Nunca, Pocas veces al Año, Una vez al mes 86%	4-6	Una vez a la semana , Todos los días 5%
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	0-1	Nunca, Pocas veces al Año 90%	4	Una vez a la semana 10%
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.	0	Nunca 95%	2	Pocas veces al Año 5%
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	0-1-2	Nunca, Pocas veces al Año, Una vez al mes 96%	6	Todos los días 5%
<b>Baja Realización</b>					
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes.	6-4	Una vez por semana, Todos los días 76%	2-1-0	Nunca, Pocas veces al Año, Una vez al mes 24%
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.	6	Todos los días 86%	1-0	Nunca Pocas veces al Año 15%

9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.	6-4	Una vez por semana, Todos los días 86%	1	Pocas veces al Año 5%
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo.	6	Todos los días 90%	1-0	Nunca, Pocas veces al Año 10%
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.	6	Todos los días 90%	5	Pocas veces por semana 10%
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes.	6-5	Pocas veces por semana, Todos los días 76%	0	Nunca 10%
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	6	<b>Todos los días 95%</b>	5	Pocas veces por semana 5%
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.	6-5-3	Pocas veces por mes/semana, Todos los días 61%	1-0	Nunca, Pocas veces al año 38%
Fuente: Elaboración propia.					

### 4.3 Análisis del síndrome de burnout en todos los servicios

Considerando las fases del proceso del síndrome de burnout, A nivel de todos los servicios el personal del hospital se encuentra en la fase de estancamiento ya que es notorio un desequilibrio entre las demandas y los recursos que se requieren para cubrirlas.

En la dimensión general de cansancio emocional se constata que el 86% del personal no síntomas de agotamiento emocional, aunque el 14% presenta pérdida de energía y desgaste emocional, y ningún trabajador presenta síndrome de burnout en un alto nivel; como se muestra en la Tabla 4.5.

En la dimensión general de despersonalización se obtiene que el 85% de la muestra no presenta ningún cambio negativo en su actitud frente a los usuarios, el 5% considera que tiene tendencia a endurecer sus emociones frente a los pacientes, y el 10% supone que trata a las personas como objetos y números, lo que se debe las relaciones con pacientes problemáticos y a las malas relaciones con entre los compañeros de trabajo. Como se muestra en la Tabla 4.5.

En la dimensión general de baja realización se obtiene que el 81% del personal no manifiesta respuestas hostiles hacia sí mismos, por lo cual esta dimensión no está desarrollada en la institución, sin embargo, el 5% tiene tendencia a padecer el síndrome por la falta de eficacia en el tratamiento de los problemas de los usuarios. Y mientras el 14% de los funcionarios considera que no puede entender con facilidad a los pacientes así como también sugiere que sus problemas emocionales no son tratados de forma adecuada, por lo cual este cambio lo han desarrollado en un alto nivel. Como se muestra en la Tabla 4.5

Considerando que la existencia del síndrome de burnout, se da cuando hay un porcentaje alto en la puntuación de la dimensión cansancio emocional y la dimensión despersonalización lo que genera mayor cantidad de puntuaciones bajas en la dimensión de baja realización, es decir, si las dos primeras dimensiones no se cumplen, no se manifestara el síndrome.

Tabla 4.5: Prevalencia del Síndrome de Burnout a nivel general en el hospital			
Dimensión	Indicador		
	BAJO Ausencia del Síndrome	MEDIO Tendencia a padecer el Síndrome	ALTO Presencia del Síndrome
Cansancio Emocional	85%	15%	0%
Despersonalización	91%	3%	6%
Baja realización	74%	12%	15%

Fuente: Elaboración propia.

#### 4.4 Análisis de resultados del Satisfacción al Usuario

Según lo que se explica en el capítulo metodológico en la Tabla 3.2 se calculan los datos obtenidos de en cada dimensión analizar los resultados de la encuesta de toda la muestra de usuarios.

La caracterización de los sujetos evaluados demuestra que: el 55% de la población que se atiende en el hospital, corresponden al sexo femenino, mientras que el 33 % son del sexo masculino. El segmento al que está orientada la atención del hospital es diverso, aunque la edad de la población que más utiliza los servicios se encuentra entre los 31 y 59 años. El 100% de la muestra tiene un nivel de estudios máximo de primaria, la cual es predominantemente del sector rural del cantón. Según los anexos 3.12, 3.13, 3.14 e 3.15.

En la dimensión tangibilidad, el 76% de la muestra se siente satisfecha con la apariencia del personal de la organización, sin embargo el 17% de usuarios considera que se debe mejorar la organización de las áreas de servicio, así como el instrumental y equipamiento médico. Además, el 7% de los pacientes manifiesta que se pueden mejorar las salas de espera y la limpieza del hospital. Según la Tabla 4.6.

En la dimensión de empatía, el 64% de la muestra considera que recibió un trato amable, servicial, ético-profesional y con sensibilidad humana por parte del personal, según lo que se obtuvo de la moda y mediana. Por otra parte el 19% manifiesta falta de comunicación y carencia de amabilidad en el trato de enfermeros. Mientras que el 17% expresa falta de respeto en el trato de médicos y técnicos. Según la Tabla 4.6.

En la dimensión de fiabilidad, el 64% de la población encuestada se siente satisfecha con la competencia profesional y ética de todos los funcionarios. Mientras que el 26% plantea que tiene dudas sobre el tratamiento indicado. Y el 9% manifiesta que la información ofrecida por el personal acerca de su enfermedad y tratamiento es insuficiente. Según la Tabla 4.6.

En cuanto a la dimensión de seguridad, el 60% de la muestra está satisfecha con el estado físico y mental del personal y del hospital ya que le inspiran confianza y le permiten la recuperación de su salud. El 31% tiene poca disposición de ser atendido nuevamente por el personal del hospital. Y el 9% plantea que no le tiene confianza los médicos. Según la Tabla 4.6.

En cuanto a la dimensión de capacidad de respuesta el 55% de los usuarios plantea que existe disposición del personal para brindar la atención que este requiere. El 33% sugiere que existe poca equidad en el trato de todos los pacientes. Y el 12% manifiesta la falta de personal médico y ausencia de disponibilidad del equipamiento y materiales médicos. Según la Tabla 4.6.

<b>Tabla 4.6: Resultados de la Satisfacción al Usuario en el Hospital</b>			
<b>DIMENSIÓN</b>	<b>INDICADOR</b>		
	<b>Mala</b> Insatisfacción total del usuario	<b>Regular</b> Existen varios aspectos que mejorar	<b>Buena</b> Satisfacción total del usuario
Tangibilidad	7%	17%	76%
Empatía	17%	19%	64%
Fiabilidad	9%	26%	64%
Seguridad	9%	31%	60%
Capacidad de Respuesta	12%	33%	55%
Satisfacción Global	12%	21%	67%
Fuente: Elaboración propia.			

Se analizan los indicadores mejor percibidos (ubicados en la mediana 1 y 2) y los indicadores menos (ubicados en la mediana 4 y 5)

En el atributo de tangibilidad, los 5 indicadores muestran que los usuarios están satisfechos entre 71% y 87%, destacándose los ítems 1 y 4 con un 87% los pacientes se sienten complacidos con la limpieza de la institución y la apariencia de los profesionales de salud.

En el atributo de empatía los 5 indicadores muestran que los usuarios están satisfechos entre el 70% y 78% y en la que se destaca el ítem 6 con un 78% en el cual los pacientes consideran que los médicos presentan su preocupación por los síntomas que manifiestan.

En el atributo de fiabilidad los 5 indicadores muestran que los usuarios están satisfechos entre 69% y 81%; se destaca el ítem 14 con un 81% como en el indicador

más alto, en el cual los usuarios destacan que reciben la información necesaria del médico sobre su enfermedad y tratamiento.

En el atributo de fiabilidad los 3 indicadores muestran que los usuarios están satisfechos entre 69% y 72%; se destaca el ítem 18 con un 72% como en el indicador más alto, en el cual los usuarios presentan su disposición a ser atendidos nuevamente por el personal.

En el atributo de capacidad de respuesta los 5 indicadores muestran que los usuarios están satisfechos entre 54% y 77%; se destaca el ítem 20 con un 77% como en el indicador más alto, en el cual los usuarios se presentan satisfechos con la equidad en el trato que brindan los funcionarios.

Tabla 4.7: Análisis por ítem del cuestionario de satisfacción al usuario					
#	ÍTEMS	Mejor Percibido		Menor percibido	
		Mediana	Porcentaje	Mediana	Porcentaje
<b>Tangibilidad</b>					
1	Limpieza del local.	1-2	<b>Muy Satisfecho, Satisfecho 87%</b>	4	Insatisfecho 5%
2	Organización del área.	1-2	Muy Satisfecho, Satisfecho 72%	4 - 5	Insatisfecho, Muy Insatisfecho 7%
3	Estado del instrumental y equipamiento médico.	1-2	Muy Satisfecho, Satisfecho 71%	4	Insatisfecho 3%
4	Apariencia del personal: médicos, enfermeros y técnicos	1-2	<b>Muy Satisfecho, Satisfecho 87%</b>	5	Muy insatisfecho 2%
5	Confort del salón de espera y local de la consulta.	1-2	Muy Satisfecho, Satisfecho 79%	4	Insatisfecho, Muy Insatisfecho 7%
<b>Empatía</b>					
6	Escucha activa por parte del médico sobre los síntomas y preocupaciones de paciente.	1-2	<b>Muy Satisfecho, Satisfecho 78%</b>	4-5	<b>Insatisfecho, Muy Insatisfecho 8%</b>
7	Adecuada comunicación con el paciente.	1-2	Muy Satisfecho, Satisfecho 70%	4-5	Insatisfecho, Muy Insatisfecho 10%
8 - 9 - 10	Amabilidad, respeto en el trato de médicos, enfermeros y técnicos.	1-2	Muy Satisfecho, Satisfecho 74%	4-5	Insatisfecho, Muy Insatisfecho 14%
<b>Fiabilidad</b>					
11	Competencias profesionales de: médicos, enfermeros, técnicos.	1-2	Muy Satisfecho, Satisfecho 80%	4-5	Insatisfecho, Muy Insatisfecho 8%
12	Información y ayuda al llegar al cuerpo de guardia por enfermera clasificatoria, portero, secretaria, camillero.	1-2	Muy Satisfecho, Satisfecho 70%	4-5	Insatisfecho, Muy Insatisfecho 9%
13	Satisfacción con la atención de: médicos, enfermeros.	1-2	Muy Satisfecho, Satisfecho 69%	4-5	Insatisfecho, Muy Insatisfecho 14%

14	Información ofrecida por el médico acerca de su enfermedad y tratamiento.	1-2	<b>Muy Satisfecho, Satisfecho 81%</b>	4-5	Insatisfecho, Muy Insatisfecho 9%
15	Satisfacción con el tratamiento indicado.	1-2	Muy Satisfecho, Satisfecho 76%	5	<b>Muy insatisfecho 2%</b>
<b>Seguridad</b>					
16	Satisfacción con la calidad del servicio del hospital de forma general.	1-2	Muy Satisfecho, Satisfecho 69%	4-5	Insatisfecho, Muy Insatisfecho 11%
17	Confianza en: médicos, enfermeros, técnicos.	1-2	Muy Satisfecho, Satisfecho 71%	4-5	<b>Insatisfecho, Muy Insatisfecho 10%</b>
18	Disposición a ser atendido nuevamente por el personal del hospital.	1-2	<b>Muy Satisfecho, Satisfecho 72%</b>	4-5	Insatisfecho, Muy Insatisfecho 12%
<b>Capacidad de Respuesta</b>					
19	Satisfacción de la calidad de la atención médica.	1	Muy Satisfecho, Satisfecho 71%	4	Insatisfecho, Muy Insatisfecho 10%
20	Equidad en el trato de todos los pacientes.	1	<b>Muy Satisfecho, Satisfecho 77%</b>	4	Insatisfecho, Muy Insatisfecho 9%
21	Atención rápida y eficaz al paciente según sus necesidades por parte del médico.	1	Muy Satisfecho, Satisfecho 54%	5	Insatisfecho, Muy Insatisfecho 16%
22	Disponibilidad del equipamiento médico y materiales.	1	Muy Satisfecho, Satisfecho 69%	5	Insatisfecho, Muy Insatisfecho 12%
23	Tiempo de espera de los resultados de exámenes	1	Muy Satisfecho, Satisfecho 56%	5	Insatisfecho, Muy Insatisfecho 12%
Fuente: Elaboración propia.					

## 4.5 Relación entre el síndrome de burnout y la satisfacción del Usuario

Al analizar la correlación de Spearman entre la pregunta filtro de satisfacción del usuario (Satisfacción con la calidad del servicio del hospital de forma general.) y todas las interrogantes que abordan las tres dimensiones del síndrome de burnout (según se presenta en la Tabla 4.8 y anexo 1.10), se constata la ausencia de relación estadísticamente significativa entre ambas variables, por lo que la percepción del usuario sobre la calidad del servicio que presta el personal sanitario es considerada satisfactoria, destacándose la atención que ofrecen los médicos y enfermeras, así como la información que proveen sobre la enfermedad y el tratamiento (información obtenida del análisis descriptivo presentado con anterioridad); lo que indica que aunque existe tendencia a desarrollar el síndrome, no afecta la satisfacción de los

usuarios por el servicio brindado. No obstante, se debe atender con prioridad esta situación para tomar las medidas pertinentes a favor del cliente interno y externo.

Tabla 4.8: Correlación de Spearman entre el Burnout y la Satisfacción del usuario 1													
			Test de Maslach										
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Encuesta de Satisfacción del Usuario	16	Coefficiente	.143	.066	-.042	.176	-.228	-.226	.011	-.053	-.056	-.008	.048
		Significancia	.421	.709	.813	.319	.194	.199	.951	.767	.752	.966	.785
				Test de Maslach									
	16		12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Coefficiente		-.086	-.183	.189	-.027	-.228	.037	-.046	-.109	-.133	-.012	-	.098
	Significancia	.629	.301	.284	.882	.194	.834	.795	.540	.453	.946	.580	

Fuente: Elaboración propia.

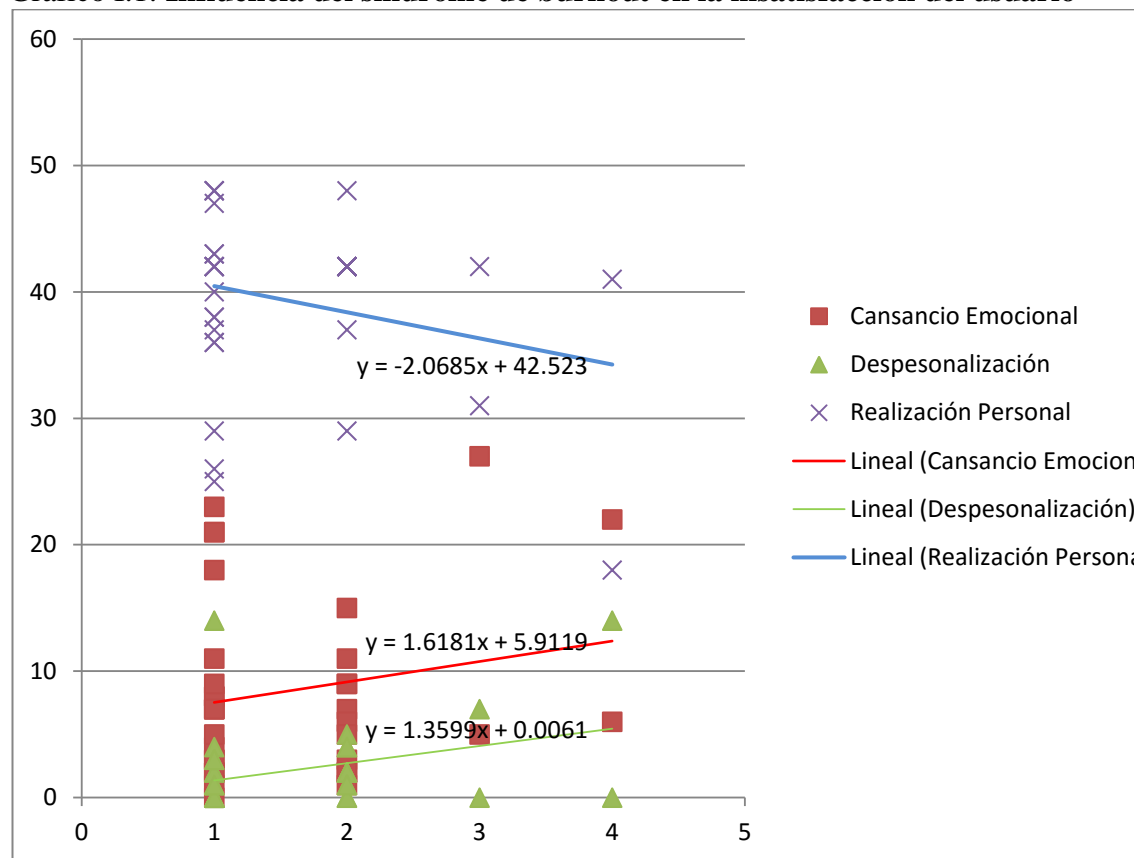
#### 4.6 Influencia del síndrome de burnout en la satisfacción del usuario

El análisis de la influencia del síndrome de burnout en la satisfacción del usuario se desarrolla mediante la regresión lineal, a través de la información recolectada por la pregunta filtro del cuestionario de satisfacción del usuario y los resultados de las dimensiones del inventario de burnout.

