



**UNIVERSIDAD
DEL AZUAY**

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS EN LA EDUCACIÓN

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

“Riesgo suicida y su asociación con el síndrome de *Burnout* en psicólogos clínicos de los
CETADS de Cuenca”

Trabajo de graduación previo a la obtención de título de Psicólogas Clínicas

Autoras:

Virginia Emperatriz Bowen Chilán

María Paz Pesántez Cobos.

Directora:

Cesibel Ochoa Pineda PhD.

Cuenca, Ecuador
2020

DEDICATORIA

Mi tesis la dedico a mi Dios quien me inspiró lograr cumplir mi sueño de convertirme en una profesional, por ser quien siempre ha estado conmigo, siendo mi mejor guía y fortaleza ante dificultades y adversidades en el transcurso de mi vida, además por ser mi principal motivación ante la realización de cada proyecto y meta propuesta. A mis padres por ser mis pilares principales para el desarrollo de mis estudios, y por ser mi ejemplo y modelo a seguir, por sus consejos, comprensión y valores fomentados como persona y profesional. A mi Chochita (+) quien siempre recalca mis cualidades, y estuvo segura de mis capacidades para llegar a ser una gran persona, por su cariño y amor incondicional quien siempre la recordare por el resto de mi vida. Mis hermanas por ser mis mejores amigas y confidentes en todo momento. A mi familia, abuelos, tíos y primos por incentivar y enseñarme a nunca rendirme.

María Paz Pesántez Cobos

Culmino esta etapa de mi vida, agradecida con mi Dios, por ser el mayor inspirador, que con su bendición logró que me llene de fortaleza ante los obstáculos y me hizo creer en mí. Dedico A mis padres ldo José Bowen Bowen y la Sra. Asunción Chilan Zambrano que con su amor y apoyo incondicional me ayudaron a realizarme profesionalmente. Al resto de mi familia por darme palabras de aliento y motivación para enfrentar cada obstáculo que se ha presentado en mi vida y también a mis amigos/as que me apoyaron en toda la etapa universitaria.

Virginia Emperatriz Bowen Chilan

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por haberme otorgado la bendición de culminar mi carrera, por haberme guiado durante el transcurso de mi vida universitaria, llenándome de sabiduría y fortaleza para poder enfrentar los obstáculos que se presentaban a lo largo de esta trayectoria.

A mis padres por su apoyo y ayuda incondicional siendo ellos mi modelo y ejemplo a seguir, enseñándome a no rendirse ante el cumplimiento de mis metas propuestas.

Mis hermanas María Cruz y María Cristina por la motivación y apoyo durante los momentos de crisis y dificultades que se me presentaron.

A mis amigos por los buenos momentos vividos, quienes llenaron de alegría y enseñanza en cada situación vivida junto a ellos.

A Cesibel Ochoa Pineda PhD, muy agradecida por aceptar ser nuestra tutora de tesis, quien con su amplio conocimiento ha sido nuestra guía para la realización y culminación de nuestra investigación.

María Paz Pesántez Cobos

Me siento infinitamente agradecida con Dios por guiarme siempre, y por haberme dado la paciencia y sabiduría para culminar con éxito una meta de mi vida.

Mis padres que son mis pilares de vida e inspiración, que con su apoyo incondicional ayudaron a trazar una etapa importante en mi vida profesional.

A mi directora de tesis PhD. Cesibel Ochoa Pineda, muy agradecida por aceptar ser nuestra tutora de tesis, que con su amplio conocimiento ha sido nuestra guía para la realización y culminación de nuestra investigación.

Me siento agradecida con la Universidad del Azuay y docentes que me han ayudado a lo largo de los años a desarrollarme profesionalmente.

Virginia Emperatriz Bowen Chilán

INDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	v
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE FIGURAS.....	ix
INDICE DE ANEXOS.....	x
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT.....	xii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	3
RIESGO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON EL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> EN PSICÓLOGOS CLÍNICOS	3
1.1 Historia del síndrome de <i>Burnout</i>	3
1.2 Aspectos conceptuales del síndrome de <i>burnout</i> según diferentes teorías	4
1.3 Sintomatología del <i>burnout</i>	5
1.4 Factores desencadenantes del Síndrome de <i>Burnout</i>	6
1.4.1 Organizacionales	7
1.4.2 Sociales	8
1.4.3 Personales.....	8
1.5 Modelos explicativos del síndrome de <i>burnout</i>	9
1.5.1 Modelos etiológicos basados en la teoría socio-cognitiva del yo	9
1.5.2 Modelos etiológicos basados en las teorías del intercambio social	12
1.5.3 Modelos etiológicos basados en la teoría organizacional	12
1.5.4 Modelos etiológicos basados en la teoría estructural.....	14
1.6 Dimensiones y fases del síndrome de <i>burnout</i>	15

1.6.1 Dimensiones	15
1.6.2 Fases del <i>burnout</i>	15
1.7 Consecuencias en el desempeño laboral.....	16
1.7.1 Consecuencias en el ámbito laboral del Profesional de la salud Mental.....	16
1.8 Causas del riesgo suicida	17
1.9 Riesgo suicida en el ambiente laboral	18
1.10 Signos de alerta ante un posible riesgo suicida en el campo laboral	20
1.11 Evidencias científicas del síndrome de <i>burnout</i> y riesgo suicida	21
1.12 Intervención y tratamiento	22
Estrategias fisiológicas.....	23
Estrategias conductuales	23
Estrategias cognitivas.....	24
1.13 Conclusiones	26
CAPÍTULO II	27
METODOLOGÍA Y RESULTADOS	27
2.1 Instrumentos	27
2.1.1 Ficha Sociodemográfica.....	27
2.1.2 Cuestionario de Maslach <i>Burnout</i> Inventory (MBI)	27
2.1.3 Escala de riesgo suicida de Plutchik	28
2.2 Población de estudio y muestra seleccionada	28
2.3 Criterios de Inclusión y Exclusión	28
2.4 Procedimiento de la investigación	29
2.5 Resultados de Investigación	31
CAPÍTULO III	41
DISCUSIÓN	41

CONCLUSIONES	48
RECOMENDACIONES	50
BIBLIOGRAFÍA.....	52
ANEXOS.....	62

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características generales de los participantes	32
Tabla 2. Intensidad del Burnout según variables sociodemográficas	34
Tabla 3. Frecuencia del Burnout según características de los participantes	35
Tabla 4. Afirmaciones del riesgo suicida	36
Tabla 5. Puntuación de la intensidad de riesgo suicida según características de los participantes	37
.....	
Tabla 6. Frecuencia del riesgo suicida según variables sociodemográficas	38
Tabla 7. Dimensión del Burnout relacionada con el riesgo suicida	39
Tabla 8. Frecuencia de Burnout y riesgo suicida	39

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Procesamiento de la Información	31
Figura 2. Porcentaje del Síndrome de Burnout en psicólogos clínicos	33
Figura 3. Niveles en las dimensiones de Burnout	33
figura 4. Porcentaje de riesgo suicida en psicólogos clínicos	36
Figura 5. Relación entre riesgo suicida y síndrome de Burnout	40

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Inventario de Maslach Burnout.....	62
Anexo 2. Escala de Riesgo Suicida de Plutchik.....	64
Anexo 3. Ficha Sociodemográfica	65
Anexo 4. Consentimiento Informado	67

RESUMEN

El objetivo del estudio fue identificar la asociación entre el riesgo suicida y el síndrome de *Burnout*, dado que los psicólogos clínicos al tratar con el sufrimiento humano pueden llegar a padecer estrés laboral y a la vez riesgo suicida. En nuestro estudio participaron 70 psicólogos clínicos de los CETADS de Cuenca. La investigación es de tipo transversal, de carácter descriptivo, correlacional y cuantitativo. Se usó el cuestionario de *Maslach Burnout Inventory*, que valora el desgaste profesional; y la escala de riesgo suicida de *Plutchik*, que evalúa a personas con riesgo suicida. Los resultados muestran que el 8,6% de psicólogos además de tener *burnout* tienen riesgo suicida. Con estos resultados se pretende aportar a la investigación en esta área temática.

Palabras Clave: síndrome de *burnout*, riesgo suicida, psicólogos clínicos.

ABSTRACT

The objective of the study was to identify the relationship between *Burnout* syndrome and suicidal risk, since clinical psychologists may suffer from work-related stress and suicidal risk when dealing with human suffering. In this study 70 clinical psychologists participated. This research was transversal, descriptive, correlational and quantitative. The *Maslach Burnout Inventory* questionnaire that assesses professional attrition and the *Plutchik* suicide risk scale that assesses people with suicidal risk were used. The results showed that 8.6% of psychologists presented suicidal risk in addition to having burnout. These results are intended to contribute to research in this thematic area.

Keywords: *Burnout* syndrome, suicide risk, clinical psychologists, work stress.