Según los datos obtenidos en la regresión lineal realizada en el programa Excel según la Tabla 4.9, el coeficiente de relación múltiple es de 0.4216, el coeficiente de determinación es de .1778. Con lo cual se puede determinar que existe una baja influencia del en la satisfacción del usuario y, además los cambios que son ocurridos en el síndrome de burnout tienen poca o nula influencia con los cambios que son ocurridos en la satisfacción del usuario.

Tabla 4.9: Estadísticas de la regresión	
<i>Coefficiente de correlación múltiple</i>	0.42169499
<i>Coefficiente de determinación R<sup>2</sup></i>	0.177826665
<i>R<sup>2</sup> ajustado</i>	0.095609331
Fuente: Elaboración propia	

Gráfico I.1: Influencia del síndrome de burnout en la insatisfacción del usuario



Fuente: Elaboración propia

Se demuestra linealidad entre las tres dimensiones, destacándose la dimensión de realización personal y el cansancio emocional. En donde por cada 2.06% de aumento en el puntaje global de la dimensión de realización personal, la satisfacción del usuario aumentara en un 42.52%; por el contrario en la dimensión del cansancio emocional, por cada 1.61% en el puntaje global de esta, la satisfacción del usuario disminuye en un 5,91%.

Una vez analizado: la validez, fiabilidad de los instrumentos diagnósticos, los resultados obtenidos de las encuestas de satisfacción al usuario y síndrome de burnout; y la relación entre las variables, se procede a la elaboración de un plan de prevención de dicho síndrome en el Hospital Básico Rafael Ruiz, para eliminar o atenuar los factores de riesgo a los que están expuestos los profesionales sanitarios del área de consulta externa, hospitalización y emergencia de esta unidad operativa.

#### **4.7 Propuesta de plan de prevención síndrome de burnout y su influencia para el Hospital Básico Rafael Ruiz**

En la apreciación del investigador, el plan de prevención del síndrome de burnout es un documento que, debidamente autorizado, constituye una recopilación estructurada de las normativas que junto con la política de seguridad y salud ocupacional y el reglamento interno, definen los objetivos y la asignación de responsabilidades a los distintos niveles jerárquicos de una empresa, con el fin de asegurar la adecuada gestión de los factores que influyen en la aparición del desgaste profesional.

El Hospital como unidad operativa de la Dirección Distrital en coordinación con el Comité Distrital de Seguridad y Salud Ocupacional (SSO), con el Técnico de SSO Distrital y el Médico Ocupacional, acata las disposiciones y normativas planteadas en temas de seguridad ocupacional, con el apoyo necesario del Responsable de Talento Humano, para la aplicación, cumplimiento, seguimiento de la Política y Reglamento de Seguridad y Salud Ocupacional.

Según los resultados del diagnóstico del síndrome de burnout en el personal sanitario, las dimensiones que tienen mayor tendencia a la aparición de este tipo de estrés laboral son la baja realización y el cansancio emocional; partiendo de esto se diseñó el presente plan de prevención de dicha enfermedad. A esto se le añaden diversos problemas entre los cuales se puede señalar: las fallas en el proceso de inducción, el desconocimiento de esta enfermedad profesional, la ausencia de estrategias de desarrollo profesional, las tensas relaciones entre los compañeros y los pacientes, poco apoyo social y el exceso o pobre carga laboral.

#### **Evaluación del síndrome de Burnout**

Se debe analizar de forma anual la existencia o no del síndrome de burnout mediante el instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI), con el fin de dar seguimiento a dicha enfermedad en el personal sanitario del hospital.

### **Medidas preventivas del el síndrome de burnout**

Según la Nota Técnica de Prevención 705 (Fidalgo, 2006), las medidas para prevenir el burnout se pueden encuadrar en tres niveles distintos de actuación. En un caso implementando acciones de corte fundamentalmente organizativas, en otro fomentando o regulando las interacciones que se producen en la empresa entre los individuos, y finalmente se categorizan aquellas acciones que están focalizadas en el trabajador, las individuales.

En esta nota técnica se plantea que a nivel organizacional se debe realizar una identificación y evaluación de riesgos psicosociales, modificando aquellas condiciones específicas y antecedentes que promueven la aparición del síndrome, con el fin de establecer programas de acogida que integren un trabajo de ajuste entre los objetivos de la organización y los percibidos por el individuo, y de esta forma surjan mecanismos de retroalimentación del resultado del trabajo, para así disponer oportunamente de la formación continua, y así regular las demandas en lo referente a la carga de trabajo, entre otros aspectos, de tal forma que elimine o atenué el riesgo promoviendo la seguridad y salud laboral.

Añade esta nota técnica que a nivel interpersonal es preciso fortalecer los vínculos sociales entre los trabajadores, favorecer el trabajo en grupo y evitar el aislamiento. Además manifiesta, que a nivel individual es preciso realizar una adecuada inducción en el trabajo, posteriormente, ejecutar programas de formación continua lo cual mejora la resistencia y proteger a la persona para afrontar las situaciones estresantes, como difundir el manejo de la ansiedad y el estrés en situaciones inevitables de relación con el usuario, esta difusión permite conseguir un ajuste individuo - puesto de trabajo más eficiente.

### **Estrategias de prevención**

Las estrategias de prevención propuestas parten del análisis de la nota técnica de prevención 318 (Daza, 1993) y son:

Estrategia a nivel individual e interpersonal: Es aquella que centra en reducir la experiencia emocional del estrés ocasionado por varios factores, que entre los cuales se distinguen los siguientes:

- ∩ Impulso de un buen estado físico.
- ∩ Apoyo social
- ∩ Entretenimiento y buen humor
- ∩ Visión positiva de la institución
- ∩ Actitud psicológica: reconocimiento de la situación y las propias cualidades
- ∩ Información apropiada sobre su puesto de trabajo y las relaciones departamentales del mismo.

Estrategia a nivel organizacional: Es aquella estrategia que desde la administración se puede desarrollar para atenuar alguna de las fuentes del síndrome de burnout, y cuya implantación minimizaría sus efectos. Algunas de estas estrategias organizacionales son:

- ⇒ Promover el desarrollo profesional.
- ⇒ Difundir y planificar actividades de prevención (detalladas en la Tabla 4.10).
- ⇒ Fomentar redes de apoyo entre los compañeros, de ocio, de desarrollo personal y profesional y aumentar las recompensas y reconocimientos a los profesionales de salud.

<b>Tabla 4.10: Plan de prevención del síndrome de burnout que contribuya a la mejora de la satisfacción del usuario</b>					
<b>Nivel de impacto</b>	<b>Actividad</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Descripción</b>	<b>Participantes</b>	<b>Responsable</b>
Organizacional, Individual e Interpersonal	Coordinación y seguimiento del proceso de inducción del personal	Mejorar el proceso de inducción.	Se debe mejorar el proceso de inducción de cada funcionario para que conozca los procesos de la institución, mediante la participación de los líderes de proceso	Líderes de procesos, unidad distrital de talento humano	Unidad de talento del hospital
Organizacional e Individual	Socialización de las características del síndrome de burnout	Proporcionar los conocimientos para prevenir el síndrome de burnout	Se difunde al personal sobre los síntomas que este síndrome representa y medios para identificarlo y prevenirlo.	Profesionales de la salud.	Analista de Talento Humano y Médico Ocupacional
Organizacional e Individual	Evaluación anual del síndrome de burnout a los profesionales de la salud	Determinar la efectividad de la prevención sobre el síndrome de burnout	Se ejecuta una evaluación periódica para determinar la efectividad del plan.	Profesionales de la salud.	Médico ocupacional en coordinación con la unidad de talento humano
Organizacional e Individual	Diseño de planes de carrera y especialización del personal	Incentivar el desarrollo profesional del personal	A través de los planes de carrera del personal, se incentiva a la especialización y su realización personal.	Profesionales de la salud.	Unidad de Talento Humano
Organizacional e Interpersonal	Caminatas y juegos grupales extramurales	Promover actividades grupales extramurales donde se incentiva el trabajo en equipo	Al ejecutar actividades fuera del trabajo diario se genera un espacio de compartir entre los diversos procesos.	Profesionales de la salud.	Unidad de Talento Humano
Individual	Apertura de fichas psicológicas del personal	Fomentar la salud mental en los profesionales de salud.	Al establecer estos espacios se puede hacer el seguimiento del estado psíquico de los funcionarios	Profesionales de la salud.	Psicólogo clínico designado por la Dirección Distrital
Individual	Elaboración y evaluación de un plan de vida	Concientizar a los participantes de sus capacidades de autorrealización	Orientar al personal sobre el plan de vida	Profesionales de la salud.	Unidad de talento humano
Individual	Taller sobre el poder del pensamiento.	Proporcionar habilidades necesarias para afrontar el síndrome.	Difusión del poder de los pensamientos y enseñanza de ejercicios de relajación	Profesionales de la salud.	Unidad de Talento Humano en coordinación con Medicina Ocupacional
Interpersonal	Ejecución de pausas activas	Promover la integración de los profesionales de la salud	Realizar diariamente ejercicios que ayudan a reducir la fatiga laboral e integren a los funcionarios.	Profesionales de la salud.	Medicina Ocupacional

Fuente: Elaboración propia.

## 4.8 Validación del plan de prevención

La validación del plan de prevención del síndrome de burnout se realiza con dos especialistas, uno interno de la Dirección Distrital 05D04 Pujilí - Saquisilí - Salud, el Técnico de Seguridad y Salud Ocupacional Galo Vega (GV), y otro externo de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato, el docente de la Escuela de Psicología Dr. Luis Cevallos Mg. (LC). Dicha validación se ejecuta a través de un cuestionario para conocer si el plan diseñado para prevenir el síndrome de burnout en el personal de salud del Hospital Básico Rafael Ruiz es válido según los siguientes criterios:

- ✧ Factibilidad: si es asequible a la aplicación.
- ✧ Suficiencia: contiene los aspectos para la solución o atenuación del problema
- ✧ Comprensión: es de fácil entendimiento.
- ✧ Acoplamiento: se ajusta a la realidad de la institución.
- ✧ Contribución: contribuye a la solución o atenuación del problema.

Los mismos son analizados en una escala del 5 al 1, siendo 5 en gran medida y 1 en ninguna medida.

Al analizar los resultados de la validación realizada por los especialistas, se constata que el plan de prevención del síndrome de burnout tiene todas las características esenciales para su aplicación, manifiestan que el plan es aplicable (5), tiene en cuenta todos los aspectos relacionados con la solución o atenuación del síndrome (4 y 5), es fácil de comprender (4 y 5), se ajusta realidad de la institución consideran que se ajustan en gran medida, contribuyendo a la solución o atenuación del síndrome, según lo descrito en la Tabla 4.11

Tabla 4.11: Análisis de resultados de la validación por los especialistas del plan de prevención					
Criterios	5	4	3	2	1
El Plan es factible aplicar.	LC / GV				
El plan enfoca todos los aspectos relacionados a solucionar o atenuar los síntomas del burnout.	GV	LC			
El plan es de fácil entendimiento para quien lo lee.	GV	LC			
El plan se ajusta a la realidad de la institución.	LC / GV				
El plan contribuye a la solución o atenuación del síndrome de burnout	LC	GV			
Fuente: Elaboración propia.					

Donde:

LC= Especialista validador externo Dr. Cevallos Luis Mg.

GV= Especialista validador interno Tec. Vega Galo

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1 Conclusiones**

El estudio del síndrome de burnout se toma como principal referente teórico y metodológico las aportaciones de Maslach y Leiter (1988), y en el estudio de la satisfacción del usuario con el servicio prestado se toma como antecedente fundamental el Modelo SERVQUAL de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1998), y aplicado a instituciones hospitalarias los aportes de Hernández Junco, V. (2009)

No existe el síndrome burnout en el personal sanitario del hospital, sin embargo hay tendencia a desarrollarlo a corto y mediano plazo en los profesionales de 60 años en adelante. Se constata en las puntuaciones obtenidas en las dimensiones despersonalización y baja realización que entre el 10 y el 14 por ciento del personal evaluado presentan tendencia a desarrollar el síndrome.

Los usuarios del hospital se encuentran satisfechos con el servicio brindado, sin embargo existen elementos que son percibidos con insatisfacciones como son: la no rapidez y eficacia en la atención por parte del personal médico, las demoras presentadas en la entrega de los resultados de los exámenes de laboratorio, la falta de materiales y equipamiento médico en lo que respecta a la capacidad de respuesta, además de la falta de amabilidad y respeto de los técnicos y enfermeras, así como la comunicación hacia el paciente refiriéndose a la dimensión de empatía.

Al no detectarse el síndrome de burnout en el personal sanitario del Hospital Básico Rafael Ruiz y encontrarse satisfechos los usuarios de estos servicios, no se constata relación estadística significativa entre estas variables.

El plan de prevención del síndrome de burnout cuenta con: evaluación del síndrome, estrategias y actividades de prevención, las mismas se derivan de las políticas de seguridad y salud ocupacional de la institución. El mismo es validado de forma satisfactoria por los especialistas al considerar: el ajuste a la realidad de la institución, la factibilidad de la aplicación, la facilidad de entendimiento y la contribución a la solución y atenuación del problema.

## **5.2 Recomendaciones**

Aplicar el plan de prevención propuesto y ejecutar la evaluación periódica con una frecuencia anual, o cuando se requiera con el fin de detectar la atenuación, el adecuado enfrentamiento o aumento del síndrome de burnout en el personal sanitario, así como la evaluación de la calidad de los servicios brindados que permita monitorear la satisfacción del usuario y promover acciones de mejora.

Realizar este tipo de investigación en instituciones de mayor complejidad, así como en unidades operativas de primer nivel de atención en salud.

## BIBLIOGRAFÍA

- Albrecht, K. (1987). El Triangulo de los Servicios. Recuperado de:  
<https://es.scribd.com/doc/37812730/El-Triangulo-Del-Servicio-Interno>
- Albrecht, K. Zamke, R. (1988). Gerencia del Servicio. Recuperado de:  
<http://es.slideshare.net/albertogaitan87/gerencia-del-servicio-karl-albrecht-ron-zamke>
- Alcalá, A. (2012). Notas técnicas de Prevención de Riesgos Psicosociales. Recuperado de:  
[http://www.juntadeandalucia.es/empleo/webiapr/larpsico/sites/es.empleo.webiapr.larpsico/files/recursos/documentacion\\_normativa/NTP\\_riesgos\\_psicosociales.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/empleo/webiapr/larpsico/sites/es.empleo.webiapr.larpsico/files/recursos/documentacion_normativa/NTP_riesgos_psicosociales.pdf)
- Álvarez, A., Arce, M., Barrios, A. y Sánchez, A. (2005). Síndrome de Burnout en Médicos de Hospitales Públicos de la ciudad de Corrientes. Recuperado de: <http://www.monografias.com/trabajos46/burnout-medicos/burnout-medicos2.shtml>
- Álvarez, M. (2009) Síndrome de Burnout y personal de salud. Recuperado DE: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/año%202009/vol3%202009/tema09.htm>
- Aranaz, J. (1999). La calidad en los servicios sanitarios, Una propuesta general para los servicios clínicos. Recuperado de:  
<http://www.uninet.edu/neurocon/congreso1/conferencias/asistencia-7.html>
- Balarezo, V. (2008). Diseño de un sistema de control y evaluación de recursos humanos para el Hospital Rafael Ruíz” del cantón Pujilí. Tesis de Ingeniería Comercial. Recuperado de:  
<http://repositorio.espe.edu.ec/bitstream/21000/4758/1/CDT-0541.pdf>

Bresó, E., Salanova, M., Schaufeli, W. y Nogareda, C. (2007). Nota Técnica de Prevención 732: Síndrome de estar quemado por el trabajo "Burnout" (III): Instrumento de medición. En Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Recuperado de: [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp\\_732.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_732.pdf)

Brill, P. (1984). La necesidad de una definición operativa de burnout. Recuperado de: [http://www.researchgate.net/publication/39379902\\_Fuentes\\_de\\_estrs\\_Sndrome\\_de\\_Burnout\\_y\\_Actitudes\\_disfuncionales\\_en\\_Orientadores\\_de\\_Instituto\\_de\\_Enseanza\\_Secundaria](http://www.researchgate.net/publication/39379902_Fuentes_de_estrs_Sndrome_de_Burnout_y_Actitudes_disfuncionales_en_Orientadores_de_Instituto_de_Enseanza_Secundaria)

Buunk, R. y Schaufeli, W. (1993). Burnout: Una perspectiva de la teoría de la comparación social. Recueprado de: [http://www.psicologiaonline.com/ebooks/riesgos/capitulo4\\_7.shtml](http://www.psicologiaonline.com/ebooks/riesgos/capitulo4_7.shtml)

Campos, M. (2006). Causas y efectos del estrés laboral. Recuperado de: <http://www.monografias.com/trabajos34/causas-estres-laboral/causas-estreslaboral.shtml#estres#ixzz3TKVsNPLL>

Castañedas, R. (2011). Plan de prevención de riesgos laborales. Recuperado de: <http://www.monografias.com/trabajos77/plan-prevencion-riesgos-laborales/plan-prevencion-riesgos-laborales2.shtml#ixzz3UV5uEs3O>

Chacón, W. (2012). Análisis de la relación de la incidencia del síndrome de burnout en la prestación de servicios de la consulta externa de los funcionarios del área de salud de Oreamuno durante el mes de marzo del año 2012 y su impacto en la satisfacción del cliente externo. Tesis de Maestría en Gerencia de Calidad. Recuperado de: [http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/TESIS/2012/chacon\\_garita\\_wendy\\_2012\\_c\\_a.pdf](http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/TESIS/2012/chacon_garita_wendy_2012_c_a.pdf)

Chrousos, G. y Gold, P. (1992). Los conceptos de los trastornos de estrés y el estrés del sistema: visión general de la homeostasis física y conductual. Recuperado de:

[http://www.researchgate.net/profile/George\\_Chrousos/publication/21616289\\_The\\_concepts\\_of\\_stress\\_and\\_stress\\_system\\_disorders.\\_Overview\\_of\\_physical\\_and\\_behavioral\\_homeostasis/links/00b7d520a3e93f1cf3000000.pdf](http://www.researchgate.net/profile/George_Chrousos/publication/21616289_The_concepts_of_stress_and_stress_system_disorders._Overview_of_physical_and_behavioral_homeostasis/links/00b7d520a3e93f1cf3000000.pdf)

Claude, B. (1867). Informe sobre el progreso de humanidades y las ciencias de Francia. Recuperado de: <http://www.claude-bernard.co.uk/page32.htm>

Constitución De La República del Ecuador. Registro Oficial # 449 (20-10-2008). Recuperado de: [http://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4\\_ecu\\_const.pdf](http://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf)

Crespo, G. (2010). Una definición de calidad. Recuperado de: <http://www.gestiopolis.com/administracion-estrategia/calidad-definicion-evolucion-historica.htm>

Crosby, P. (1979) La calidad no cuesta. Recuperado de: <http://www.geocities.ws/chex88chex/estrategia/PhilipCrosby.pdf>

Cuesta, F. Zulueta, E. y Menocal, M. (2005). Comportamiento del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería del Policlínico F. F. Véliz. Recuperado de: <http://www.monografias.com/trabajos97/comportamiento-del-sindrome-burnout-personal-enfermeria-del-policlinico-f-f-veliz/comportamiento-del-sindrome-burnout-personal-enfermeria-del-policlinico-f-f-veliz.shtml#ixzz3ZQAQgag7>

Daza, F. (1993). Nota Técnica de Prevención 318: El estrés: proceso de generación en el ámbito laboral. En Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Recuperada de: [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp\\_318.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp_318.pdf)

Deming, E. (1982). Calidad, productividad y competitividad. Recuperado de:  
<https://es.scribd.com/doc/241727851/LIBRO-DEMING-COMPLETO-pdf>

Diccionario de la lengua española. (Edición 23). (2014). En Real Academia de la Lengua Española. Recuperado de <http://www.rae.es/publicaciones/obras-academicas/diccionarios-de-la-real-academia-espanola#sthash.y8M4JcPc.dpuf>

Donabedian, A. (1980). The definition of quality and approaches to its assessment. Recuperado de:  
[https://books.google.com.ec/books?hl=es&id=\\_G1HAAAAMAAJ&focus=searchwithinvolume&q=quality](https://books.google.com.ec/books?hl=es&id=_G1HAAAAMAAJ&focus=searchwithinvolume&q=quality)

Donabedian, A. (1986). La investigación sobre la calidad de la Atención Médica. Revista Salud y Seguridad Social del Instituto Mexicano de Seguridad social. Recuperado de: <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1020113999.pdf>

Donabedian, A. (2001). Evaluación de la calidad en la atención medica. Recuperada de:  
<http://www.fadq.org/Portals/0/Investigacion/Monografico%20Avedis%201parte.pdf>

Durán M., García J. (2011). Prevalencia del síndrome de burnout en médicos del ministerio de salud pública del Azuay según jornada laboral 2011. Tesis de grado. Recuperada de:  
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4080/1/MED182.pdf>

Escala, S. (2004). Cómo enfrentarse al estrés laboral. Recuperado de:  
<http://www.ondasalud.com/edicion/noticia/0,2458,235850,00.html>

- Fajardo, O. (2010). El síndrome del Boreout: causas y soluciones. Recuperado de: <https://fbusiness.wordpress.com/2010/01/24/el-sindrome-del-boreout-causas-y-soluciones/>
- Feigenbaum, A. (1990). Control total de la calidad. Recuperado de: <http://www.cosaslibres.com/leeronline/?title=Redalyc.Rese%C3%B1a+de+%27Control+total+de+la+calidad%27+de+Armand+V+...&doc=http%3A%2F%2Fredalyc.uaemex.mx%2Fredalyc%2Fpdf%2F1794%2F179414896009.pdf>
- Fernández, N. (2006). Calidad de la atención médica. Recuperada de: <http://72.14.209.104/search?q=cache:bASwCMZ0mk4J:www.calidadensalud.org.ar/Documentos/ejcurso.pdf+25.+Fern%C3%A1ndez+busso,+n%C3%A9lida%3B+%E2%80%9Ccalidad+de+la+atenci%C3%B3n+medica%E2%80%9D&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=ec>
- Fidalgo, M. (2006). Nota Técnica de Prevención 705: Síndrome de estar quemado: Definición y proceso de generación. En Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Recuperada de: [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp\\_705.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_705.pdf)
- Freudenberger, H. (1974). Staff Burn-Out. Recuperado de: [http://www.readcube.com/articles/10.1111%2Fj.1540-4560.1974.tb00706.x?r3\\_referer=wol&tracking\\_action=preview\\_click&show\\_checkout=1&purchase\\_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase\\_site\\_license=LICENSE\\_DENIED](http://www.readcube.com/articles/10.1111%2Fj.1540-4560.1974.tb00706.x?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED)
- Garza, E., Abreu J. y Badii M. (2008). Mejoramiento de la calidad de servicios mediante el modelo de las discrepancias entre las expectativas de los clientes y las percepciones de la empresa. Recuperado de: [http://www.spentamexico.org/v3-n1/3\(1\)%201-64.pdf](http://www.spentamexico.org/v3-n1/3(1)%201-64.pdf)

- Gillespie, D. (1980). Correlates for active and pasives burnout, types of burnout. Recuperado de [http://www.researchgate.net/publication/39379902\\_Fuentes\\_de\\_estrs\\_Sndrome\\_de\\_Burnout\\_y\\_Actitudes\\_disfuncionales\\_en\\_Orientadores\\_de\\_Instituto\\_de\\_Enseanza\\_Secundaria](http://www.researchgate.net/publication/39379902_Fuentes_de_estrs_Sndrome_de_Burnout_y_Actitudes_disfuncionales_en_Orientadores_de_Instituto_de_Enseanza_Secundaria)
- Gil-Monte, P. y Moreno, B. (2007). El síndrome de quemarse en el trabajo (Burnout.) recuperado de: [http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4\\_7.shtml](http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4_7.shtml)
- Grazziano, E. y Ferraz B. (2010). Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros. Enfermería Global. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412010000100020&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412010000100020&script=sci_arttext)
- Grönroos, C. (1982). Gestión Estratégica y la comercialización en el sector servicios. Recuperado de: [https://www.iei.liu.se/fek/frist/722g60/gruppernas\\_artiklar\\_och\\_presentationer/1.163364/http\\_\\_\\_www.emeraldinsight.com.lt.ltag.bibl.liu.se\\_Insight\\_ViewContentServlet\\_contentTypeArticleFilename\\_published\\_emerald\\_fulltextarticle\\_pdf\\_0850050101.pdf](https://www.iei.liu.se/fek/frist/722g60/gruppernas_artiklar_och_presentationer/1.163364/http___www.emeraldinsight.com.lt.ltag.bibl.liu.se_Insight_ViewContentServlet_contentTypeArticleFilename_published_emerald_fulltextarticle_pdf_0850050101.pdf)
- Grönroos, C. (1994). Un Modelo de Calidad de Servicio y sus implicaciones de Marketing. Recuperado de: <http://www.spentamexico.org/v3-n1/3%281%29%201-64.pdf>
- Harrison, W. (1983). Un modelo de competencia social del burnout. Recuperado de: [http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4\\_7.shtml](http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4_7.shtml)
- Helouani, R. (1993). Manual de los Costos de la Calidad. Recuperado de: <https://books.google.com.ec/books?id=JmnDQ4fzgzQC&pg=PA629&lpg=P A629&dq=Manual+de+los+Costos+de+la+Calidad&source=bl&ots=uv-FXhV4HQ&sig=iMMi4KI>

mns1nB69Xvq0ozs2mTyk&hl=es&sa=X&ved=0CDcQ6AEwBGoVChMI--  
2Nvs-NyQI  
VBKoeCh2C5g2J#v=onepage&q=Manual%20de%20los%20Costos%20de%  
20la%20Calidad&f=false

Hernández Junco, V (2009). Evaluación de las competencias laborales y su influencia en la calidad del servicio del Hospital Militar Mario Muñoz Monroy. Tesis Doctoral. Facultad de Ingeniería Industrial- Economía, Universidad de Matanzas Camilo Cienfuegos. Matanzas - Cuba

Hobfoll, S. y Freedy, J. (1993). Conservación de los recursos: Una teoría del estrés general aplicado a burnout. Recuperado de: [http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4\\_7.shtml](http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4_7.shtml)

INNOVAR. (2005). Revista de Ciencias Administrativas y Sociales, vol. 15, núm. 25, enero-junio, 2005, pp. 64-80. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81802505>

Jurán, J. (1993). Juran y la planificación de la calidad. Recuperado de: [https://books.google.com.ec/books?id=4JAd6PBWfG0C&pg=PA162&hl=es&source=gbs\\_selected\\_pages&cad=2#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.ec/books?id=4JAd6PBWfG0C&pg=PA162&hl=es&source=gbs_selected_pages&cad=2#v=onepage&q&f=false)

Kotler, P., Bloom P. y Hayes, T. (2004). El marketing de Servicios Profesionales. Recuperado de: [https://books.google.com.ec/books?id=FgSV\\_iL3pzMC&pg=PA37&hl=es&source=gbs\\_toc\\_r&cad=3#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.ec/books?id=FgSV_iL3pzMC&pg=PA37&hl=es&source=gbs_toc_r&cad=3#v=onepage&q&f=false)

Kremer, L. y Hofman, J. (1985). Teacher professional identity and burnout. Recuperado de: <https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCcQFjABahUKEwjhxfyCrJbJAhXFuB4KHV7uDdg&url=http%3A%2F%2Fwww.sciedupress.com%2Fjournal%2Findex.php%2Fjct>

%2Farticle%2Fdownload%2F5851%2F3584&usg=AFQjCNHZnQnVcey0-1DrPzYIkk0XrbXDPg&sig2= FRLBK86Benfh2J2aMml2NQ

Lamb, C., Hair, J. y McDaniel, C. (2002). Marketing. Recuperado de: [https://books.google.com.ec/books?id=H\\_T6CAAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Marketing,+LAMB&hl=es&sa=X&ved=0CDEQ6wEwAmoVChMIucL9zNGNyQIVCkYmCh1dLAXC#v=onepage&q=Marketing%2C%20LAMB&f=false](https://books.google.com.ec/books?id=H_T6CAAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Marketing,+LAMB&hl=es&sa=X&ved=0CDEQ6wEwAmoVChMIucL9zNGNyQIVCkYmCh1dLAXC#v=onepage&q=Marketing%2C%20LAMB&f=false)

Larrea, P. (1991) Calidad de servicio: del marketing a la estrategia. Recuperado de: [https://books.google.com.ec/books?id=-hJVcH5nSp0C&printsec=frontcover&source=gbg\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.ec/books?id=-hJVcH5nSp0C&printsec=frontcover&source=gbg_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)

Ley Orgánica de la Salud. Registro Oficial 625 (24-1-2012). Recuperado de: <http://www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/04/LEY-ORGANICA-DE-SALUD1.pdf#?cs%20hsalud?>

Llaneza, J. (2009). Ergonomía y psicología aplicada. Manual para la formación del especialista. Recuperado de: [https://books.google.com.ec/books?id=BnCtJjxWTLoC&pg=PA528&lpg=PA528&dq=consecuencias+del+BURNOUT+en+LA+CALIDAD+DEL+SERVICIO&source=bl&ots=19vzbTszyZ&sig=h\\_NrZcLeUGPC403XVxTcrXjzCns&hl=es-419&sa=X&ei=2TMSVe-IHMeoNvueg5gD&ved=0CEkQ6AEwBzgK#v=onepage&q=consecuencias%20del%20BURNOUT%20en%20LA%20CALIDAD%20DEL%20SERVICIO&f=](https://books.google.com.ec/books?id=BnCtJjxWTLoC&pg=PA528&lpg=PA528&dq=consecuencias+del+BURNOUT+en+LA+CALIDAD+DEL+SERVICIO&source=bl&ots=19vzbTszyZ&sig=h_NrZcLeUGPC403XVxTcrXjzCns&hl=es-419&sa=X&ei=2TMSVe-IHMeoNvueg5gD&ved=0CEkQ6AEwBzgK#v=onepage&q=consecuencias%20del%20BURNOUT%20en%20LA%20CALIDAD%20DEL%20SERVICIO&f=)