Translated by
Ing. Paúl Arpi

INTRODUCCIÓN

El trabajo es una actividad que genera estrés por diversos motivos como; cargas horarias, presión o falta de control, afectando a diferentes áreas cognitivas de los profesionales, razón por cual es importante cuestionarse que sucede cuando la herramienta principal para ejercer la profesión es la persona, cuando los recursos del individuo, a más de sus conocimientos son el equilibrio físico y mental que permiten prestar los servicios de forma oportuna.

El síndrome de *burnout* también denominado como el desgaste profesional, comprende un riesgo que involucra a todas las profesiones, pero, tiene mayor repercusión en aquellas relacionadas con la enseñanza, asistencia médica, ayuda psicológica y otro tipo de servicios relacionados con las necesidades físicas o emocionales. Se ha señalado innumerables veces que la labor realizada por psicólogos y médicos presentan mayores riesgos de desgaste laboral a nivel profesional (Oñate, Resett, Menghi e Iglesia, 2016).

El primer estudio fue realizado por Freudenberger donde identifico los síntomas del agotamiento laboral, para 1981, Maslach y Jackson definieron al síndrome como la aflicción tridimensional caracterizada por el desgaste emocional, disminución de la realización personal y despersonalización, mediante la creación del inventario que media la dimensión del *burnout*.

La Psicología Clínica es una rama aplicada de la Psicología, que involucra la utilización de medios psicológicos para tratar diferentes enfermedades mentales. El profesional se ve afectado por la carga laboral generando *burnout*, modificando no solamente el rendimiento en el trabajo, sino incidiendo en la vida personal y privada en todos los aspectos, debido a síntomas como el desprecio, sentimientos de vacío o malas actitudes que afectan directamente a la familia, amigos e incluso pacientes (Isaac, García, Bosch, Venegas y Luque, 2013).

Si el síndrome de *burnout*, no se trata de forma temprana puede desencadenar un posible riesgo suicida, ya que esta enfermedad genera consecuencias sintomáticas que perjudica el ámbito físico y emocional del profesional, siendo un posible desencadenante para el riesgo suicida. En la presente investigación se muestra como el síndrome del quemado o estrés crónico pone en riesgo la vida del profesional manteniendo relación con el riesgo suicida.

Por otro lado, el profesional en psicología tiende a sobre exigirse ante las demandas de sus pacientes generando diversos sentimientos que al no ser tratados pueden desencadenar otros padecimientos como el riesgo de suicidio, que constituye una problemática de salud pública, por ello es importante considerar la influencia de la profesión en la salud con la finalidad de realizar intervenciones tempranas que permitan controlar el síndrome (González, Medina y Ortiz, 2016).

El presente estudio fue realizado con la participación de profesionales en psicología clínica que laboran en los centros especializados por consumo problemático de alcohol y drogas, se analizó el síndrome de *burnout*, mediante la aplicación del cuestionario de Maslach *Burnout Inventory* (MBI) y Escala de riesgo suicida de Plutchik, dirigidos a evaluar las características del síndrome en los participantes, asociándolos con el riesgo suicida que se presenta como consecuencias del *burnout*.

El objetivo principal de la investigación fue determinar la asociación entre el riesgo suicida y el síndrome de *burnout* en psicólogos clínicos, además de identificar los factores socio demográficos en cuanto al sexo, género, edad, estado civil, nivel de escolaridad, número de hijos, con quien vive, tiempo que labora en el establecimiento y tiempo laboral, y por último se desea comprobar cuál de las dimensiones del síndrome de *burnout* está más relacionada con el riesgo suicida.

CAPÍTULO I

RIESGO SUICIDA Y SU ASOCIACIÓN CON EL SÍNDROME DE *BURNOUT* EN PSICÓLOGOS CLÍNICOS

A lo largo del siguiente capítulo, se abordará la historia del síndrome de *burnout*, los conceptos según diferentes apreciaciones, teorías explicativas o etiológicas según autores concedores de la patología, causas y consecuencias, factores de riesgo. Además, se presentarán evidencias de la afectación del síndrome en los psicólogos clínicos. Otro punto a tratar dentro de este capítulo, es el suicidio en profesionales de la salud mental, evidenciando las causas, factores de riesgo, signos de la conducta suicida, adicional la intervención y tratamiento para estas dos variables, finalmente se expondrá la asociación entre el riesgo suicida y el síndrome de *burnout* en profesionales, enfatizándose en los psicólogos clínicos.

1.1 Historia del síndrome de *Burnout*

A mediados del siglo XX se dio inicio a un fenómeno llamado “*Burnout*”, en español conocido como el síndrome del quemado, el cual empezó a tomar importancia en la década de los setenta dentro del área de psicología, es así que a mediados del mismo año se llevaron a cabo tres cambios radicales; de tipo económico, social y cultural; asimismo el *burnout* es considerado como una condición que surge por las responsabilidades que un profesional posee en su puesto de trabajo, así como también del estado físico y psicológico de los trabajadores (López, 2017).

El término *burnout* fue reconocido por la novela de Graham Greene, *A Burnout – Case* publicada en el año 1961, donde se relata la historia de un arquitecto que decide dejar su título y profesión para viajar a la selva, debido al cansancio espiritual que sentía, por lo que este concepto empezó a usarse para referirse al estrés laboral; por ello las personas que realizan un empleo desgastante y agobiado padecen el conocido síndrome de *burnout* (Terán, 2007).

En el año 1974 un médico psiquiátrica llamado Herbert Freudenberger, quien trabajaba como voluntario en una clínica de adicciones ubicada en Nueva York, llegó a la conclusión de que los compañeros de trabajo se sentían desmotivados, fatigados y con cuadros depresivos y de ansiedad, por lo que según Leiter, las actividades laborales que las personas realizaban a diario eran desgastantes, pues no contaban con un horario de trabajo definido, trabajaban más horas de lo establecido, la remuneración era baja y el ambiente laboral era poco óptimo; asimismo

Freudenberger detalló que las personas pueden carecer de sensibilidad, comprensión llegando a desarrollar comportamientos agresivos hacia los pacientes. Después de haber analizado el estudio, Herbert decidió usar la palabra *burnout* para describir la conducta antes mencionada (Carlin, 2010).

Por otro lado, en 1976 la psicóloga social e investigadora Christina Maslach utilizó el concepto para referirse a la falta progresiva de interés y responsabilidad de sus actividades diarias y demás personas dentro del área de trabajo; del mismo modo es importante considerar que el síndrome tiene que ir de la mano con el estudio del estrés laboral, ya que es esencial que los empleadores brinden una mejor calidad de vida a sus trabajadores (Hernández, 2011).

Cabe mencionar que el síndrome del quemado consta en la “Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud” como un problema vinculado al empleo y desempleo (Quintáns, 2019).

1.2 Aspectos conceptuales del síndrome de *burnout* según diferentes teorías

A continuación, se describe las distintas conceptualizaciones de los famosos investigadores sobre el tema de estrés laboral o denominado *burnout*.

- a) Teoría de Ayuso (1993), señaló que el *burnout* es una afectación psicológica causada por varios acontecimientos que se llevan a cabo en las actividades diarias profesionales, provocando problemas físicos, afectivos y cognitivos.
- b) Teoría de Christina Maslach lo describe como una manera errónea de afrontar el estrés, entre las características principales están el cansancio emocional y el desaprovechamiento del desempeño laboral (Maslach, 1976).
- c) Teoría de Edelwich & Brodsky (1980), se refieren al *burnout* como un desgaste gradual de la energía y objetivos del trabajador, mientras que otras investigaciones en el área laboral prefieren detallarlo como el deterioro físico y emocional de un miembro de la organización.
- d) Teoría de Freudenberger (1974) explica este concepto como la sensación de cansancio y desinterés debido a la carga excesiva de trabajo y agotamiento de energía de un empleado dentro de la empresa.

- e) Teoría de Brill (1986), lo considera como el estado disfuncional de las actividades laborales de un trabajador, en el que dicha persona necesita desarrollar un adecuado clima laboral por medio de la ayuda interna o externa.
- f) Teoría de Pines y Aronson (1988), lo puntualizan como un proceso basado en el cansancio físico, emocional y mental a consecuencia de acontecimientos estresantes.
- g) Teoría de Schaufeli & Enzmann (1988), menciona que el *burnout* es un estado mental negativo de los empleados, debido al agotamiento, desmotivación e incomodidad dentro del ámbito organizacional.
- h) Teoría de Gil-Monte & Peiro (1999), lo detallan como una respuesta crónica de las personas causada por la frustración profesional, el cansancio emocional y problemas con terceros.,
- i) Teoría de Shirom (2003), describe a este término como una reacción al estrés que provoca el desánimo y la falta de energía.

1.3 Sintomatología del *burnout*

Los trabajadores que padecen el síndrome de *burnout* presentan diversos síntomas, a nivel físico, afectivo y de actitudes, estos son complejos y aparecen de forma paulatina, se detallan los siguientes:

1. Cansancio o agotamiento emocional: está relacionado con la pérdida progresiva de energía, desgaste o fatiga.
2. Despersonalización: aquí el sujeto crea una defensa para protegerse de los sentimientos de impotencia y frustración.
3. Abandono de la realización personal: en esta fase el trabajo deja de tener valor para la persona.

Estos síntomas se presentan de forma cíclica y paulatina, es decir se presenta a lo largo del tiempo, así la persona puede experimentar los mismos varias veces en diferentes épocas de la vida, ya sea en el idéntico trabajo o no (Morales e Hidalgo, 2015).

Para Menéndez, Calle, Delgado, Espinel y Cedeño (2019) , los síntomas en la salud del profesional involucran los siguientes ámbitos:

- Signos y síntomas físicos: cefaleas, cansancio, insomnio, trastornos gastrointestinales, y dolores generalizados.
- Signos y síntomas psíquicos: falta de entusiasmo e interés, problemas para concentrarse, estado de alerta, actitud reflexiva, irritabilidad, impaciencia, depresión, ansiedad, negativismo, frustración, y desesperanza.
- Síntomas laborales: sobre involucramiento, ausentismo laboral, y cambios de actitudes con los pacientes.
- A nivel del sistema motor: hablar con rapidez, temblor, tartamudeo, falta de apetito, bostezos.
- A nivel del sistema cognitivo: preocupación, baja concentración, mal humor.
- Trastornos respiratorios: asma
- Trastornos cardiovasculares: hipertensión arterial, alteraciones psicósomáticas, taquicardia, bradicardia y apnea.
- Trastornos psicopatológicos: ansiedad, depresión, insomnio, trastornos de personalidad.
- Trastornos dermatológicos: prurito, sudoración excesiva.
- Trastornos sexuales: impotencia, eyaculación precoz, alteraciones de la libido
- Psicósomáticos: alteraciones cardiorrespiratorias, dolores de cabeza, fatiga crónica, trastornos del sueño, úlceras, problemas gástricos, tensión muscular, mareos y vértigos.
- De conducta: conductas adictivas, consumo excesivo de café y alcohol, ausentismo laboral, bajo rendimiento laboral, distanciamiento con los compañeros de trabajo y familia.
- Emocionales: irritabilidad, incapacidad de concentración, distanciamiento afectivo.
- Mentales: sentimientos de vacío, agotamiento, fracaso, impotencia, baja autoestima

1.4 Factores desencadenantes del Síndrome de *Burnout*

Para Quiroz (2013), los factores desencadenantes son las variables que predicen la aparición del síndrome de *burnout* y ayuda a comprender de mejor manera su origen. Las variantes utilizadas para analizarlas se enfocan desde varias perspectivas: variables más relacionadas con aspectos personales de la persona, con características propias del área de trabajo o con aspectos relacionados con acontecimientos externos al empleo; los mismos se dividen en tres categorías:

1.4.1 Organizacionales

Constituyen variables intrínsecas a la empresa, que provocan situaciones negativas entre el trabajador y el empleador, se visualizan en los siguientes contextos:

- a) Dinámica del trabajo: es el resultado de las interacciones mal conducidas con otros miembros de la organización, por planteamientos directivos poco claros y de una deficiente designación de roles.
- b) Inadecuación profesional: es cuando un profesional no cumple con el perfil del puesto de trabajo que realiza.
- c) Sobrecarga de trabajo: se refiere a la sobrecarga en las actividades diarias del trabajador; mientras mayor responsabilidad, más probabilidades de desarrollar el síndrome.
- d) Los contenidos: son la variedad de tareas, el nivel de feed-back y la realización.
- e) Ambiente físico de trabajo: referentes al nivel de ruido en el área de trabajo; los mismos pueden ser de intensidad, control, y frecuencia.
- f) Los turnos de trabajo: el trabajo nocturno es una de las causas que pueden provocar el síndrome, más aún si existe una sobrecarga de trabajo.
- g) Conflicto y ambigüedad de rol: un rol es el conjunto de expectativas y actividades que se espera que una persona cumpla.
- h) Estructura organizacional: el *burnout* se desencadena en organizaciones rígidas, en las que no se pueden dar opiniones, ni tomar decisiones.
- i) Estresores económicos: cuando un trabajador se siente inseguro económicamente en su puesto de trabajo puede sufrir de *burnout*.
- j) Desafío en el trabajo: se refiere al momento en que los trabajadores deben demostrar su capacidad para llevar a cabo de manera correcta sus actividades laborales, en el caso de los psicólogos clínicos llevar a una mejoría la salud mental del paciente.
- k) El clima organizacional: está compuesto por la participación en la toma de decisiones, la autonomía en el trabajo, el compromiso con el empleo y las relaciones con los compañeros de trabajo.

De manera específica en el avance de la salud mental, el psicólogo clínico, desarrolla sesiones psicoterapéuticas en un horario de duración entre 40 a 60 minutos de consulta, llevadas a cabo entre una o más veces la semana en cada paciente, lo que podría generar consecuencias al

incrementarse la demanda del cliente, debido al poco tiempo que el profesional presenta para abarcar la magnitud de problema de los pacientes. Esto conlleva a disminuir la motivación para ayudar a los usuarios, sumándose la idealización del psicólogo en abarcar y ayudar a todos los pacientes, generando cierto grado de despersonalización como mecanismo de protección por parte del profesional (Sánchez, 2017).

1.4.2 Sociales

Suárez (2018) señala que son variables externas al área laboral como: familia, amigos, estilos de vida, entre otros, siendo importante el apoyo social que recibe una persona de los seres queridos, entre los factores asociados se distinguen:

- Comunicación: el *burnout* se presenta cuando la información se deteriora en el ambiente social del individuo.
- Actitudes de familiares y amigos: se refiere a las actitudes positivas o negativas que los familiares y amigos tienen con la persona.
- Problemas familiares: provocan un inadecuado ambiente en el hogar, lo que puede causar *burnout*.
- Recursos de afrontamiento familiar: cuando la familia ayuda afrontar las situaciones que pueden provocar dicho síndrome, el individuo presenta menor vulnerabilidad.
- Cultura: el *burnout* no afecta de la misma manera a todos, por lo que depende de la cultura.

1.4.3 Personales

Son variables propias de un individuo como: la personalidad, sentimientos, pensamientos, emociones, actitudes, entre otros.

- Locus de control: es la creencia de que todo lo que sucede en la vida y los efectos se pueden controlar por decisiones propias. El *burnout* asoma cuando el profesional cree que puede controlar su propio destino, se sienten responsables de su vida y su conducta y ven sus logros y fracasos como un resultado de sus acciones.
- Personalidad resistente (*hardiness*): se manifiesta cuando el individuo adquiere sentimientos de compromiso hacia sí mismo y el trabajo, por lo tanto, actúa de manera desafiante ante cualquier acontecimiento.
- Edad: es una variable en la que, a mayor o menor edad, se debe llevar a cabo las actividades con experiencia y madurez.

- Patrón de personalidad tipo “a”: son las personas que cuentan con altos niveles de competitividad, esfuerzo por llegar al éxito, agresividad, entre otros.
- Expectativas personales: cuando un individuo tiene expectativas hacia cualquier circunstancia y estas no se cumplen, el riesgo de padecer *burnout* aumentara.

Son varios los autores que estudian los factores que intervienen en la presencia de *burnout* entre estos Díaz (2018), quien señala que generalmente las personas maduras tienen mayores capacidades para afrontar problemas personales y emocionales, por esta razón son las resistentes al síndrome. Por otro lado, Basset (2016), señala que la antigüedad laboral es otro factor que desencadena el síndrome, los profesionales cuya antigüedad este entre los dos y 10 años de trabajo son menos propenso en padecer *Burnout*.

García, Gatica, Cruz y Vargas (2016), sostienen que existen varios factores que ocasionan la enfermedad, entre ellos están los personales, laborales y sociales, desde el punto de vista personal asegura que las mujeres están más propensas a padecer el síndrome, mientras que desde el punto de vista laboral, los trabajadores con jornadas de trabajo extensas tienden a padecer esta condición; por último desde el punto de vista social, las personas que no reciben suficiente información en habilidades de comunicación interpersonal son víctimas para sufrir la enfermedad.