López, M. y Serrano, A. (2007) Modelos de gestión de la calidad de servicio. Recuperado de: <http://www.dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2480844.pdf>

- Maestre, E. (2013). Intervención, tratamiento y prevención del burnout en profesores. Pedagogeca. Recuperado de: <https://pedagogeca.wordpress.com/2013/04/29/intervencion-tratamiento-y-prevencion-del-burnout-en-profesores/>
- Martínez M. (2012). Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el personal de médicos y enfermeras del Hospital Luis Vernaza de la ciudad de Guayaquil. Tesis de grado. Recuperada de: <http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/3662/1/MARTINEZ%20HIDALGO%20MARTHA%20HAYDEE.pdf>
- Martínez, L. (2007). Consideraciones Teóricas sobre atención al cliente. Recuperada de: <http://www.monografias.com/trabajos42/atencion-al-cliente/atencion-al-cliente2.shtml>
- Maslach, C. (1976). "Burnout". Recuperado de: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/PDFs/Anbelacop.pdf>
- Maslach, C. y Jackson, S. (1981). La medición del burnout con experiencia. Recuperado de: <http://www.aagbi.org/sites/default/files/Maslach.pdf>
- Maslach, C., Schaufeli, W., y Leiter, M. (2001). Job burnout. Recuperado de: [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp\\_732.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_732.pdf)
- Maslach, C., y Jackson, S. (1986). *The Maslach Burnout Inventory*. Recuperado de: [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp\\_732.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_732.pdf)
- Mc Grath, J. (1970). Los factores sociales y psicológicos en el estrés. Recuperado de: <https://books.google.com.ec/books?id=0gd-AAAAMAAJ&q=Mcgrath+%281970%29+>

Social+and+psychological+factors+in+stress&dq=Mcgrath+%281970%29+S  
ocial+and+psychological+factors+in+stress&hl=es&sa=X&ved=0CBsQ6AE  
wAGoVChMIteb-nf2NyQIVBKkeCh0Iwg9w

McEwen, B. (2000). Situación socioeconómica y salud en las naciones industriales: social, psicológica y vías biológicas. Recuperado de: <https://books.google.com.ec/books?id=31dQPgAACAAJ&dq=Bruce+McEwen+%282000%29,&hl=es&sa=X&ved=0CCUQ6AEwAWoVChMIkNDY74GOyQIVhCgeCh2EJQEf>

Ministerio De Salud Pública (2012). Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública. Modelo De Atención - Integral Del Sistema Nacional De Salud. Quito - Ecuador. Recuperado de: [http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual\\_MAIS-MSP12.12.12.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf)

Ministerio de Salud Pública. (2012). Reglamento de homologación de establecimientos de salud por niveles de atención. Recuperado de: [https://aplicaciones.msp.gob.ec/upload/upload/1\\_00001203\\_2012\\_ac\\_00001203\\_2012.pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/upload/upload/1_00001203_2012_ac_00001203_2012.pdf)

Morales V., Hernández A. (2004). Calidad y satisfacción en los servicios: conceptualización. Recuperado de: <http://www.efdeportes.com/efd73/calidad.htm>

Moreno B. Garrosa E. (2013). Salud Laboral, riesgos laborales psicosociales y bienestar laboral. Editorial Pirámide. Madrid - España.

Moreno, A. (2003). Burnout asistencial: identificación, prevención y mediación en factores precipitantes. Psicología para América Latina. Recuperado de: <http://psicolatina.org/11/burnout.html>

- Muller, E. (1999). Cultura de la calidad de servicio. Recuperado de: <https://es.scribd.com/doc/15568020/Calidad-en-El-Servicio>
- Neidhardt, J., Weinstein, M. y Conry R. (1989) Seis programas para prevenir y controlar el estrés. Reuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=192745>
- Nogareda, S. (1994). Nota Técnica de Prevención 355: Fisiología del Estrés. En Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Recuperada de: [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp\\_355.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp_355.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (1988). Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud. Recueprado de: [http://libdoc.who.int/publications/1988/9243561022\\_spa.pdf](http://libdoc.who.int/publications/1988/9243561022_spa.pdf)
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. y Berry, L. (1998). SERVQUAL. Una escala de tema múltiple para medir la percepción del consumidor de Calidad de Servicio. Recuperado de: <http://areas.kenan-flagler.unc.edu/Marketing/FacultyStaff/zeithaml/Selected%20Publications/SERVQUAL-%20A%20Multiple-Item%20Scale%20for%20Measuring%20Consumer%20Perceptions%20of%20Service%20Quality.pdf>
- Peel, M. (1991). El servicio al cliente: guía para mejorar la atención y la asistencia. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/inno/v15n25/v15n25a04.pdf>
- Pérez, C. (2014). ¿Qué nos causa estrés? Análisis de los 7 motivos principales de estrés. La mente es maravillosa. Recuperado de: <http://lamenteesmaravillosa.com/que-nos-causa-estres-analizamos-los-7-motivos-principales-de-estres/>

- Pines A. (1993). Burnout: Una perspectiva existencial. Recueprado de <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/PDFs/Anabella.pdf>
- Pines, A. y Aronson, E. (1988). Carrer burnout: causes and cures. Recuperado de: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/PDFs/Anbelacop.pdf>
- Pines, A., Aronson, E. y Kafry, D. (1981). Burnout: Del tedio al crecimiento personal . recueprado de: <http://psicolatina.org/11/burnout.html>
- Ponce C. (2005): El síndrome del "quemado" por estrés laboral asistencial en grupos de docentes universitarios. Recuperada de: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion\\_psicologia/v08\\_n2/pdf/a07.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v08_n2/pdf/a07.pdf)
- Prieto L, Robles E, Salazar L, Daniel E. (2006). Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. Recuperada de: [http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.pubmed\\_full?inctrl=05ZI0105&rev=27&vol=29&num=5&pag=294](http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.pubmed_full?inctrl=05ZI0105&rev=27&vol=29&num=5&pag=294).
- Ramírez T. (2006). Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México, perspectiva de los usuarios. Recuperada de: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n1/y0400102.pdf>
- Rodríguez, G. y Vernaza C. (2012). Prevalencia del síndrome de burnout relacionado con la pérdida de interés por actividad laboral en los profesionales de salud del Hospital Divina Providencia del cantón San Lorenzo. Tesis de grado. Recuperada de <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/1269/1/TESIS.pdf>
- Romero, J (2004). Plan de prevención de riesgos laborales. Recuperado de: <http://www.gestiopolis.com/plan-de-prevencion-de-riesgos-laborales/>

Ruiz, C. (2001). Gestión de la Calidad del Servicio a través de Indicadores Externos. Recuperado de: <http://ciberconta.unizar.es/leccion/calidadserv/100.HTM>

Salanova, M. (2003). Trabajando con tecnologías y afrontando el tecnoestrés: el rol de las creencias de eficacia. Recuperado de: [www.redalyc.org/articulo.oa?id=231318057001](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231318057001)

Sanchez, H. (2012). Síndrome de burnout en docentes de una institución de educación de nivel medio superior. Recuperado de: <http://repository.uaeh.edu.mx/bitstream/bitstream/handle/123456789/14940/sindrome%20de%20burnout.pdf?sequence=2>

Saturno, P. (2005) Modelos de gestión de la calidad aplicados en la atención primaria. Recuperado de: [http://cursos.campusvirtualesp.org/pluginfile.php/2346/mod\\_resource/content/1/Modulo\\_4/Lecturas\\_Complementarias/Semana\\_3\\_M4.S3\\_L\\_OPCIONAL\\_01.modelos\\_gest\\_y\\_aten\\_primaria.pdf](http://cursos.campusvirtualesp.org/pluginfile.php/2346/mod_resource/content/1/Modulo_4/Lecturas_Complementarias/Semana_3_M4.S3_L_OPCIONAL_01.modelos_gest_y_aten_primaria.pdf)

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (2013). Plan Nacional del buen vivir 2013-2017. Recuperado de: <http://documentos.senplades.gob.ec/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%202013-2017.pdf>

Segado, J. (2012). Burnout (síndrome): prevención. Recuperada de: [http://www.onmeda.es/enfermedades/sindrome\\_burnout-prevencion-1528-8.html](http://www.onmeda.es/enfermedades/sindrome_burnout-prevencion-1528-8.html)

Selye, H. (1936). Un síndrome producido por diversos agentes nocivos. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-universitaria-304-articulo-hans-selye-sus-ratas-estresadas-13153746>

- Thompson, M., Page, S. y Cooper, C. (1993). Una prueba del modelo de autocontrol Caver y Scheier estrés en la exploración de burnout entre las enfermeras de salud mental. Recuperado de: [http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo\\_4\\_7.shtml](http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo_4_7.shtml)
- Thompson. I. (2006). Características de los Servicios. Recuperado de: <http://www.promonegocios.net/mercadotecnia-servicios/caracteristicas-servicios.html>
- Turmero, I. (2009). Evolución de la calidad. Recuperado de: <http://www.monografias.com/trabajos99/evolucion-calidad/evolucion-calidad.shtml>
- Turmero, I. (2012). Modelos de excelencia y premios de calidad. Recuperado de: <http://www.monografias.com/trabajos98/modelos-excelencia-premios-calidad/modelos-excelencia-premios-calidad.shtml#modelosdea#ixzz3TtawG5ow>
- Varela, P., Ferreiro A., Fontao L. y Martinez A. (2006). Satisfacción laboral de los odontólogos y estomatólogos del servicio gallego de salud. Recuperada de: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S113557272004000300009&script=sci\\_arttext..](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S113557272004000300009&script=sci_arttext..)
- Vera M. (2006). Nota Técnica de Prevención 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o burnout (II): Consecuencias, evaluación y prevención. En Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. En Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Reuperado de: [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp\\_705.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_705.pdf)
- Vicuña M. (2006). Nivel de satisfacción y disfunciones percibidas sobre la calidad de atención de los servicios obstétricos. Recuperada de: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v63\\_n1/nivel\\_satisfaccion.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v63_n1/nivel_satisfaccion.htm).

## ANEXOS

### ANEXO 1

#### TABLAS

<b>Anexo 1.1: Concepto de Servicio</b>		
<b><i>AUTOR</i></b>	<b><i>CONCEPTO</i></b>	<b><i>ASPECTOS CLAVE</i></b>
Stanton, Etzel y Walker, (2004)	Son las actividades identificables e intangibles que son el objeto principal de una transacción ideada para brindar a los clientes satisfacción de deseos o necesidades.	Objeto principal de una transacción.
Sandhusen, (2002)	Son actividades, beneficios o satisfacciones que se ofrecen en renta o a la venta, y que son esencialmente intangibles y no dan como resultado la propiedad de algo.	Actividades, beneficios o satisfacciones intangibles.
Lamb, Hair y McDaniel, (2002)	Es el resultado de la aplicación de esfuerzos humanos o mecánicos a personas u objetos. Los servicios se refieren a un hecho, un desempeño o un esfuerzo que no es posible poseer físicamente.	No es posible poseer físicamente.
American Marketing Association , (2006)	Son productos, tales como un préstamo de banco o la seguridad de un domicilio, que son intangibles o por lo menos substancialmente. Si son totalmente intangibles, se intercambian directamente del productor al usuario, no pueden ser transportados o almacenados, y son casi inmediatamente perecederos. Los productos de servicio son a menudo difíciles de identificar, porque vienen en existencia en el mismo tiempo que se compran y que se consumen. Abarcan los elementos intangibles que son inseparabilidad; que implican generalmente la participación del cliente en una cierta manera importante; no pueden ser vendidos en el sentido de la transferencia de la propiedad; y no tienen ningún título.	Se intercambian directamente del productor al usuario.
Kotler, Bloom y Hayes, (2004)	Es una obra, una realización o un acto que es esencialmente intangible y no resulta necesariamente en la propiedad de algo. Su creación puede o no estar relacionada con un producto físico.	No resulta en la propiedad de algo.
Fuente: Elaboración propia.		

<b>Anexo 1.2: Conceptos De Calidad</b>		
<b><i>Autor</i></b>	<b><i>Concepto</i></b>	<b><i>Aspectos Clave</i></b>
Crosby (1979)	La calidad es Ajustarse a las especificaciones o conformidad de los requisitos.	Especificaciones y requisitos

Deming, (1982)	Es el grado perceptible de uniformidad y fiabilidad a bajo costo y adecuado a las necesidades del cliente.	Grado de uniformidad y fiabilidad
Feigenbaum, (1990)	Son todas las características del producto y servicio provenientes de Mercadeo, Ingeniería Manufactura y Mantenimiento que estén relacionadas directamente con las necesidades del cliente, son consideradas calidad.	Características del producto o servicio relacionadas con las necesidades del cliente
Jurán, (1993)	Define calidad como el producto o servicio adecuado para el uso y satisfaciendo las necesidades del cliente.	Adecuación del producto a las necesidades el cliente
Donabedian, (1980)	La calidad aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes.	Proporcionar el bienestar en balance a las ganancias y pérdidas del cliente
ISO 9000:2000	Es el grado en que un conjunto de características inherentes cumple con unos requisitos.	Conjunto de características que cumplen con ciertos requisitos
Real Academia Española, (2014)	Es la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, peor o mejor que las restantes de su especie.	Propiedades que permiten apreciar algo único.
Fuente: Elaboración propia.		

<b>Anexo 1.3: Modelos De Calidad</b>				
<b>Modelo</b>	<b>Iberoamericano De Excelencia En La Gestión</b>	<b>Malcolm Baldrige</b>	<b>EFQM</b>	<b>SERVQUAL</b>
<b>Creador</b>	Fundación Iberoamericana para la Gestión de la Calidad	Malcolm Baldrige	European Foundation for Quality Management	Parasuraman, Zeithaml y Valarie Len Berry
<b>Definición del modelo</b>	Modelo supranacional que trata de crear un punto de referencia único en el que se encuentra reflejados los distintos modelos de excelencia nacionales de los países iberoamericanos	Herramienta para la evaluación, mejora y planificación organizacional hacia la gestión de la gestión de excelencia.	Modelo de excelencia, que todo tipo de organizaciones pueden utilizar y aplicar, tanto sanitarias como no sanitarias.	Herramienta que sugiere que la diferencia entre las expectativas generales de los ciudadanos y sus percepciones respecto al servicio prestado, pueden constituir una medida de calidad del servicio.