1.5 Modelos explicativos del síndrome de *burnout*

1.5.1 Modelos etiológicos basados en la teoría socio-cognitiva del yo

En los modelos etiológicos basados en la teoría socio-cognitiva del yo, existen dos puntos importantes a destacar, el primero son las cogniciones ya que son indispensables al momento de percibir la realidad, debido a que las mismas cambian por sus efectos y consecuencias y el segundo es el empeño para llevar a cabo los objetivos y las consecuencias que traen consigo; dichos modelos etiológicos son fundamentales en las variables del “self” como la autoconfianza, autoeficacia, auto concepto, entre otros; asimismo entre ellos se encuentran varios modelos que son: el modelo de competencia social de Harrison (1983), el modelo de Pines (1993), el modelo de Cherniss (1993) y el modelo de Thompson, Page y Cooper (1993).

a) Modelo de competencia social de Harrison

El modelo de competencia social de Harrison se basa en la "competencia percibida" como función del síndrome de *burnout*, el cual manifiesta que los profesionales que ingresan al campo laboral en el área de servicios de asistencia tienen mayor nivel de motivación y empatía hacia terceros, por lo mismo existen factores tales como: la existencia de objetivos laborales, el grado de ajuste entre los valores de la persona y la institución, la capacitación profesional, la toma de decisiones, la dificultad del rol, disponibilidad y disposición de los recursos, sobrecarga laboral, ausencia de recursos, y conflictos interpersonales (Harrison, 1983).

b) Modelo de Pines

Pines desarrolló un modelo donde incorpora la idea de que los trabajadores que buscan darle un sentido existencial a su trabajo desarrollan el síndrome, según este modelo el padecimiento se produce como resultado de la desilusión o fracaso en la búsqueda del sentido de vida en aquellos trabajadores altamente motivados por su trabajo (Pines, 1993).

El modelo Pines, detalla que el síndrome de *burnout* es un proceso en el cual una persona busca el sentido que tiene su trabajo y no lo encuentra, por lo que para dar sentido a sus actividades diarias, opta por realizar tareas humanitarias; del mismo modo es un modelo de tipo motivacional, ya que las personas con alto grado de motivación tienden a sufrir este fenómeno, por lo que un sujeto con bajo grado de motivación puede desarrollar estrés, cansancio y depresión sin necesidad de llegar a desencadenar dicho síndrome. Por lo tanto, el síndrome de *burnout* se genera en el psicólogo o profesional como resultado de una desilusión, un fracaso en la búsqueda del sentido de vida, en trabajadores altamente motivados hacia su trabajo (Pines, 1993).

c) Modelo de autoeficacia de Cherniss

El modelo propuesto se basa en que las características del ambiente laboral que facilitan a los trabajadores a desarrollar sentimientos de éxito contribuyen a la prevención del síndrome, por otro lado, los trabajadores que no alcanzan esta característica pueden padecer *burnout* (Cherniss, 1993).

El cumplimiento de metas aumenta la eficacia en una persona, o al no cumplirlo llevan al fracaso mental, lo que puede provocar el síndrome de *burnout*. Por otro lado, los individuos con sentimientos de autoeficacia percibida tienen menos posibilidad de desarrollar dicho fenómeno. En este modelo también se toma en cuenta el nivel de seguridad que los profesionales perciben en relación con sus propias capacidades, esto determinará el esfuerzo que muestren para alcanzar sus objetivos y la facilidad o dificultad para obtenerlos, además producirá algunas reacciones emocionales, como la depresión o el estrés que acompañan a la acción (Cherniss, 1993).

d) Modelo de Thompson, Page y Cooper

Thompson, Page, & Cooper (1993), describen cuatro factores que son: las diferencias entre las demandas de la tarea y los recursos de la persona, el nivel de autoconciencia, las expectativas de éxito personal y los sentimientos de autoconfianza. Estos autores explican que los fracasos laborales se utilizan en la "retirada mental o conductual" de un acontecimiento amenazador, con el fin de disminuir las discrepancias en el logro de los objetivos en el campo laboral.

En este modelo la autoconciencia viene a ser un elemento importante en la causa del síndrome de quemado. Este factor es definido como un rasgo de personalidad, es concebido como la capacidad del profesional para autorregular el estrés durante el desarrollo de una tarea ligada a la consecución de un objetivo. Los trabajadores que presentan alta autoconciencia mantendrán una predisposición excesiva a auto percibirse y a centrarse en sus hábitos que conllevan al estrés, por lo que presentaran niveles altos de estrés en comparación con los profesionales con baja autoconciencia (Ojeda, 2016).

Por otro lado, los autores proponen que la percepción de las discrepancias entre las demandas y los recursos podría intensificar el nivel de autoconciencia en algunos trabajadores, lo cual afectaría negativamente al estado de ánimo, generando falta de confianza para resolver las

discrepancias y finalmente se sumaran bajos sentimientos de realización personal en el trabajo (Ojeda, 2016).

1.5.2 Modelos etiológicos basados en las teorías del intercambio social

Los modelos etiológicos basados en las teorías del intercambio social plantean que al momento en el que una persona entabla relaciones interpersonales, se lleva a cabo la comparación social, lo que puede conllevar a padecer el síndrome de *burnout* (Zuluaga, 2012).

a) Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli

Se plantean dos tipos de etiología del *burnout*, en el cual uno de ellos se refiere a los procesos de intercambio social con los pacientes, los mecanismos de afiliación y comparación con otros miembros de la organización.

Según estos autores existen tres tipos de estrés vinculados con los procesos de interacción social: la incertidumbre, la percepción de equidad y la falta de control; debido a la percepción y falta de autoestima del individuo con base a los mecanismos, procesos de afiliación social y comparación con otros miembros de la organización hace que no busque el apoyo de los compañeros en momentos de estrés (Buunk & Schaufeli, 1993).

b) Modelo de conservación de recursos

El modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freedy, es una teoría motivacional de COR, en la cual para reducir los niveles de *Burnout* se deben aumentar los recursos de los trabajadores; asimismo es importante cambiar de forma positiva las cogniciones y percepciones con el objetivo de reducir los niveles de estrés (Salazar, Herrera, Rueda y León, 2014).

La idea básica del COR, detalla que los empleados deben esforzarse por aumentar y mantener sus recursos, por lo que el *Burnout* se desencadena al momento en que dichos recursos se encuentran amenazados. Esta teoría define cuatro categorías de recursos: propósitos, condiciones, características personales y capacidad física (Freedy & Hobfoll, 1993).

1.5.3 Modelos etiológicos basados en la teoría organizacional

Estos modelos se basan en la función de los estresores del área laboral y de las estrategias de afrontamiento que utilizan los empleados cuando existe un cuadro de *Burnout*. Estos modelos

se encuentran relacionados con las funciones del rol, el apoyo percibido, la estructura, el clima y la cultura organizacional en la aparición del síndrome.

a) Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter

Este modelo se basa en una progresión secuencial en el tiempo, en un acontecimiento que desencadena otro, por lo que la secuencia de la despersonalización es la primera fase del *burnout*, la segunda es la realización personal disminuida y la tercera es el incremento del agotamiento emocional. Golembiewski, menciona que la importancia de las disfunciones del rol (pobreza, conflicto y ambigüedad) es un proceso en el que los empleados disminuyen el nivel de responsabilidad frente a la tensión del estrés laboral. La primera fase desencadena el estrés debido a la sobrecarga laboral y la pobreza del rol, es decir, existiendo una excesiva o escasa estimulación de la práctica del psicólogo, provocando sentimientos negativos. En la segunda fase, el sujeto desarrolla estrategias de alejamiento para enfrentar la situación amenazante del trabajo, esta separación tendría un carácter constructivo cuando el trabajador, en este caso el psicólogo clínico no se implica en el problema del paciente, pero lo atiende sin eliminar la empatía o, por el contrario, tiene un resultado negativo cuando el distanciamiento acarrea a una indiferencia emocional, cinismo, severidad en el trato, o conlleva a ignorar al paciente (Golembiewski, Munzenrider , & Carter , 1983).

b) Modelos de Cox, Kuk y Leiter

Este modelo sugiere, desde un enfoque transaccional del estrés laboral, que el *burnout* es un acontecimiento particular que se da en 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. En este punto también intervienen los distintos significados que el sujeto le atribuye al trabajo o las posibles expectativas frustradas en el ámbito laboral (Cox, kuk, & Leiter, 1993).

El modelo contiene variantes como: “sentirse gastado” (sentimientos de agotamiento, desconcierto y debilidad emocional) y “sentirse presionado y tenso” (sentimientos de tensión, amenaza, y angustia), las que constituyen parte de la respuesta hacia el estrés laboral y están

asociadas directamente con los procesos de evaluación de los estresores, con la respuesta emocional desarrollada por el trabajador, y con las respuestas de afrontamiento (Ojeda G. , 2016).

c) Modelo de Winnubst

Este modelo surge de las relaciones entre el estrés, la atención, el apoyo social y la cultura de la organización, por lo que, para este autor, la cultura de la organización está determinada por su estructura. Al estar relacionado el apoyo social con la estructura organizacional, desencadena un factor importante que afecta la percepción del sujeto respecto a la misma, ya que previene o disminuye los niveles de *burnout*, en el presente modelo influye la burocracia mecánica, la cual se caracteriza por la estandarización y formalización del trabajo y el *burnout* se genera por el agotamiento emocional diario debido a la monotonía y falta de control. El síndrome de quemarse se debe a la continua confrontación con los demás, originando disfunciones en el rol y conflictos interpersonales (Winnubst, 1993).