<b>Criterios de evaluación</b>	<p>1.-Procesos facilitadores Liderazgo y estilo de gestión Política y estrategia Desarrollo de las personas Recursos y asociados Clientes</p> <p>2.-Criterios de resultados Resultados de clientes Resultados de sociedad Resultados globales</p>	<p>Liderazgo Planeamiento Estratégico Orientación hacia el Cliente y el Mercado Medición, Análisis y Gestión del Conocimiento Orientación hacia las Personas Gestión de Procesos Resultados</p>	<p>Liderazgo Política y estrategia Personas Alianzas y recursos Procesos Resultados en los clientes Resultados en las personas Resultados en la sociedad Resultados clave</p>	<p>Elementos tangibles Fiabilidad Capacidad de respuesta Seguridad Empatía</p>
<b>Proceso de evaluación</b>	<p>Evaluación del Relatoría Visita de Evaluación Reunión del Jurado Internacional Entrega del Premio Iberoamericano de la Calidad</p>	<p>Liderazgo Pensamiento estratégico Orientación al cliente y al mercado Medición, Orientación a las personas Gestión de procesos Resultados</p>	<p>Resultados Enfoque Despliegue Evaluación y revisión.</p>	<p>Medición de la apreciación del cliente Análisis factorial Gestión de procesos</p>

<b>Beneficios</b>	<p>Publicación de los resultados en medios de prensa internacionales.</p> <p>Utilización de los símbolos del premio en todas sus publicaciones y comunicaciones.</p> <p>Divulgación de las Mejores Prácticas de la organización ganadora en toda Iberoamérica.</p> <p>Asociación gratuita por un año a FUNDIBEQ.</p> <p>Aumento de la participación efectiva de los integrantes de la organización antes este desafío que los involucra a todos.</p> <p>La evaluación realizada en una buena visión externa de la organización, mostrando sus fortalezas y debilidades.</p> <p>El hecho de participar en este tipo de evaluaciones fomenta la cultura de la calidad en toda la organización.</p>	<p>Aumento de la productividad.</p> <p>Mejora en las relaciones interpersonales.</p> <p>Aumentar la satisfacción de los clientes se aumenta la participación de mercado y con esto los beneficios de la organización.</p> <p>Además de lo anterior, al someterse a este tipo de evaluación se obtiene una Apreciación crítica de cómo se encuentra la empresa identificando las fortalezas y oportunidades de mejora.</p>	<p>Excelencia y los resultados de la empresa,</p> <p>Valoración de las fortalezas</p> <p>Mejora en el desarrollo de la estrategia y de los planes de negocios de la organización.</p> <p>Los miembros comprenden, actúan y asumen sus responsabilidades.</p> <p>Integración de las iniciativas de mejora en las operaciones normales de la organización.</p> <p>Comparación de la organización con otras normas y organizaciones.</p> <p>Aprender de otras organizaciones, puesto que todas recibirán una publicación en la que se muestran todas sus buenas prácticas.</p> <p>Los ganadores consiguen un elevado reconocimiento nacional e internacional a través de la publicidad asociada con la ceremonia de entrega de premios.</p>	<p>Ambiente</p> <p>Tangible</p> <p>Confiabilidad</p> <p>Reactividad</p> <p>Seguridad</p> <p>Interpersonal</p> <p>Comunicación</p> <p>Acceso</p> <p>Surtido</p>
<b>Observaciones</b>	<p>Relación con organizaciones de Venezuela, España, Suiza, Brasil, Argentina.</p> <p>Impacto de la organización sobre el cliente a través de la innovación y mejora continua.</p> <p>De origen en la escuelas Nórdica</p>	<p>Modelo aplicado principalmente en Estados Unidos</p> <p>Impacto a través de la medición y análisis del conocimiento.</p> <p>Uno de los modelos mejor aceptado de la Escuela Norteamericana de la calidad</p>	<p>Modelo con raíces en Europa.</p> <p>Impacto de la organización sobre el cliente a través de la innovación y el aprendizaje.</p> <p>El modelo de calidad mas aceptado en el campo de la sanidad de la Escuela Nórdica.</p>	<p>Modelo aplicado principalmente a empresas turísticas</p> <p>Retroalimentación de la organización a través del cliente.</p> <p>Es el modelo mas representativo de la Escuela Norteamericana</p>
Fuente: Elaboración propia.				

<b>Anexo 1.4: Niveles de Atención</b>		
<b>Nivel de atención</b>	<b>Funciones</b>	<b>Tipología</b>
<b>Primer Nivel</b>	Puerta de Entrada al Sistema de Salud Contacto con la Población Síntesis de la Información Promoción, Prevención, Curación, Rehabilitación. Urgencias y Emergencias Responsabilidad de la salud de los individuos: Universal, Continua, Integrada y Efectiva	PS, Puestos de Salud CS, Centros de Salud A, B, C CM, Consultorios Médicos DM, Dispensarios Médicos UM, Unidades Móviles
<b>Segundo Nivel</b>	Nivel de Referencia (1er Nivel) Atención de Emergencia 24 horas Hospitalización Servicios Complementarios Diagnóstico. Quirófano Docencia Promoción, Prevención, Curación, Rehabilitación Especialidades Básicas: Pediatría, Ginecología, Medicina Interna, Cirugía General, Terapia Intermedia e intensiva.	HD, Hospital del Día HB, Hospital Básico HG, Hospital General CE, Consultorio de especialidades
<b>Tercer Nivel</b>	Atención de Emergencia 24 horas Hospitalización y Cuidados Críticos Quirófano Servicios Complementarios Diagnóstico. Docencia e Investigación Promoción, Prevención, Curación, Rehabilitación Atención de Especialidades	HE, Hospital Especializado HE, Hospital de Especialidades UE, Unidad móvil especializada
<b>Cuarto Nivel</b>	Nivel de Referencia (3er Nivel) Investigación de los fármacos pre registro sanitario Sub especialidades médicas	Centros de alta sub especialidad Centros de experimentación pre registros clínicos
Fuente: Elaboración propia.		

<b>Anexo 1.5: Conceptualización de estrés laboral</b>		
<b>Autor</b>	<b>Afirmación</b>	<b>Palabras Clave</b>
Mc Grath (1970)	Es un desequilibrio sustancial percibido entre la demanda y la capacidad de respuesta del individuo bajo condiciones en la que el fracaso ante esta demanda posee importantes consecuencias.	Desequilibrio sustancial
Hans Selye (1936)	Es la respuesta inespecífica del organismo ante cualquier exigencia.	Respuesta Inespecífica
Claude Bernard (1867)	Los cambios externos en el ambiente pueden perturbar el organismo y que una de las principales características de los seres vivos reside en su poder de mantener la estabilidad de su medio ambiente interno aunque se modifiquen las condiciones del	Perturbación del organismo

	medio externo.	
Bruce McEwen (2000)	Lo establece como una amenaza real o supuesta a la integridad fisiológica o psicológica de un individuo que resulta en una respuesta fisiológica y/o conductual.	Amenaza real o supuesta
RAE en su edición veinte y tres (2014)	Es la tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves.	Situaciones agobiantes
Chrousos y Gold (1992)	Es un estado de falta de armonía o una amenaza a la homeostasis. La respuesta adaptativa puede ser específica, o generalizada y no específica.	Amenaza a la homeostasis
Neidhardt, Weinstein y Conry (1989)	Elevado nivel de agitación mental y tensión corporal, superior al que la capacidad de la persona puede aguantar y que le produce angustia, enfermedades, o una mayor capacidad para superar esas situaciones.	Agitación mental y tensión corporal
Daza (1993)	Proceso de generación en el ámbito laboral haciendo referencia a un fenómeno con dimensiones fisiológicas y psicológicas.	Fenómeno con dimensiones fisiológicas y psicológicas
Fuente: Elaboración propia.		

Anexo 1.6: Demandas y características del estrés	
Demandas Organizacionales	Características Individuales
<u>Sobrecarga</u> : volumen o complejidad de la tarea por encima de la capacidad del trabajador para responder a esa tarea.	<u>Dependencia</u> : personas poco autónomas toleran mejor un estilo de mando y un ambiente laboral normalizado y burocratizado. Aunque tienen más problemas en situaciones que implican tomar decisiones o cualquier tipo de incertidumbre y ambigüedad que las personas más independientes. Tienen más facilidad para delimitar el ámbito laboral del extra laboral y, les permite abstraerse mejor de la posible problemática en su ámbito laboral.
<u>Infra carga</u> : volumen del trabajo está por debajo del necesario para mantener un mínimo nivel de activación en el trabajador.	
<u>Infrautilización</u> : actividades de la tarea están por debajo de la capacidad profesional del trabajador.	
<u>Repetitividad</u> : No existe una gran variedad de tareas a realizar si son monótonas y rutinarias o son repetitivas en ciclos de poco tiempo.	<u>Ansiedad</u> : personas ansiosas experimentan mayor nivel de conflicto que las no ansiosas.
<u>Ritmo</u> : tiempo de realización del trabajo está marcado por los requerimientos de la máquina, concediendo la organización poca autonomía para adelantar o atrasar su trabajo al trabajador.	<u>Introversión</u> : ante cualquier problemática, los introvertidos reaccionan más intensamente, ya que son menos receptivos al apoyo social.
<u>Ambigüedad de rol</u> : inadecuada información al trabajador sobre su rol laboral y organizacional.	<u>Rigidez</u> : las personas presentan un mayor nivel de conflicto y de reacciones desadaptadas, especialmente en situaciones que implican un cambio y que requieren un esfuerzo adaptativo.
<u>Conflicto de rol</u> : demandas conflictivas, o que el trabajador no desea cumplir. Oposición ante las distintas exigencias del trabajo.	<u>Formación, las destrezas y conocimientos adquiridos, la experiencia y la capacidad</u> : es capital de importancia como fuente de estrés, por la posible incongruencia que se puede dar entre la posición ocupada y la capacidad o capacitación del trabajador.
<u>Relaciones personales</u> : Problemática derivada de las relaciones que se establecen en el ámbito laboral tanto con superiores y subordinados como con compañeros de trabajo.	
<u>Inseguridad en el trabajo</u> : Incertidumbre acerca del futuro en el puesto de trabajo.	
<u>Promoción</u> : organización dificulta o no ofrece canales claros a las expectativas del trabajador de ascender en la escala jerárquica.	<u>Mala condición física y los malos hábitos de salud</u> : disminuyen la capacidad de enfrentarse a los problemas de trabajo. Existen otros aspectos que se consideran como posibles estresores, con un carácter más activo, ya que actúan como demandas de la persona en la medida que modulan las intenciones y las conductas del individuo, el grado de auto-exigencia, o lo que el individuo exige al entorno.
<u>Falta de participación</u> : empresa restringe o no facilita la iniciativa, la toma de decisiones, la consulta a los trabajadores tanto en temas relativos a su propia tarea como en otros aspectos del ámbito laboral.	
<u>Control</u> : Existe una amplia y estricta supervisión por parte de los superiores, restringiendo el poder de decisión y la iniciativa de los trabajadores.	
<u>Formación</u> : Falta de entrenamiento o de aclimatación previo al desempeño de una determinada tarea.	<u>Aspiraciones</u> : deseos de logro personal, de alcanzar un determinado estatus, de dominar y controlar el trabajo, etc.
<u>Cambios en la organización</u> : Cambios en el ámbito de la organización que suponga por parte del trabajador un gran esfuerzo adaptativo que no es facilitado por la empresa.	<u>Expectativas</u> : esperanzas que el individuo tiene de obtener de su trabajo ciertos beneficios personales, sociales, etc.
<u>Responsabilidad</u> : La tarea del trabajador implica una gran responsabilidad (tareas peligrosas, responsabilidad sobre personas, etc.)	<u>Valores</u> : adhesión al principio de autoridad, importancia del trabajo o del status, etc.
<u>Contexto físico</u> : Problemática derivada del ambiente físico del trabajo, que molesta, dificulta e impide la correcta ejecución de las demandas del trabajo.	
Fuente: El investigador	

<b>Anexo 1.7: Modelos explicativos del burnout</b>		
<b>Modelo</b>	<b>Explicación</b>	<b>Observación</b>
Competencia Social de Harrison (1983)	El modelo manifiesta que los profesionales al empezar a trabajar en servicios de asistencia tienen un grado alto de motivación para ayudar a los demás y de altruismo, pero en el lugar de trabajo habrá factores que serán de ayuda o de barrera que determinarán la eficacia del trabajador. Si estas condiciones se prolongan en el tiempo puede aparecer el burnout.	Al existir factores que afecten la eficacia y la competencia social del personal sanitario se pueden obtener resultados beneficiosos, estos factores pueden actuar como ayuda y barrera.
Pines (1993)	Señala que el fenómeno del Síndrome de Burnout radica cuando el sujeto pone la búsqueda del sentido existencial en el trabajo y fracasa en su labor. Estos sujetos les dan sentido a su existencia por medio de tareas laborales humanitarias. El burnout lo explica como un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por afrontar situaciones de estrés crónico junto con altas expectativas.	Este modelo es motivacional, y plantea que sólo se queman aquellos sujetos con alta motivación y altas expectativas. Un trabajador con baja motivación inicial puede experimentar estrés, alienación, depresión o fatiga, pero no llegará a desarrollar el síndrome.
Auto eficacia de Cherniss (1993)	La consecución independiente y exitosa de las metas aumenta la eficacia del sujeto. Sin embargo, la no consecución de esas metas lleva al fracaso psicológico; es decir, a una disminución de la auto eficacia percibida y, por último, al desarrollo del Burnout. Por otro lado, los sujetos con fuertes sentimientos de auto eficacia percibida tienen menos probabilidad de desarrollar el Burnout, porque experimentan menos estrés en situaciones amenazadoras; ya que éstos creen que pueden afrontarlas de forma exitosa.	La no consecución de metas propuestas impuestas por la organización o por el individuo puede desarrollar burnout.
Thompson, Page y Cooper (1993)	Destacan cuatro factores implicados en la aparición del Burnout que son: Las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del sujeto. El nivel de autoconciencia. Las expectativas de éxito personal. Los sentimientos de autoconfianza.	La autoconfianza tiende a utilizar la estrategia de afrontamiento de retirada mental o conductual de la situación amenazadora, lo que tiene como objetivo reducir las discrepancias percibidas en el logro de los objetivos laborales.
Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993)	Existen tres fuentes de estrés que están relacionadas con los procesos de intercambio social: La incertidumbre: Es la ausencia o falta de claridad sobre los propios sentimientos y pensamientos sobre cómo actuar. La percepción de equidad: Hace referencia al equilibrio percibido sobre lo que se da y lo que se recibe en el curso de sus relaciones. La falta de control: Se explica como la posibilidad/capacidad del trabajador para controlar los resultados de sus acciones laborales.	Los autores explican que los profesionales de enfermería no buscan apoyo social de los compañeros ante situaciones estresantes, por temor a ser catalogados como incompetentes.
Conservación de Recursos de Hobfoll y Freedy (1993)	Es un modelo motivacional basado en la idea de que cuando la motivación básica del trabajador se ve amenazada o negada lleva al estrés que, a su vez, puede producir el Burnout. Para reducir los niveles de Burnout se deben aumentar los recursos de los	La idea básica del COR es que los trabajadores se esfuerzan por aumentar y mantener sus recursos, que es lo que ellos valoran. Entonces, el Burnout

	empleados y, así, eliminar la vulnerabilidad a perderlos. También se debe intentar modificar de manera positiva las cogniciones y percepciones, con el fin de disminuir los niveles de estrés percibido y, por consecuencia, del Burnout.	aparecería si esos recursos están amenazados, perdidos, o cuando el sujeto invierte en sus recursos; pero no recibe lo que espera.
Modelo de Fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1988)	Este modelo propone una progresión secuencial en el tiempo, en la que la ocurrencia de un componente precipita el desarrollo de otro. Así, en la secuencia, la despersonalización es la primera fase del Burnout, le seguiría la realización personal disminuida y, por último, el incremento del agotamiento emocional. Golembiewski (1986), uno de los seguidos más relevantes del modelo, subraya la importancia de las disfunciones del rol -pobreza, conflicto y ambigüedad del rol- en un proceso en el que los trabajadores disminuyen el grado de responsabilidad laboral ante la tensión del estrés laboral.	Los autores señalan que se desencadena por sobrecarga laboral y pobreza del rol que generan sentimientos de irritabilidad, fatiga y una disminución de la autoimagen positiva; después el sujeto desarrolla estrategias de alejamiento para afrontar la situación amenazante del contexto laboral. Si se desarrollan actitudes de despersonalización (cinismo), aparece el Burnout.
Modelos de Cox, Kuk y Leiter (1993)	Este modelo sugiere que el Burnout es un acontecimiento particular que se da en las profesiones humanitarias, y que el Agotamiento Emocional es la dimensión esencial de este síndrome. La despersonalización es considerada una estrategia de afrontamiento ante el agotamiento, y la baja realización personal es el resultado de la evaluación cognitiva del estrés al que se enfrenta el trabajador.	El modelo hace referencia a la salud de la organización haciendo referencia al ajuste entre la coherencia e integración de los sistemas psicosociales de la organización.
Winnubst (1993)	Este modelo plantea que surge de las interrelaciones entre el estrés, la tensión, el apoyo social en el contexto de la estructura y la cultura de la organización. Por lo tanto, la etiología del Burnout estaría influida por los problemas derivados de la estructura, el clima y cultura organizacional. La cultura de la organización está determinada por su estructura y, por lo tanto, los antecedentes del Burnout variarán en función del tipo de cultura organizacional e institucionalización del apoyo social.	El autor defiende que el Burnout puede afectar a todo tipo de profesionales, y no sólo a aquellos que trabajan en áreas de salud o de servicios de ayuda.
Modelo de Gil-Monte y Peiró (1997)	Este modelo explica el Burnout teniendo en cuenta variables de tipo organizacional, personal y estrategias de afrontamiento. Plantea que este síndrome es una respuesta al estrés laboral percibido (conflicto y ambigüedad del rol), y surge como producto de un proceso de reevaluación cuando la forma de afrontamiento a la situación amenazante es inadecuada. Esta respuesta implica una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias, por ejemplo, la falta de salud, baja satisfacción laboral, pasividad, evitación, etc.).	Propone que el Burnout es una respuesta al estrés laboral percibido y aparece como producto de un proceso de reevaluación cuando la forma de afrontamiento a la situación amenazante no es la adecuada.
Modelo Maslach y Leiter (1988)	Es el más aceptado por la comunidad científica internacional y recoge las experiencias y estudios elaborados por Maslach, Jackson y Leiter en los últimos veinte años. Utilizan el Maslach Burnout Inventory (MBI) como método de instrumento fundamental de evaluación y establecen que el Burnout es concebido como una experiencia individual y crónica de estrés relacionada con el	El modelo multidimensional contempla la interacción de varios tipos de factores, sin destacar de forma particular a unos más que a otros, sino que será esta interacción la que delimite cuales son las variables más importantes en un caso en

	contexto social. El modelo incluye tres componentes: 1.- La experiencia de estrés. 2.- La evaluación de los otros. 3.- La evaluación de uno mismo.	concreto.
Fuente: Elaboración propia.		