1.5.4 Modelos etiológicos basados en la teoría estructural

Los modelos etiológicos basados en la teoría estructural se interesan en los antecedentes personales, interpersonales y organizacional de las personas, ya que de esta manera se puede entender al *burnout* como un proceso integral; sin embargo, detallan que el estrés se desencadena debido al insuficiente equilibrio de la percepción entre las demandas y la capacidad de reacción de la persona; asimismo, este fenómeno es la respuesta al estrés que el profesional tiene en su lugar de trabajo. El modelo estructural sobre la etiología y el proceso del síndrome analiza las tres líneas de investigación antes mencionadas, la primera da importancia a las variables personales como; los sentimientos de competencia, sentido existencial que se obtiene a través del trabajo y los niveles de autoconciencia del sujeto. La segunda hace constancia en los procesos de interacción social y sus consecuencias para los trabajadores, enfatizando la importancia que tiene la percepción de relaciones objetivas y que estas no presuman ningún tipo de amenaza o pérdida. La tercera recalca la importancia del ambiente laboral, en especial la disfunción del rol, los problemas derivados del tipo de estructura organizacional y el clima organizacional (Martínez, 2010).

1.6 Dimensiones y fases del síndrome de *burnout*

1.6.1 Dimensiones

Maslach (1976) divide al síndrome en tres dimensiones:

- Nivel de desgaste emocional: indica la dimensión de estrés básico del *burnout*.
- Nivel de despersonalización: se basa en la dimensión interpersonal.
- Nivel de sentimiento de incompetencia: explica la dimensión de autoevaluación.

a) Cansancio emocional

Es conocido también como agotamiento emocional, y se determina por la impotencia de una persona dentro de su área de trabajo, lo que provoca una falta de los recursos emocionales (Cruz, 2017).

b) Despersonalización

Para evadir el cansancio emocional, el individuo se aleja de otras personas, muestra incomodidad, distanciamiento, actitudes y conductas negativas hacia ellos, lo que provoca un mal desempeño laboral. Dicho proceso es una manera de autodefensa de los psicólogos (Cruz, 2017).

c) Falta de realización personal

La falta de realización personal es el momento en que una persona no puede realizar las actividades profesionales, ya que dichas tareas exceden su capacidad para realizarla, lo que causa insatisfacción e ideas de fracaso; puede desencadenarse con la pérdida de soporte social y de oportunidades para crecer de manera profesional (Cruz, 2017).

1.6.2 Fases del *burnout*

Según Blanco (2019), el curso del síndrome de *burnout* tiene 4 fases importantes, las cuales se manifiestan de manera gradual.

a) **Fase de entusiasmo.** - Aparece en los primeros años en que una persona pone en marcha su profesión. En esta fase las expectativas laborales se encuentran idealizadas, lo que provoca una sobre identificación con los clientes; es aquí cuando se dividen las expectativas individuales de la realidad.

b) **Fase de estancamiento.** - En esta fase los profesionales deben dejar a un lado sus necesidades personales, para realizar las tareas dentro del trabajo; asimismo no serán recompensados de

manera en la que ellos esperan y puede causar un descenso en otras actividades interesantes y placenteras.

- c) **Fase de frustración.** - Es un núcleo central del síndrome de *Burnout*, en el que el trabajador se encuentra desgastado profesionalmente y se cuestiona sobre el valor en sí mismo, lo que provoca frustración y desmotivación. Es importante destacar que dichas actitudes pueden ser contagiadas hacia los compañeros de trabajo.
- d) **Fase de apatía.** -En esta etapa el individuo utiliza un mecanismo de defensa que consiste en comportarse de manera indiferente frente al daño emocional debido a la frustración profesional. Dicho sentimiento se expresa con distanciamiento, desprecio, entre otros similares.
- e) **Fase de quemado.** - Finalmente, existe un 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.

1.7 Consecuencias en el desempeño laboral

El síndrome presenta consecuencias laborales negativas que afectan el ambiente de trabajo, se manifiesta especialmente en el deterioro de la comunicación interpersonal con los compañeros, por parte de la persona afectada, por ende, disminuye el rendimiento, productividad y calidad del trabajo.

1.7.1 Consecuencias en el ámbito laboral del Profesional de la salud Mental

El *burnout* en el área de trabajo puede provocar una baja eficiencia en las actividades que el empleado cumple a diario, así como también actitudes negativas hacia otras personas y otros factores.

Por otro lado, los psicólogos también tienen problemas en las tareas que realizan y con sus compañeros de trabajo y familia, lo que puede ocasionar situaciones negativas con sus pacientes; asimismo los psicólogos clínicos aseguran que los inconvenientes que se llevan a cabo se determinan por las variables cualitativas y cuantitativas. La variable cuantitativa es provocada por el exceso de pacientes que la persona atiende a diario y no establece un tiempo para él, entre la atención de uno y otro cliente; y la variable cualitativa se debe al agotamiento emocional causado por las diferentes etapas de cada paciente que son atendidos, ya sean niños, adolescentes, adultos

o de la tercera edad; finalmente la clase de inconvenientes que tienen los pacientes o diferentes trastornos a tratar (Lara, 2011).

También puede perjudicar en el área social, llevando al profesional a un aislamiento, y mediante esto perjudicar en actitudes desarrolladas dentro del campo laboral como en la interpretación generalizada de casos de cada paciente, mostrando que afecta al psicólogo clínico en la vida profesional como personal, entre los involucrados están: amigos, familiares y compañeros de trabajo (Lara, 2011)..

Por otro lado, siendo una de las ramas que se encuentran dentro de las profesiones sanitarias, los psicólogos clínicos están propensos a presentar mayor conductas o riesgo suicida a comparación de otros profesionales (Langreo, 2016).

1.8 Causas del riesgo suicida

Las causas que pueden provocar el suicidio son: los factores biológicos, psicosociales, psiquiátricos, y familiares. Actualmente la organización Internacional del Trabajo (OIT), indica que la conducta suicida puede llevarse a cabo por varios factores como los riesgos psicosociales, discriminación, aislamiento, relaciones conflictivas, abusos psíquicos, físico, entre otros; asimismo el índice de suicidios afines a la relación laboral ha aumentado por mobbing, acoso y excesivas horas de trabajo (Crespo, 2017).

Según Hernández y Villareal (2015) varias son las causas que provocan el suicidio, como la pobreza, desempleo, perdida de seres queridos, maltratos durante la infancia, problemas laborales, sin embargo, existen otros factores desencadenantes como; antecedentes familiares, consumo de alcohol, aislamiento social, trastornos mentales como la depresión.

De manera general las causas se las puede clasificar de la siguiente manera:

- a) Sociales: tensión por parte de la sociedad, cambio de posición socio económico, problemas con las redes de apoyo, pérdidas personales y de empleo, catástrofes, aislamiento, observar el suicidio de otras personas y violencia en general.
- b) Familiares: círculo familiar problemático, alta carga suicida familiar, abandono afectivo y desamparo, violencia doméstica, abuso sexual.

- c) Psicológicos: intento de suicidio, pérdidas familiares, frustraciones, ansiedad, depresión, baja autoestima, cambio de humor, problemas del sueño.
- d) Biológicos: trastornos metabólicos, factores genéticos de enfermedades psiquiátricas, enfermedades y dolor crónico, enfermedades en fase, deterioro cognitivo.

Del mismo modo, la Asociación Estadounidense de Psicología afirma que el estrés laboral provoca impotencia en una persona, sobre todo si tiene que trabajar más horas de lo normal y no ayudan a la productividad. Una encuesta de Towers Watson, realizada con 22.347 trabajadores de 12 países diferentes, concluyó que los trabajadores con mayor estrés participan menos, tienen altos niveles de absentismo y tienen bajo desempeño; asimismo en un mal ambiente laboral, ocho de cada diez empleados sufren estrés debido al trabajo. Según datos de la Asociación Americana de Psicología, un 42% de adultos dijeron que su grado de estrés aumentó en los últimos cinco años. El estrés laboral se conceptualizó por primera vez en 1969 como un cansancio físico, mental y una falta de motivación; se considera crónico ya que provoca un cambio de comportamiento en los trabajadores (Comercio, 2014).

1.9 Riesgo suicida en el ambiente laboral

En el año 1976 la Organización Mundial de la Salud (OMS), describió al suicidio como una situación en la que un individuo se causa a sí mismo una lesión o daño con la intención de morir, por lo que es un fenómeno mundial que puede suceder en cualquier época o sociedad. Francois Defontaines fue la primera persona en utilizar el término suicidio en el año 1735, afirmando que el individuo que se mate por sí solo comete un suicidio. En la cultura oriental se lo ha conceptualizado como un acto indiferente o elogiado y en las culturas griegas y romana como un castigo o deber (Villar, 2016).

Entre los años 2003 y 2010, se demostró que en Estados Unidos un total de 1719 profesionales se suicidaron en el trabajo. Esta alarmante situación ha incitado a varios establecimientos planear actividades de prevención, que demanden de la coordinación y trabajo en equipo de múltiples sectores dentro del ambiente laboral (Dumon, 2014).

Las causas del acto suicida son múltiples; dentro del ambiente laboral se encuentra el entorno de trabajo, organización del tiempo de trabajo, organización de las funciones y tareas y estructura de la organización, las cuales pueden convertirse en precipitante del acto suicida como una consecuencia negativa del estrés laboral, el síndrome de burnout o el acoso. Se ha demostrado

que tanto el estrés, el *burnout* y el *mobbing* pueden facilitar a que presente la conducta suicida, sin embargo, también se ha manifestado que la conducta suicida es generada por una unión de factores de riesgo psicosociales como el estrés laboral, el burnout y el mobbing. En el ambiente laboral se genera dos tipos de estrés: el estrés laboral episódico y el estrés laboral crónico. Es este último el que puede conducir a conductas de suicidio, teniendo en cuenta las diferencias individuales (características personales específicas, expectativas, experiencias pasadas, actitudes, aptitudes y sus propios sentimientos), las circunstancias ambientales y los patrones de conducta (Mansilla, 2019).

El *karoshi* es un término que nació en Japón para nombrar a la muerte por exceso de trabajo en el área laboral, la cual puede ocasionar una hemorragia cerebral, un infarto cerebral, angina de pecho, infarto de miocardio y problemas en la salud mental. El *karojisatsu* se diferencia de *karoshi* debido a que está asociado a la carga de trabajo, al trabajo a turnos y a los horarios irregulares (Gorvett, 2016).

Dentro de la muerte del trabajador ya no solo se habla de complicaciones médicas que pueden causar la muerte, como puede ser el infarto de miocardio, sino que nos referimos a aquellas conductas suicidas ocasionadas por unas inadecuadas condiciones laborales que pueden ocasionar un daño irremediable en los trabajadores (Plaza, 2010).

Según Hernández y Villareal (2015) la gravedad del riesgo suicida se clasifica en:

- Leve: existe la idea suicida, sin planes para hacerse daño, por lo que reconsidera su conducta.
- Moderado: son planes con idea suicida, es posible que existan varios intentos con anterioridad.
- Grave: es una idea concreta de hacerse daño, tiene un intento de suicidio previo, existen más de 2 factores de riesgo y se encuentran sentimientos de desesperanza, rechazo y no reconsidera su conducta.
- Extremo: presenta algunos intentos de suicidio con varios factores de riesgo y puede llegar a la autoagresión.

Al hablar de suicidio en la empresa, se debe tomar en cuenta tanto a los trabajadores como a la gestión de recursos humanos y la empresa en sí, ya que, para solucionar esta situación, es indispensable que se redefina el significado de un trabajo bien hecho, es decir que no afecta en la salud y la vida de las personas que ejercen diferentes roles dentro de la misma.

En un estudio realizado por Shanafelt (2011) evidencio que de 7.905 cirujanos que participaron el 26% es decir 130 profesionales aseguraron que si buscaron ayuda psiquiátrica o psicológica, mientras que el 60,1% se mostraron reacios a buscar ayuda debido a la afectación que tendría en su licencia médica. El síndrome de *burnout* y la depresión presentaron un valor $p < 0,001$, se asociaron independientemente con la ayuda psicológica después de controlar las características personales y profesionales, La organizacion mundial de la salud (2014) , afirma que los problemas laborales son los principales riesgos para que se lleve a cabo un suicidio y sobre todo si existe el síndrome de *burnout* (Castillo, 2017).

1.10 Signos de alerta ante un posible riesgo suicida en el campo laboral

Se identifica que los intentos de suicidio están relacionados con la depresión y la tristeza; además se establece un modelo cognitivo y un alto consenso cultural, por lo que los signos y síntomas del intento de suicidio puede ser visto como una característica extrema en el contexto de una cultura que prohíbe dar salida a los sentimientos negativos hacia jefes y autoridades de lugar donde se trabaja. En otras investigaciones el síntoma que más se muestra es el deseo de dejar de existir acompañado con depresión, lo que se asoció con una alerta de evitar la conducta suicida. Asimismo, se detalla las características comunes a todo acto suicida: el profesional se siente indefenso, no puede ver otra solución a su problema y trata de comunicar su sufrimiento debido a los inconvenientes que ha tenido en su vida (Ministerio de Salud, 2019).

Alvarado y Manrique (2019), realizaron un estudio donde evidencian el suicidio en profesionales de la salud, inicialmente se consideraba como un problema individual dado especialmente por el ingresos de personas con problemas psicológicos a la profesión, sin embargo actualmente se conoce que esta situación se relaciona con la mayor prevalencia de enfermedades como; la depresión, ansiedad e ideas suicidas.

Además, dentro de las señales de alerta más habituales están: verbalizan directamente ideas de suicidarse, con frases como la vida no merece la pena, lo que quiero es morirme o deseo quitarme la vida. A menudo piensan en el suicidio convirtiéndolo en una inclinación obsesiva, amenazan o hacen comentarios a otras personas sobre quitarse la vida, realizan preparativos relacionados a su futura muerte, reconocen sentirse solos, con incapacidad de solucionar los problemas, pierden interés por obligaciones, familia, amigos, las personas están deprimidas todo el tiempo o cambian su conducta (Neira, 2016).

1.11 Evidencias científicas del síndrome de *burnout* y riesgo suicida

Evidentemente conociendo que este problema está presente nos permitimos enumerar algunos estudios que mencionan la incidencia del *burnout* y riesgo suicida:

Un estudio realizado con base a 48 suicidios de profesionales de la salud en California, concluyó que entre los mismos, los que tienen título en la salud mental, tienen tasas más elevadas de suicidio (Rose, 1973); por lo que dichos datos siguen vigentes y las cifras cada día se elevan (Andrew, 2016).

Andrew (2016) especialista en medicina de emergencia identifico que la incidencia en los médicos es cada vez mayor, su frecuencia se incrementa debido a factores asociados a su profesión, una investigación realizada en Australia para evaluar la incidencia y causas de suicidio en médicos, determinó que cerca de 400 profesionales se quitan la vida anualmente, los factores vinculados que inducen esta decisión son la depresión, insatisfacción profesional, estrés laboral, acceso a drogas, jornadas de trabajo extendidas a más de 8 horas diarias y problemas psiquiátricos.

En otro estudio realizado por Granel (2010), donde participaron 146 profesionales, 131 mujeres y 15 hombres, con una edad media de 44,02 años, mediante el inventario de *burnout* de Maslach, la escala de riesgo suicida de Plutchik, la escala de ansiedad de la universidad de Kuwait, la escala auto aplicada de depresión de Zung y la escala de autoestima de Rosenberg; los resultados demostraron que existen correlaciones significativas entre el suicidio y la ansiedad, depresión, autoestima, cansancio emocional y realización personal, identificó a la depresión como principal variable causante del suicidio.

En Chile se dio la primera muerte a causa del estrés laboral, pero cabe recalcar, que en Japón ya han existido varias muertes de estrés debido al trabajo. En un estudio realizado en la Universidad Católica elaborado por Silva Henríquez se puede concluir que los psicólogos que presentan nivel alto de estrés cuentan con una inadecuada vinculación social, se centran solamente en su ámbito laboral, descuidan a su familia, tienen horarios rígidos en el trabajo. se olvidan de sí mismos y se desprecupan por su salud mental. Por otra parte, los psicólogos con bajos niveles de estrés mantienen relaciones interpersonales satisfactorias y adecuadas, ya que toman a la familia como fuente de apoyo y motivación, tienen una buena convivencia en el trabajo, toman un espacio para sí mismos, alivian la tensión emocional y tienen pensamientos positivos (Córdova, 2013).

Craig y Pitts (1968), aseguran que los profesionales de la salud mental tienen una tasa más alta de padecer *Burnout* que los médicos de otras áreas, debido a que están constantemente rodeados de estrés, alta responsabilidad y no cuentan con tiempo para trabajar y dar tiempo a la familia. Varios profesionales sanitarios tienen dificultad para conversar de sus dificultades con otras personas (Adán, 2013).

Por otro lado Sanjuan, Arrazola, y García (2014) realizaron un estudio a profesionales de enfermería que trabajan en los servicios de Cardiología, Neumología y Neurología, determinando que el síndrome de *burnout* está presente en el 31,81% de la población, amenazando la calidad de los servicios prestados y el bienestar personal de los profesionales, otros resultados importantes son las elevadas cifras en las dimensiones del síndrome, pues el 40,9% sufre cansancio emocional, el 45,5% tienen actitudes de frialdad y distanciamiento con sus pacientes y el 59,1% tiene un nivel bajo en la consideración de la realización personal.