**Anexo 1.8: Validez de contenido del inventario de Maslach**

Cansancio			Despersonalización			Baja Realización		
	Inicial	Extracción		Inicial	Extracción		Inicial	Extracción
1	1.000	.721	5	1.000	.502	4	1.000	.612
2	1.000	.856	10	1.000	.741	7	1.000	.865
3	1.000	.803	11	1.000	.905	12	1.000	.883
8	1.000	.638	15	1.000	.946	17	1.000	.940
13	1.000	.780	22	1.000	.492	18	1.000	.568
14	1.000	.653				19	1.000	.901
16	1.000	.838				21	1.000	.584
20	1.000	.789						

Fuente: Elaboración propia.

**Anexo 1.9: Validez de contenido del Cuestionario de satisfacción**

Tangibilidad			Empatía			Fiabilidad		
	Inicial	Extracción		Inicial	Extracción		Inicial	Extracción
1	1.000	.703	6.	1.000	.462	11.	1.000	.667
2	1.000	.771	7.	1.000	.719	12.	1.000	.420
3	1.000	.650	8.	1.000	.756	13.	1.000	.471
4	1.000	.655	9.	1.000	.826	14.	1.000	.664
5	1.000	.647	10.	1.000	.623	15.	1.000	.773
Seguridad			Capacidad de Respuesta					
	Inicial	Extracción		Inicial	Extracción			
11.	1.000	.667	20.	1.000	.616			
12.	1.000	.420	21.	1.000	.674			
13.	1.000	.471	22.	1.000	.787			
14.	1.000	.664	23.	1.000	.726			
15.	1.000	.773						

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 1.10: Correlación de Spearman entre el Burnout y la Satisfacción del usuario 2

			Test de Maslach																					
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Encuesta de Satisfacción	1	Coefficiente	-.053	.004	.178	.179	.081	.155	.325	-.023	.206	.425*	.394*	.053	.164	.215	-.196	.220	.151	.127	.196	-.094	.399*	.084
		Significancia.	.765	.984	.314	.311	.649	.380	.061	.898	.243	.012	.021	.764	.355	.222	.266	.212	.393	.474	.266	.598	.019	.636
	2	Coefficiente	-.111	.017	.009	.074	.051	.029	.039	-.223	-.011	.143	.234	.062	.011	.054	.007	-.029	.061	-.061	-.026	.003	.256	-.035
		Significancia	.533	.926	.960	.679	.776	.872	.825	.204	.950	.421	.182	.729	.950	.761	.970	.871	.733	.732	.882	.987	.144	.846
	3	Coefficiente	.107	.003	.057	.144	-.028	.037	.089	.038	.058	.083	.166	.137	.035	.134	.041	-.028	.269	-.018	.176	-.098	.101	-.080
		Significancia	.546	.987	.750	.417	.875	.837	.615	.830	.746	.641	.349	.441	.844	.449	.819	.875	.124	.921	.319	.580	.572	.652
	4.1	Coefficiente	.137	.082	.109	.093	.013	-.023	.200	.009	.019	.261	.153	-.072	-.036	.092	-.147	.013	-.023	-.116	-.174	-.081	.061	.013
		Significancia	.441	.646	.539	.601	.944	.897	.257	.960	.916	.136	.388	.685	.841	.606	.406	.944	.898	.514	.326	.649	.734	.940
4.2	Coefficiente	.141	.086	.104	.093	.013	-.020	.200	.009	.015	.257	.148	-.072	-.036	.099	-.147	.013	-.023	-.119	-.174	-.092	.057	.021	
	Significancia	.425	.630	.557	.601	.943	.910	.257	.960	.932	.143	.403	.685	.841	.578	.406	.943	.897	.502	.325	.603	.751	.908	
4.3	Coefficiente	.141	.086	.104	.093	.013	-.020	.200	.009	.015	.257	.148	-.072	-.036	.099	-.147	.013	-.023	-.119	-.174	-.092	.057	.021	
	Significancia	.425	.630	.557	.601	.943	.910	.257	.960	.932	.143	.403	.685	.841	.578	.406	.943	.897	.502	.325	.603	.751	.908	
5	Coefficiente	.245	.079	.198	.019	.023	.028	-.214	-.158	-.057	.114	.249	-.108	.037	-.010	.144	-.061	.133	-.057	.075	.170	.132	.195	
	Significancia	.162	.659	.262	.917	.898	.876	.224	.372	.749	.522	.156	.542	.836	.955	.415	.733	.454	.750	.672	.336	.457	.268	

			Test de Maslach																					
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Encuesta de Satisfacción	6	Coefficiente Significancia	-.011	-.083	.037	-.027	.029	-.154	.003	-.281	-.070	.310	.151	-.019	.039	.086	-.053	.029	-.093	-.324	-.188	.058	.213	.006
			.951	.639	.835	.879	.869	.384	.987	.107	.692	.075	.394	.914	.827	.627	.767	.869	.600	.061	.288	.743	.227	.975
	7	Coefficiente Significancia	.031	-.093	-.210	.036	-.207	-.372*	.086	-.117	.001	.020	-.007	.139	-.226	.299	-.206	-.207	-.091	-.260	-.199	-.184	.102	-.182
			.864	.601	.233	.842	.241	.030	.629	.511	.997	.912	.968	.434	.198	.086	.243	.241	.609	.138	.259	.298	.567	.304
	8	Coefficiente Significancia	-.196	.206	-.062	-.238	.002	-.159	.003	-.347*	-.073	.230	.155	-.148	-.123	.143	.000	.002	-.154	.016	-.109	-.173	-.120	-.230
			.266	.243	.726	.176	.990	.369	.985	.044	.682	.192	.382	.402	.489	.421	1.000	.990	.385	.928	.540	.329	.500	.190
	9	Coefficiente Significancia	.113	.252	-.129	-.017	-.059	.023	-.043	-.112	-.114	.054	.184	-.105	-.065	.427*	.092	-.152	-.043	-.106	-.089	-.162	-.027	-.126
			.523	.150	.467	.923	.740	.899	.810	.529	.519	.762	.298	.555	.715	.012	.604	.390	.810	.549	.618	.360	.877	.477
	10	Coefficiente Significancia	.074	.156	-.078	.030	-.055	.068	-.053	-.202	.177	.086	.118	-.028	.096	.333	-.079	.029	.220	.012	.094	-.048	.203	-.197
			.678	.377	.663	.866	.758	.702	.766	.252	.316	.627	.505	.875	.589	.054	.659	.872	.210	.945	.597	.788	.250	.264
	11	Coefficiente Significancia	.048	-.120	.092	.102	-.033	.004	-.031	-.180	-.109	.183	.216	.007	-.042	-.068	-.073	-.113	.026	-.118	-.189	-.026	.168	.079
			.787	.497	.605	.565	.852	.983	.862	.308	.538	.299	.220	.967	.812	.704	.681	.524	.885	.506	.284	.885	.342	.658
	12	Coefficiente Significancia	.135	.029	-.072	-.008	-.138	-.107	.052	-.075	.210	-.130	-.118	-.165	-.060	-.042	-.090	-.138	.047	.057	-.169	-.101	-.099	-.284
		.453	.874	.690	.964	.445	.554	.774	.678	.240	.471	.512	.359	.741	.815	.619	.445	.793	.753	.346	.575	.585	.109	
13	Coefficiente Significancia	.127	.019	-.100	.158	-.199	-.123	-.083	-.153	-.074	.036	.089	.108	-.118	.169	-.020	-.199	.013	-.156	-.122	-.136	.132	-.001	
		.475	.915	.574	.373	.258	.487	.642	.389	.679	.842	.617	.543	.507	.339	.911	.258	.943	.378	.490	.443	.457	.993	

			Test de Maslachpp																					
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Encuesta de Satisfacción	14	Coefficiente Significancia	-.017	-.180	-.011	-.169	-.231	-.178	-.047	-.228	-.113	.147	.156	-.119	-.081	-.066	-.068	-.106	-.100	-.223	-.213	.016	.132	-.036
			.926	.307	.949	.340	.189	.314	.792	.195	.524	.408	.377	.502	.650	.712	.704	.550	.573	.206	.226	.928	.458	.838
	15	Coefficiente Significancia	.098	-.085	-.001	.088	-.184	.044	-.184	-.218	-.041	.070	.146	-.040	-.010	-.105	.027	-.070	-.039	-.123	-.185	.077	.106	.048
			.583	.634	.997	.620	.296	.805	.297	.215	.817	.693	.410	.821	.956	.553	.879	.696	.825	.487	.295	.664	.551	.787
	16	Coefficiente Significancia	.143	.066	-.042	.176	-.228	-.226	.011	-.053	-.056	-.008	.048	-.086	-.183	.189	-.027	-.228	.037	-.046	-.109	-.133	-.012	-.098
			.421	.709	.813	.319	.194	.199	.951	.767	.752	.966	.785	.629	.301	.284	.882	.194	.834	.795	.540	.453	.946	.580
	17	Coefficiente Significancia	.289	.320	.203	.038	-.163	-.028	-.144	.012	-.125	.188	.295	-.208	-.091	.100	.099	-.163	-.038	-.097	-.095	-.091	-.203	-.026
			.097	.065	.250	.833	.356	.875	.415	.946	.482	.288	.090	.238	.611	.573	.576	.356	.833	.587	.592	.608	.251	.883
18	Coefficiente Significancia	-.093	.156	-.038	.198	-.119	-.141	-.089	-.146	.239	-.139	-.124	-.059	-.210	-.283	.026	-.119	.174	.360*	.164	-.241	-.068	-.123	
		.602	.378	.831	.263	.501	.426	.616	.410	.174	.432	.485	.739	.233	.105	.883	.501	.324	.036	.355	.170	.703	.489	
19	Coefficiente Significancia	.100	.154	-.109	.097	-.140	-.195	-.128	-.046	-.028	-.102	-.059	-.102	-.301	-.077	.013	-.140	-.114	.120	-.250	-.069	-.287	-.204	
		.572	.384	.539	.586	.430	.270	.472	.796	.873	.567	.739	.565	.084	.666	.941	.430	.519	.500	.154	.697	.100	.248	
20	Coefficiente Significancia	-.279	.242	.320	.102	-.028	.051	.075	-.132	-.138	.217	.320	-.124	-.062	-.196	.171	-.028	-.022	.062	.036	-.217	.038	.062	
		.110	.168	.065	.565	.876	.774	.674	.455	.437	.218	.065	.484	.728	.267	.333	.876	.903	.728	.839	.218	.829	.728	

			Test de Maslach																					
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Encuesta de Satisfacción	21	Cofeiciente	.003	.149	.051	-.048	-.156	-.258	.133	-.122	.031	.066	.133	-.196	-.317	.102	-.007	-.212	.007	.122	.003	-.392*	-.221	-.190
		Significancia	.986	.399	.776	.789	.379	.141	.452	.491	.862	.710	.453	.267	.068	.566	.971	.230	.968	.493	.985	.022	.210	.282
	22	Cofeiciente	.164	.180	.206	-.046	.055	.037	-.147	.006	-.148	.120	.256	-.332	-.164	.057	.105	-.103	.009	-.005	-.102	-.198	-.217	-.082
		Significancia	.353	.309	.242	.795	.758	.834	.407	.975	.402	.498	.144	.055	.353	.749	.556	.563	.960	.977	.567	.261	.218	.643
	23	Cofeiciente	-.077	.034	.194	-.150	-.100	-.061	-.144	-.170	-.207	.181	.309	-.327	-.197	-.180	.046	-.190	-.220	-.057	-.262	-.216	-.201	.017
		Significancia	.665	.848	.271	.398	.572	.734	.417	.336	.240	.304	.075	.059	.265	.307	.795	.283	.211	.751	.134	.220	.254	.923

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

Fuente: Elaboración propia.

## ANEXO 2: INSTRUMENTOS

### ANEXO 2.1: Encuesta de satisfacción

#### CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO PONTIFICA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE AMBATO

El presente cuestionario sirve para medir su satisfacción con los servicios que presta el Hospital Básico Rafael Ruiz, la información que se obtenga en el presente servirá solo para fines investigativos, razón por la cual se le solicita total sinceridad.