Villavicencio (2016) evaluó la relación entre la depresión y el síndrome de *burnout* en médicos y residentes de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de la ciudad de Lima, encontrando que la prevalencia del síndrome fue de 46,7%, es decir se desarrolla 83 veces más que la depresión, dicha relación se asociación también con el riesgo suicida.

1.12 Intervención y tratamiento

Las investigaciones se dividen en dos categorías sobre la prevención y el tratamiento del síndrome: la prevención primaria, que se basa en estudios que aportan propuestas para evitar el

surgimiento, y la prevención secundaria, que describe los estudios que comparan técnicas de intervención (Alvarez, 1991). Por lo que, a manera de conclusión, la manera más adecuada para prevenir y tratar el *burnout* se fundamenta en la intervención a nivel individual, social y organizacional (Guerrero, 2018).

Varios autores han hecho uso de la estrategia llamada coping y de esfuerzos conductuales y cognitivos que lleva a cabo una persona para dominar, reducir o tolerar exigencias creadas por acontecimientos estresantes (Lazarus, 1986). La tensión se puede controlar por la activación fisiológica inicial o por los efectos que los pensamientos, las situaciones o las conductas tienen sobre ella (Sandín, 1995).

Según Gil-Monte (2003), el empleo de estrategias centradas en el problema evita la aparición del síndrome y las estrategias de evitación-escape centradas en la emoción facilitan su aparición; asimismo se clasifican en técnicas fisiológicas, conductuales y cognitivas.

Estrategias fisiológicas

Están encaminadas a reducir la activación fisiológica, el malestar emocional y físico causado por el estrés laboral; del mismo modo se enfatizan las técnicas para la relajación física, el control de la respiración y el biofeedback.

Por otro lado, las técnicas de control de respiración son importantes, ya que al momento en que se desencadena el estrés, la respiración se vuelve rápida y superficial, lo que causa un aumento de la tensión del organismo; por lo tanto, es esencial utilizar estas técnicas para ayudar al individuo a respirar de mejor manera en momentos de estrés y exista una buena oxigenación en el organismo (Labrador, 1996).

Estrategias conductuales

El objetivo de estas técnicas es alcanzar que el sujeto pueda dominar habilidades y competencias que le faciliten el afrontamiento de los problemas en el trabajo. Entre ellas se encuentran el entrenamiento asertivo, el entrenamiento en habilidades sociales, las técnicas de solución de problemas y las técnicas de autocontrol (Vicente, 2001); del mismo modo, tener una dieta equilibrada basada en no fumar, no consumir alcohol, excitantes o fármacos psicoactivos, son elementos que mejoran el estado de salud mental y física frente al estrés laboral (Peiro, 1992).

Estrategias cognitivas

Las intervenciones cognitivas buscan mejorar la percepción, interpretación, evaluación de los problemas laborales y de los recursos personales que lleva a cabo la persona. Entre las técnicas más conocidas se encuentran: la desensibilización sistemática, la detención del pensamiento, la inoculación de estrés, la reestructuración cognitiva, el control de pensamientos irracionales, la eliminación de actitudes disfuncionales y la terapia racional emotiva (Rubio, 2003).

Una investigación elaborada por Rubio (2003) señaló que existen una relación entre las actitudes disfuncionales y el *burnout*; por lo que se ha podido constatar que los docentes más afectados por los niveles del síndrome muestran actitudes negativas. A partir de estos resultados, se ha propuesto que se entrene al individuo para que logre identificar el papel que juegan sus actitudes y persistencia del estrés laboral (Caballero, 2016).

También existen estrategias para tratar el síndrome de acuerdo al medio donde se desenvuelve la persona estas son:

Estrategias de intervención social

El objetivo de las estrategias de intervención laboral es evitar el aislamiento y mejorar la socialización con las personas mediante de políticas de trabajo en equipo; por lo que el apoyo social evita el estrés laboral y aumenta la capacidad de la persona para afrontarla; del mismo modo la red de apoyo ayuda a mejorar el autoestima, la sensación de control y el sistema inmunológico (Sandín, 1995).

Adler y Matthews (1994) afirman que el apoyo social se relaciona principalmente con la salud física y psicológica, ya que favorecen la misma y evitan enfermedades; además, se propone crear dinámicas de apoyo social como el trabajo en equipo, para evitar el aislamiento en el trabajo y el negativismo (García, 2018).

Estrategias de intervención organizacional

Los programas de intervención organizacional se encargan de mejorar los aspectos disfuncionales en una persona, en especial en el área laboral, en la comunicación, en la toma de decisiones, el ambiente físico, el reparto de actividades, entre otros. De otro modo, Parkes (2001)

detalla que no es ético que se exija a los trabajadores que participen en programas de entrenamiento mientras se encuentran bajo niveles de estrés.

Fernández-Garrido (2015), afirma que los planes de carrera reducen el desencadenamiento del estrés laboral, además son importantes ya que sirven como un factor motivacional. Se sugiere reducir el estrés, mediante opciones como evitar largos turnos de trabajo y optar por elegir los horarios más flexibles. Gil-Monte (2003), sugiere implementar sistemas de evaluación y retroinformación adecuados. Otras estrategias organizacionales son: apoyar a los empleados para que puedan tomar decisiones en la empresa, trabajar en equipo, desarrollar las habilidades interpersonales y darles formación sobre conocimientos y destrezas para el desempeño eficaz de tareas.

Incluyendo a estas estrategias se suma el tratamiento farmacológico, para el síndrome de burnout, los cuales se utilizan ansiolíticos y antidepresivos (Correales, 2014)

Por último, la aparición de problemas en el área laboral es algo normal en la actualidad, por lo que se necesitan elaborar planes de actuación para reducir la aparición de dichos conflictos (García, 2016).

El suicidio es un problema que no se puede tratar, pero si se puede prevenir, por lo que existen varios programas para reducir este comportamiento. Existen dos estudios con base al tema: el primer estudio es del protocolo Supre-miss (*Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours*), que la Organización Mundial de la Salud empezó en el año 1999 para evitar la mortalidad causada por suicidio, por lo que se elaboró una evaluación en 18 lugares de los factores asociados con esta conducta y se aplicó una intervención psicoeducativa para los pacientes que hayan atentar contra su vida, lo cual logró difundir documentos que contienen información, recomendaciones y guías de acción para prevenir y tratar la conducta suicida (Paz, 2017).

En segundo lugar, el modelo de prevención primaria y secundaria de la salud, basado en elementos protectores en los psicólogos y la detección de factores de riesgo en grupos de profesionales que se encuentran en vulnerabilidad, puesto que el suicidio abarca intervenciones educativas a dicho grupo, como son: entrenamiento en habilidades para resolver conflictos, restricción de acceso a medios letales, tamizajes comunitarios y grupos de apoyo, cabe abe recalcar

que la comunicación y el diálogo acerca del tema es importante para prevenir el suicidio (Paz, 2017).

Existen varios mecanismos de prevención como son: el apoyo emocional que están relacionados con el afecto y confianza por parte de una persona externa, el apoyo instrumental, que son los recursos que tiene un profesional, el apoyo informativo, en el que la personas reconoce la situación y tiene instrumentos para afrontarlo, el apoyo evaluativo, que es un feed-back de las acciones que el profesional tiene, un tratamiento farmacológico estabilizadores del ánimo y un tratamiento con litio a largo plazo, ya que de esta manera se reduce cinco veces el riesgo de cometer un suicidio en personas con trastorno bipolar y otros trastornos afectivos; asimismo disminuye la agresividad e impulsividad, siempre que existe un adecuado cuidado del protocolo indicado por el profesional de salud (Silva, 2016).

Martínez, Silva, Arancibia y Angulo (2016) manifiestan que el tratamiento farmacológico es más adecuado para tratar la ideación al suicidio son los estabilizadores de ánimo, antidepresivos, reportando una reducción para el riesgo de intentos de suicidio, de 4 y 9 veces en los pacientes tratados.

1.13 Conclusiones

Mediante el desarrollo del capítulo se evidencio el síndrome de *burnout* como la enfermedad laboral que provoca el deterioro progresivo en la salud física y mental de los trabajadores, dado por diferentes factores de riesgo organizacionales y personales vinculadas especialmente a la carga laboral y el estrés que este provoca. Se identificaron los principales síntomas del padecimiento, que permiten realizar una evaluación temprana a los profesionales de salud.