Sexo	
<input type="checkbox"/>	Femenino
<input type="checkbox"/>	Masculino

Edad	
<input type="checkbox"/>	≤ 16 Años
<input type="checkbox"/>	17 - 25 Años
<input type="checkbox"/>	26 - 30 Años
<input type="checkbox"/>	31 - 59 Años
<input type="checkbox"/>	≥ 60 Años

Ocupación	
<input type="checkbox"/>	Estudiante
<input type="checkbox"/>	Desempleado
<input type="checkbox"/>	Empleado
<input type="checkbox"/>	Jubilado
<input type="checkbox"/>	Otro:

Estudios	
<input type="checkbox"/>	S/E
<input type="checkbox"/>	Primaria
<input type="checkbox"/>	Secundaria
<input type="checkbox"/>	Superiores
<input type="checkbox"/>	Universitarios

Grupo prioritario	
<input type="checkbox"/>	N/A, N/C
<input type="checkbox"/>	Embarazada
<input type="checkbox"/>	Persona con Discapacidad

Residencia Habitual	
<input type="checkbox"/>	Pujili
<input type="checkbox"/>	Latacunga
<input type="checkbox"/>	Otra:

Tiempo de espera	
<input type="checkbox"/>	Menos 20 min.
<input type="checkbox"/>	Entre 20 y 30 min
<input type="checkbox"/>	Más de 30 min

Marque con una X en el número que mejor corresponda de acuerdo con la percepción que usted posea, donde:

1	2	3	4	5
Muy satisfecho	Satisfecho	Ni satisfecho Ni insatisfecho	Insatisfecho	Muy insatisfecho

#	Aspectos	1	2	3	4	5
1	Limpieza del local.					
2	Organización del área.					
3	Estado del instrumental y equipamiento médico.					
4	Apariencia del personal: Médicos Enfermeros Técnicos					
5	Confort del salón de espera y local de la consulta.					
6	Escucha activa por parte del médico sobre los síntomas y preocupaciones de paciente.					
7	Adecuada comunicación con el paciente.					
8	Amabilidad, respeto en el trato de médicos.					
9	Amabilidad, respeto en el trato de enfermeros.					
10	Amabilidad, respeto en el trato de técnicos.					
11	Competencias profesionales de: médicos, enfermeros, técnicos.					
12	Información y ayuda al llegar al cuerpo de guardia por enfermera clasificatoria, portero, secretaria, camillero.					
13	Satisfacción con la atención de: médicos, enfermeros.					
14	Información ofrecida por el médico acerca de su enfermedad y tratamiento.					
15	Satisfacción con el tratamiento indicado.					
16	Satisfacción con la calidad del servicio del hospital de forma general.					
17	Confianza en: médicos, enfermeros, técnicos.					
18	Disposición a ser atendido nuevamente por el personal del hospital.					
19	Satisfacción de la calidad de la atención médica.					
20	Equidad en el trato de todos los pacientes.					
21	Atención rápida y eficaz al paciente según sus necesidades por parte del médico.					
22	Disponibilidad del equipamiento médico y materiales.					
23	Tiempo de espera de los resultados de exámenes					

**ANEXO 2.2: Test de Maslach****TEST DE MASLACH****DIAGNOSTICO DE SÍNDROME DE BURNOUT****PONTIFICA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE AMBATO**

El presente cuestionario forma parte del Trabajo de Titulación del investigador en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato, el mismo permitirá diagnosticar la presencia del Síndrome de Burnout; razón por la cual el presente será utilizado exclusivamente para los fines de la investigación.

**LEA DETENIDAMENTE**

- 1.- Lea con atención cada directriz de cada grupo de preguntas
- 2.- Responda con Honestidad y Sinceridad
- 3.- El cuestionario no tendrá ninguna consecuencia negativa en su vida laboral
- 4.- La información en el presente es tratada como confidencial

Profesión		Jornada Laboral		Edad		Sexo		Estudios	
	Medico		8 Horas		≤ 18 Años		Masculino		S/E
	Especialista		12 Horas		20 - 25 Años		Femenino		Primaria
	Enfermera/o		24 Horas		26 - 30 Años				Secundaria
	Auxiliar		Otro:		31 - 59 Años				Superior
	Interno				≥ 60 Años				Universitario
	Asistente								Diplomado
	Otro:								Especialidad
									Máster

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

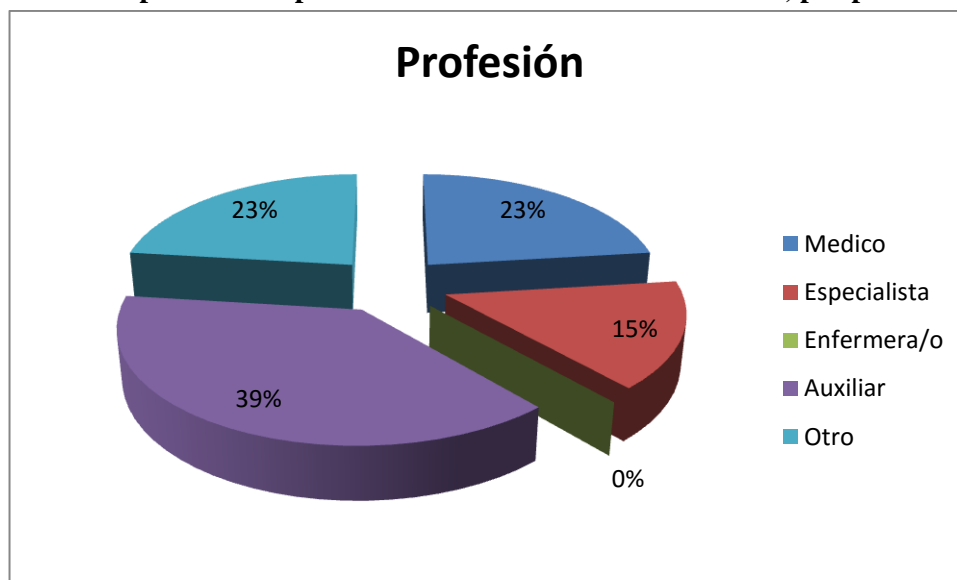
0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Pocas veces al Año	Una vez al mes o menos	Pocas veces al mes no menos	Una vez a la semana	Pocas veces por semana	Todos los días

#	PREGUNTA	0	1	2	3	4	5	6
1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.							
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío.							
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.							
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes.							
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.							
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.							
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.							
8	Siento que mi trabajo me está desgastando.							
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.							
10	Siento que me he hecho más duro con la gente.							
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo.							
13	Me siento frustrado en mi trabajo.							
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.							
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.							
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.							
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.							
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes.							
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.							
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.							
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.							
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas							

### ANEXO 3

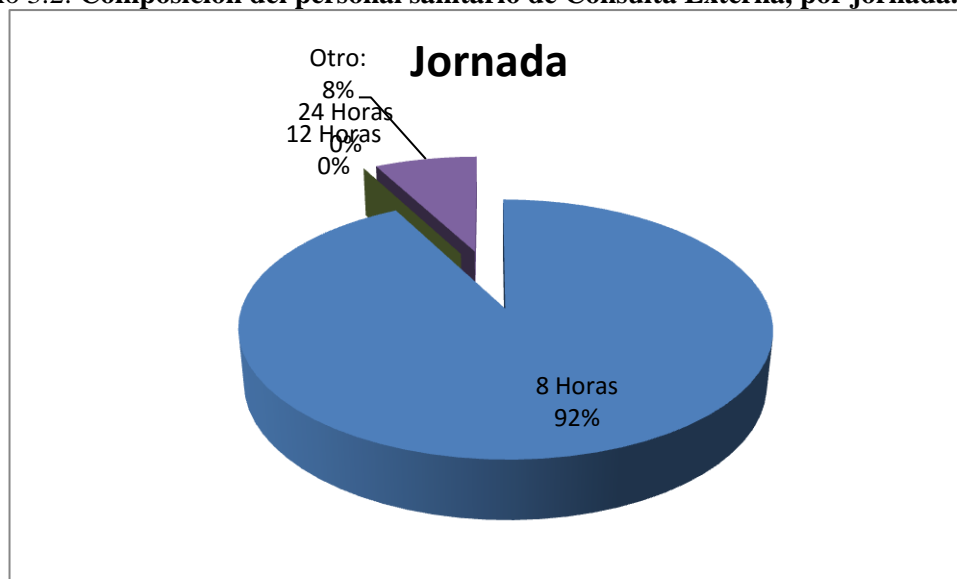
## GRÁFICOS

Anexo 3.1: Composición del personal sanitario de Consulta Externa, por profesión.



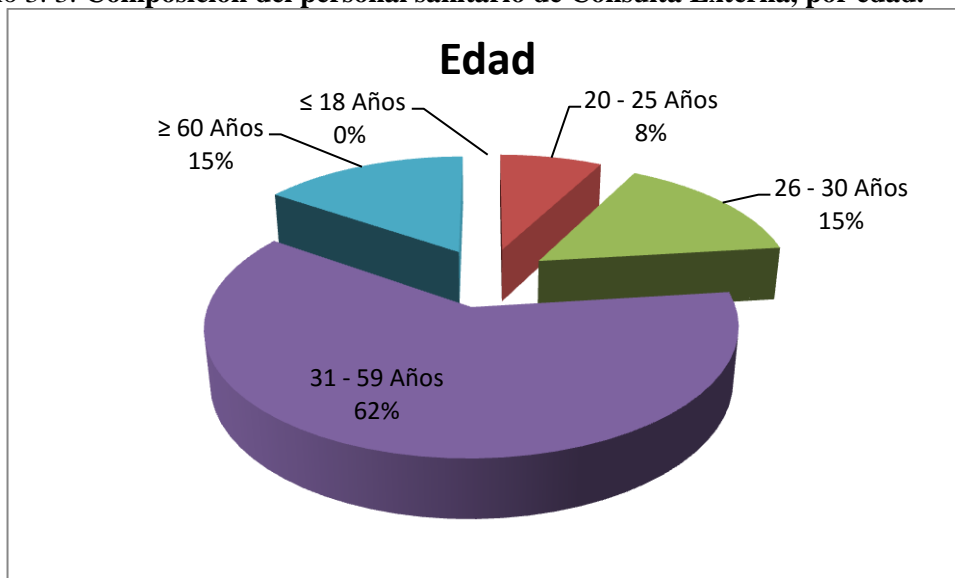
Fuente: Elaboración propia.

Anexo 3.2: Composición del personal sanitario de Consulta Externa, por jornada.



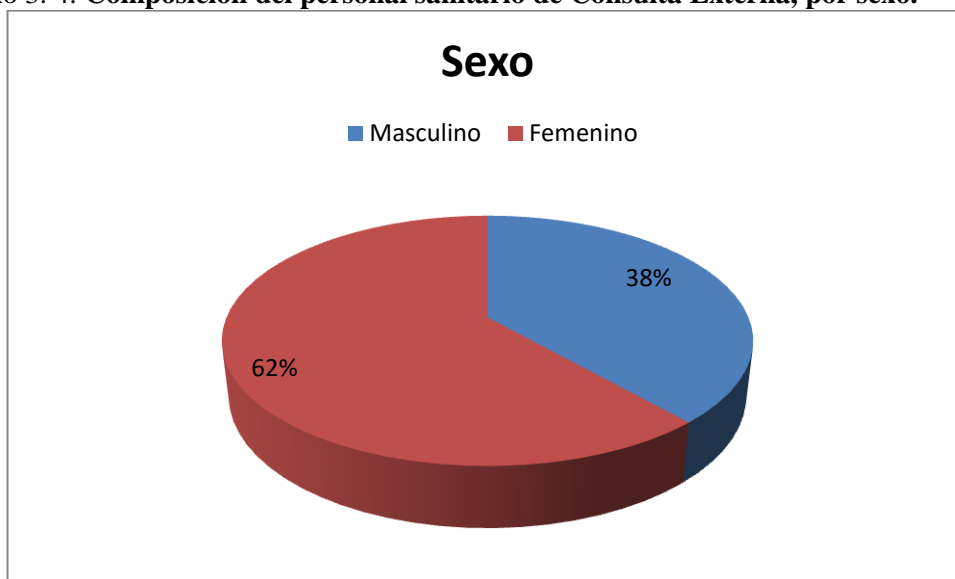
Fuente: Elaboración propia.

Anexo 3. 3: **Composición del personal sanitario de Consulta Externa, por edad.**



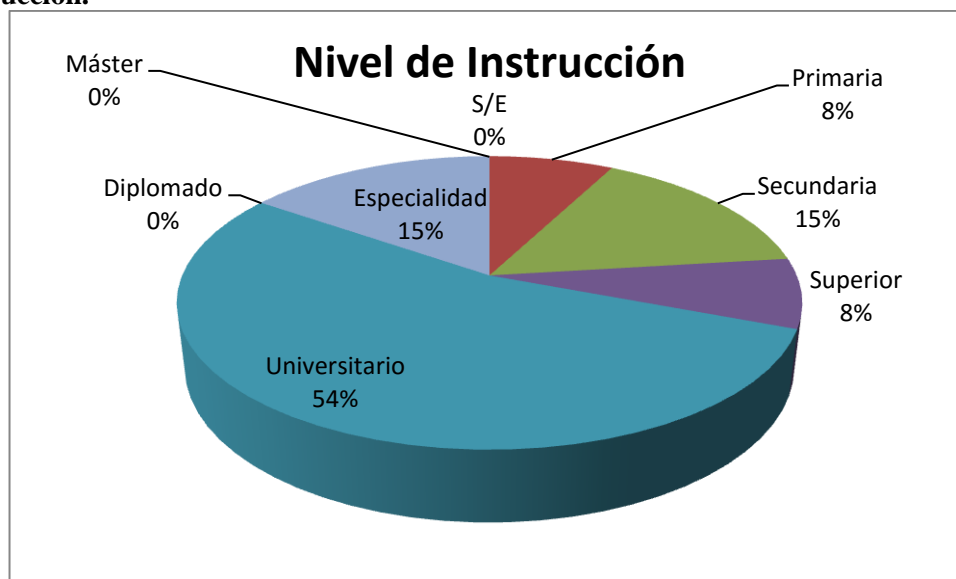
Fuente: Elaboración propia.

Anexo 3. 4: **Composición del personal sanitario de Consulta Externa, por sexo.**



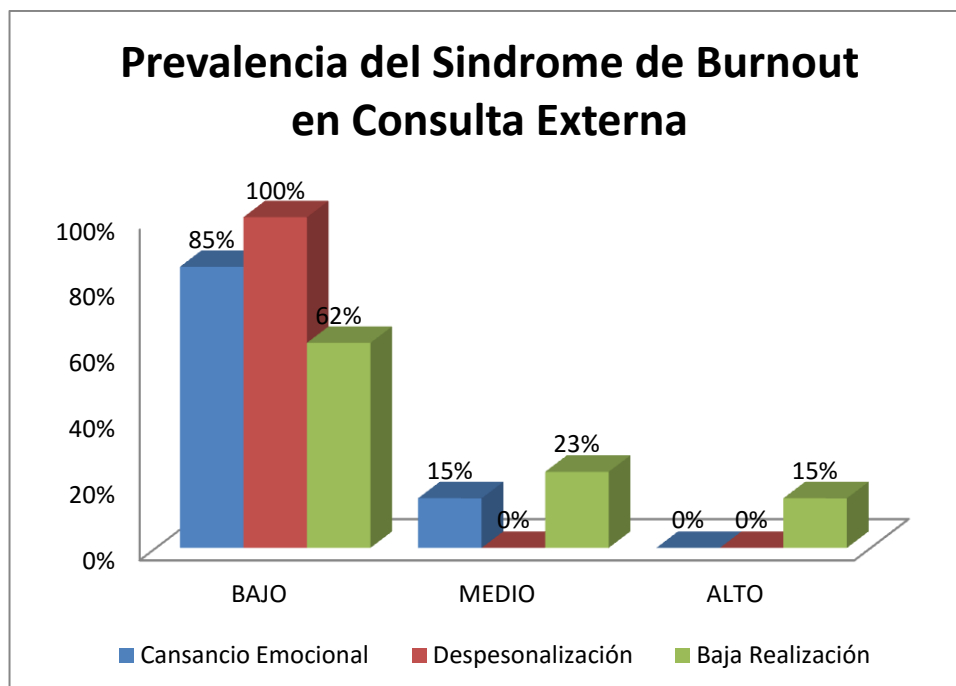
Fuente: Elaboración propia.

Anexo 3.5: Composición del personal sanitario de Consulta Externa, por nivel de instrucción.



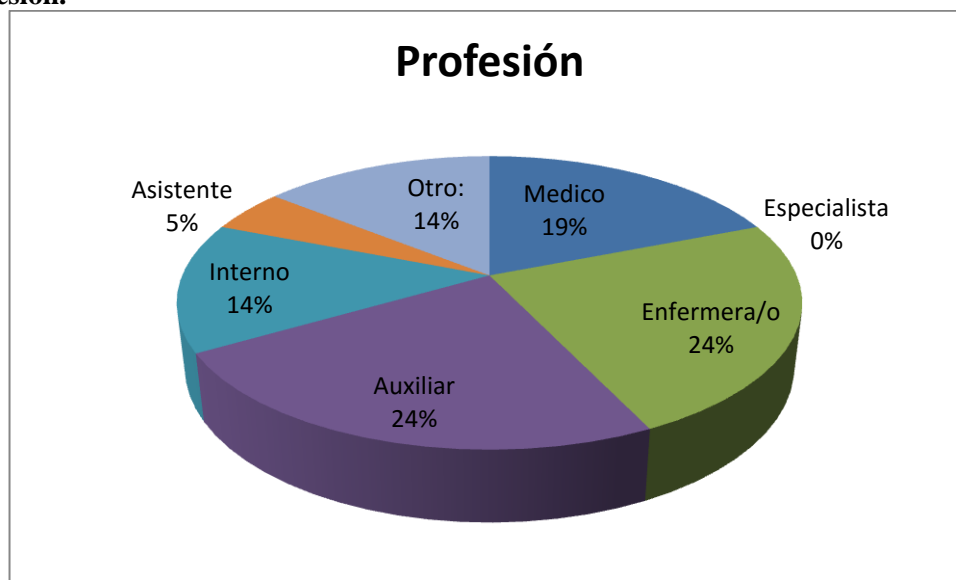
Fuente: Elaboración propia.

Anexo 3. 6: Prevalencia del Síndrome de Burnout en Consulta Externa



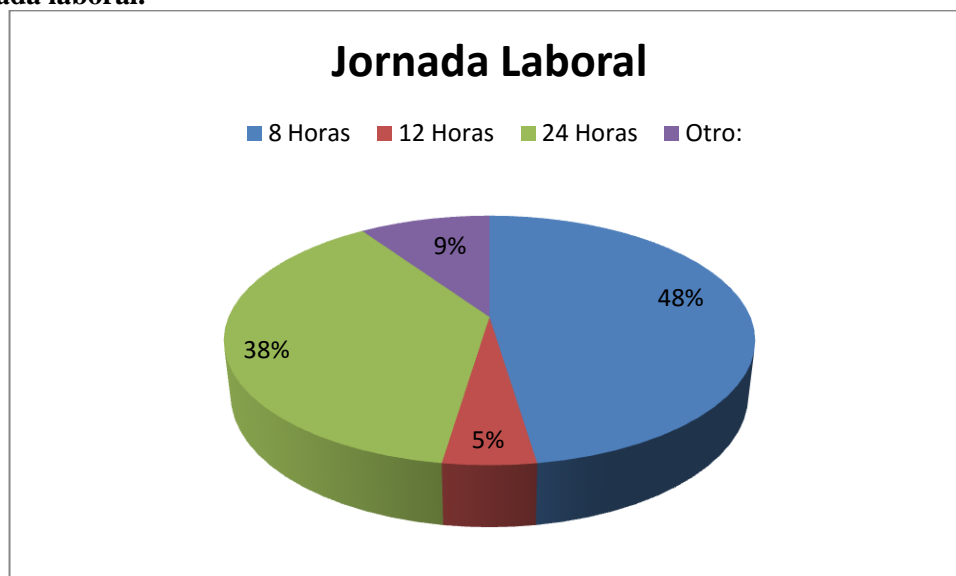
Fuente: Elaboración propia.

Anexo 3.7: Composición del personal sanitario de Hospitalización y Emergencia, por profesión.



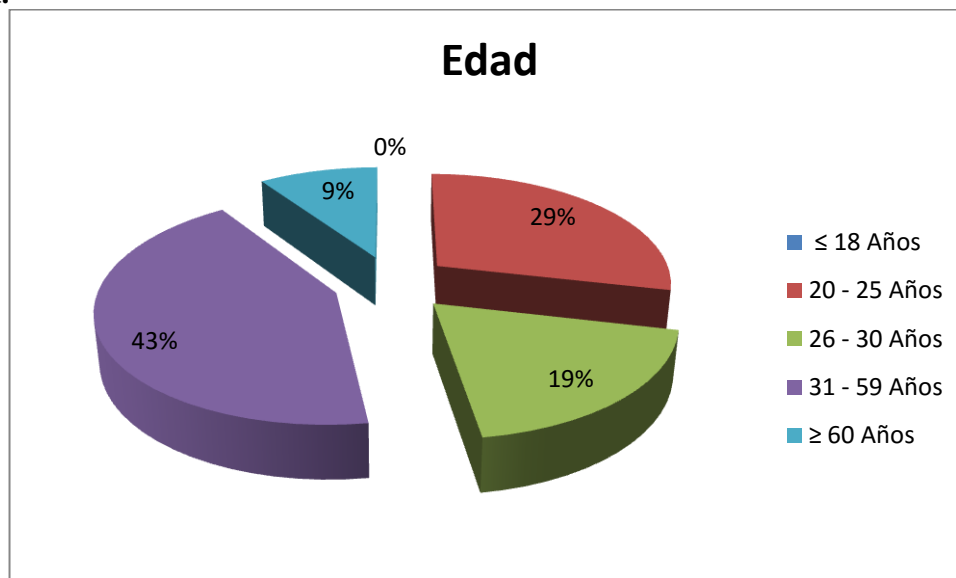
Fuente: Elaboración propia.

Anexo 3.8: Composición del personal sanitario de Hospitalización y Emergencia, por jornada laboral.



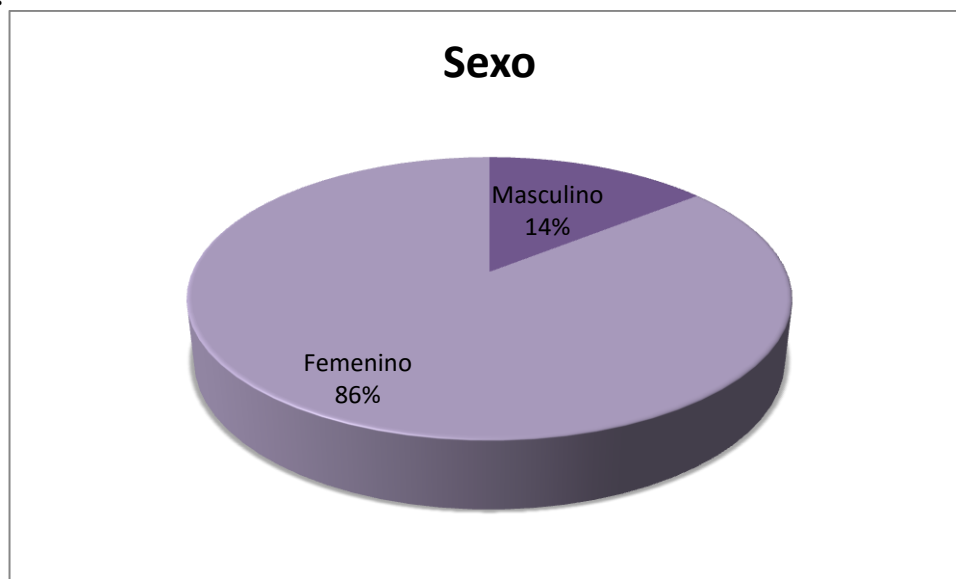
Fuente: Elaboración propia.

Anexo 3.9: Composición del personal sanitario de Hospitalización y Emergencia, por edad.



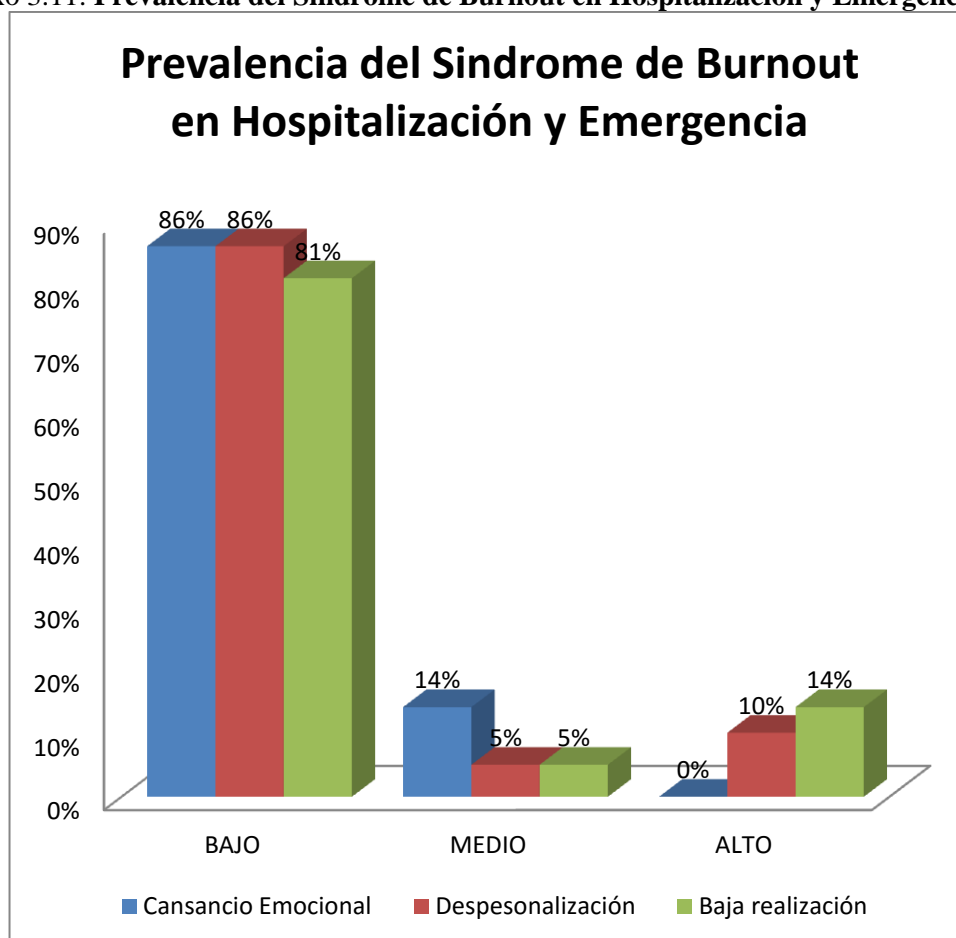
Fuente: Elaboración propia.

Anexo 3. 10: Composición del personal sanitario Hospitalización y Emergencia, por sexo.



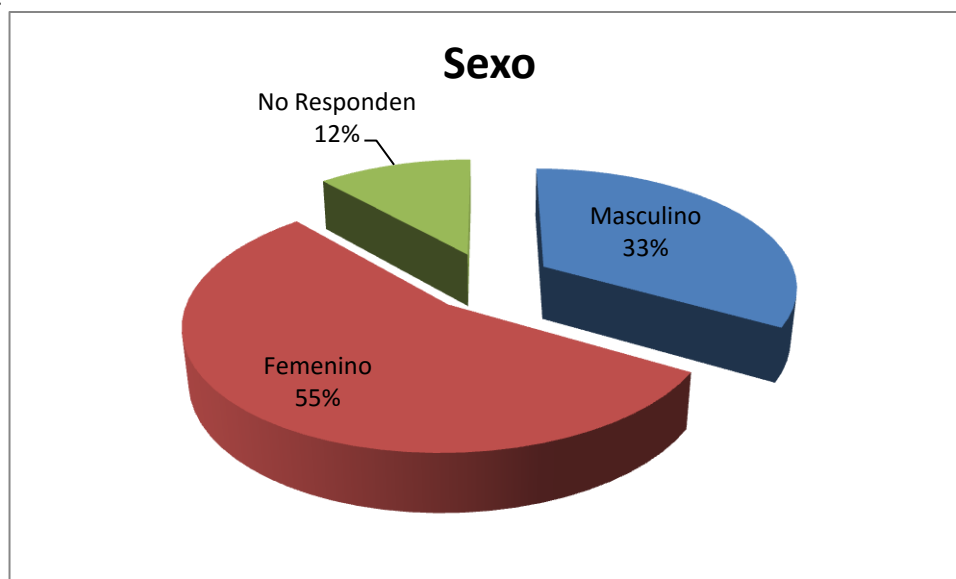
Fuente: Elaboración propia.

Anexo 3.11: Prevalencia del Síndrome de Burnout en Hospitalización y Emergencia.



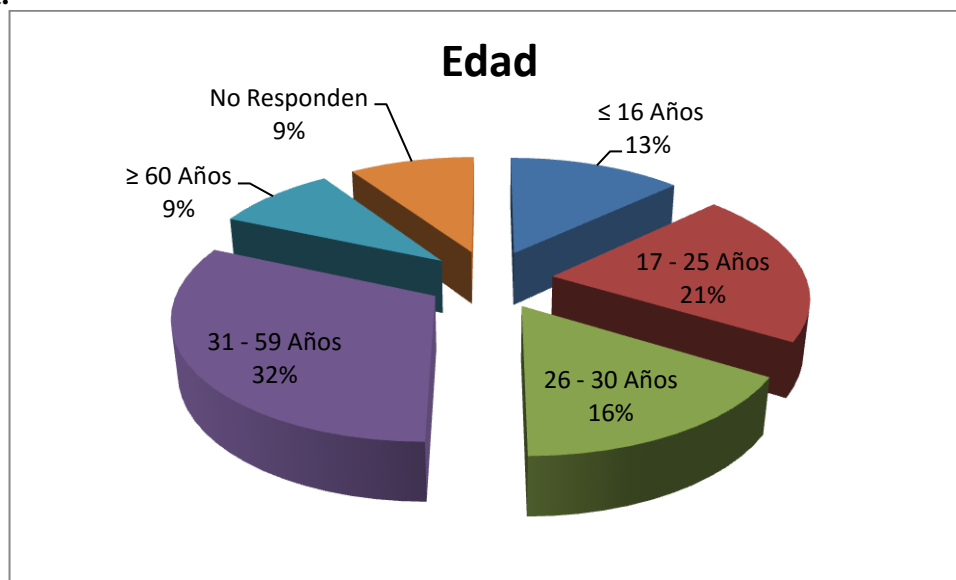
Fuente: Elaboración propia.

Anexo 3.12: Composición de la muestra de los usuarios de los servicios del hospital, por sexo.



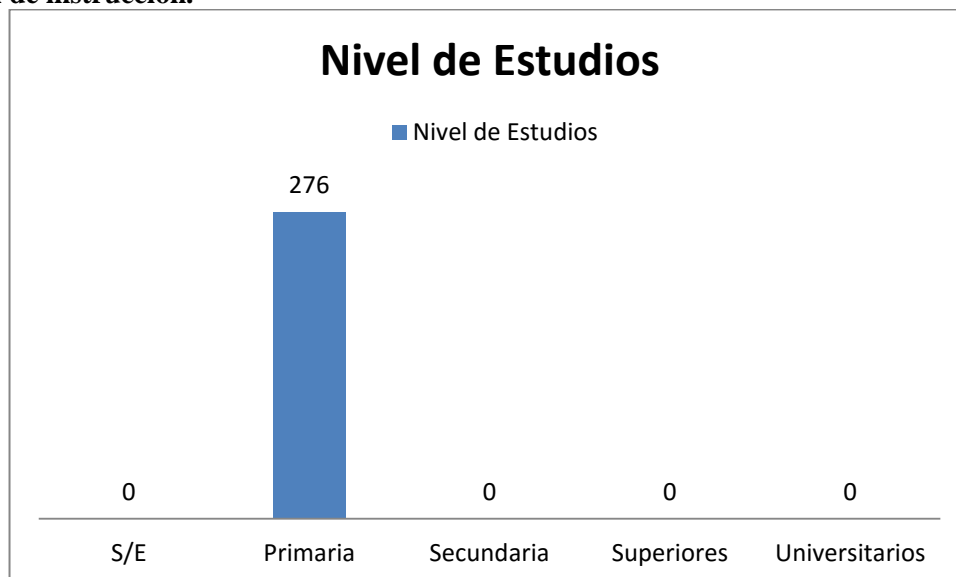
Fuente: Elaboración propia.

Anexo 3.13: Composición de la muestra de los usuarios de los servicios del hospital, por edad.



Fuente: Elaboración propia.

Anexo 3.14: Composición de la muestra de los usuarios de los servicios del hospital, por nivel de instrucción.



Fuente: Elaboración propia.

Anexo 3.15: **Composición de la muestra de los usuarios de los servicios del hospital, por ocupación.**



Fuente: Elaboración propia.