Otro punto importante que se trató en este apartado es el riesgo suicida dentro del ambiente laboral, cuáles son los factores que desencadenan esta conducta, dentro de las organizaciones se relacionan principalmente las actividades estresantes, los signos de alerta y las evidencias encontradas por autores donde indican como el síndrome de *burnout* se relaciona con el riesgo suicida.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA Y RESULTADOS

A lo largo del presente capítulo en la primera parte se enuncia los instrumentos de recolección de datos y procedimiento que se llevó a cabo para alcanzar el objetivo de nuestra investigación. Se usó el cuestionario de Maslach *Burnout Inventory*, y la escala de riesgo suicida de Plutchik. Se plantearon los resultados de acuerdo a los objetivos de la investigación en lo cual consiste en conocer si existe la asociación del *burnout* con el riesgo suicida en psicólogos clínicos que ejercen en los centros especializados de tratamiento en consumo de alcohol y otras drogas. Esta muestra se tomó de los psicólogos que desempeñan su función en los centros de adicciones de Cuenca-Ecuador, según el tamaño de la población a ser encuestada el índice de confianza fue del 95%. En la segunda parte se dan a conocer los resultados de la investigación realizada.

2.1 Instrumentos

2.1.1 Ficha Sociodemográfica. - Se establecieron variables tales como sexo, género, edad, estado civil, número de hijos, con quién vive, nivel de instrucción, profesión, nombre del centro en el que labora, tiempo laboral, y otros trabajos en los que se desempeña.

2.1.2 Cuestionario de Maslach *Burnout Inventory* (MBI). - La herramienta presenta un 90% de fiabilidad. Está comprendida por 22 ítems de manera afirmativa sobre sentimientos y actitudes del profesional hacia su trabajo y pacientes.

El cuestionario tiene un tiempo de aplicación entre 10 a 15 minutos, y mide tres aspectos importantes tales como: cansancio emocional, despersonalización, y realización personal; con lo que respecta a las puntuaciones se consideran bajas los valores inferiores a 34; las puntuaciones altas en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno. El cuestionario es validado ya que los valores de alfa de Cronbach son de 0.86 (Martínez, 2016)

- a) Subescala de agotamiento emocional: Esta consta de 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20), y evalúa la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo, su puntuación máxima es 54.

- b) Subescala de despersonalización: Está compuesta por 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22). Aprecia el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento; la puntuación máxima es de 30.
- c) Subescala de realización personal: Dispone de 8 ítems (4,7, 9, 12, 17, 18, 19,21). En la cual evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo; la puntuación máxima es 48.

2.1.3 Escala de riesgo suicida de Plutchik. - La escala posibilita diferenciar entre individuos que no demuestran riesgo suicida y los que están en riesgo suicida; está constituida por 15 preguntas mediante preguntas dicotómicas (sí o no). Se encuentra validado con un alfa de Cronbach de 0.84 en población general y tiene una especificidad del 88%. Además, nos permite distinguir a personas con antecedentes de suicidio y entre las que no presentan historiales de dicha conducta. La escala no predice el suicidio, sino es una medida de riesgo. Se establece como punto de corte una puntuación igual o superior a 6 (Ponce, 2017).

2.2 Población de estudio y muestra seleccionada

La población estuvo conformada por profesionales en psicología clínica que laboran en los Centros Especializados por consumo problemático de alcohol y otras drogas. Los centros que colaboraron con la presente investigación fueron: 12 pasos, Proyecto Esperanza, Hogar Crecer, 28 Días, Creiad, Cetvi, Crati, Freedom, Hacia una Nueva Vida, Fénix, y La Hacienda, teniendo como muestra final 70 psicólogos clínicos, los mismos fueron comunicados acerca de la finalidad de la realización del proyecto, emitiéndoles a cada centro el consentimiento informado y un informe por parte de la Universidad con el respaldo de la directora de investigación.

2.3 Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de Inclusión: Para los criterios de inclusión se solicitó que sean profesionales que deseen colaborar con la investigación, colaboradores graduados de Psicólogos Clínicos y que

laboren en los Centros Especializados en Consumo Problemático en Alcohol y otras Drogas. Se considerará a quienes laboren exclusivamente en la ciudad de Cuenca.

Criterios de Exclusión: Para los criterios de exclusión se consideró fuera de la investigación a los egresados y pasantes de psicología clínica, a los profesionales que no acepten colaborar en el estudio y psicólogos que no se encontraban laborando en los CETADS.

2.4 Procedimiento de la investigación

- a) Obtención de permisos para aplicar la encuesta. - Este proceso se llevó a cabo mediante un informe realizado por parte de nuestra guía de tesis a cada Centro de tratamiento de alcohol y otras drogas (CETAD), el cual constaba del permiso de aplicación y una leve introducción de nuestro estudio.
- b) Socialización de la investigación . - La socialización del tema , se llevó a cabo en los respectivos centros de tratamiento de alcohol y otras drogas, mediante el contacto con cada psicólogo clínico que laboraba en los Cetads, y en ciertos casos por la falta o poca disponibilidad de tiempo de cada uno de los profesionales, se realizó la explicación al director técnico del cuerpo clínico para que ellos informen a los otros colegas.
- c) Aplicación del test. - Los reactivos aplicados se realizaron en un periodo de dos meses, comprendidos desde agosto y septiembre del presente año para poder completar la muestra. Los test aplicados fueron el Maslach Inventory y la escala de Riesgo suicida de Plutchik, incluyendo además una ficha socio-demográfica en la cual se indaga datos personales y laborales del profesional.
- d) Análisis estadístico y procesamiento de datos. - Los resultados se presentan mediante medidas de tendencia central y dispersión, además las clasificaciones y categorizaciones se presentan mediante frecuencias absolutas, el procesamiento de la información fue realizado en el programa SPSS 25 y la edición de tablas y gráficos en Excel 2019, el comportamiento de datos resultó no normal por lo que se emplearon pruebas no paramétricas, la prueba U-Mann Whitney para la comparación entre dos grupos y a prueba H-Kruskall Wallis para la comparación entre más de dos grupos, se empleó también el coeficiente de correlación rho de Spearman para establecer la relación entre variables

numéricas; además se aplicó la prueba Chi-Cuadrado de Pearson para el establecimiento de asociaciones entre variables, la significancia estadística fue considerada al 5%.

- e) Elaboración del informe final. – Se efectuó la discusión de los resultados obtenidos (Ver figura 1).

Figura 1. Procesamiento de la Información



2.5 Resultados de Investigación

El estudio fue realizado con 70 psicólogos clínicos que laboraban en 11 CETADS (Centros de tratamiento de adicciones) de Ciudad de Cuenca durante el período de tres meses. Fueron 33 hombres (47.1%) y 37 mujeres (52.9%), quienes en su mayoría tenían menos de 28 años de edad (40%), eran solteros (41.4%) y contaban con maestría (71.4%). Se encontró también que el 54.3% de profesionales tenían hijos, y vivían con sus familias; con respecto a su vida laboral se encontró que el tiempo de trabajo del 70% de participantes oscilaba entre 0 y 3 años y el tiempo diario de trabajo del 42.9% se encontraba entre las 6 y 7 horas; finalmente el 42.9% mencionó dedicarse a otros trabajos: consulta privada y ventas principalmente (Ver Tabla 1).

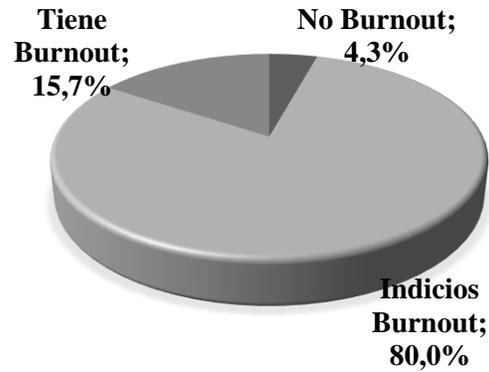
Tabla 1. Características generales de los participantes

Característica de los participantes N=70

Característica		N	%
Sexo	Hombre	33	47.1
	Mujer	37	52.9
Género	Masculino	34	48.6
	Femenino	36	51.4
Edad	Menos de 28 años	28	40.0
	29-39 años	21	30.0
	40 - 49 años	15	21.4
	Más de 50 años	6	8.6
Estado civil	Soltero (a)	29	41.4
	Casado (a)	18	25.7
	Separado (a)/Divorciado(a)	20	28.6
	Viudo (a)	3	4.3
Nivel escolaridad	Tercer nivel	19	27.1
	Maestría	50	71.4
	PHD	1	1.4
Hijos	No	32	45.7
	Sí	38	54.3
Número de hijos n=38	Uno	12	17.1
	Dos	13	18.6
	Tres o más	13	18.6
Con quien vive	Solo	12	17.1
	Con la familia	53	75.7
	Con pareja	3	4.3
	Con amigos	2	2.9
Tiempo de trabajo en el centro	De 0 a 3 años	49	70.0
	De 4 a 7 años	19	27.1
	8 en adelante	2	2.9
Tiempo laboral	4-5 Horas	2	2.9
	6-7 Horas	30	42.9
	7-8 Horas	23	32.9
	8 en adelante	15	21.4
Ejerce otro tipo trabajo	No	40	57.1
	Hogar crecer	1	1.4
	Privado	15	21.4
	Ventas	2	2.9

Resultados del Síndrome de *Burnout*

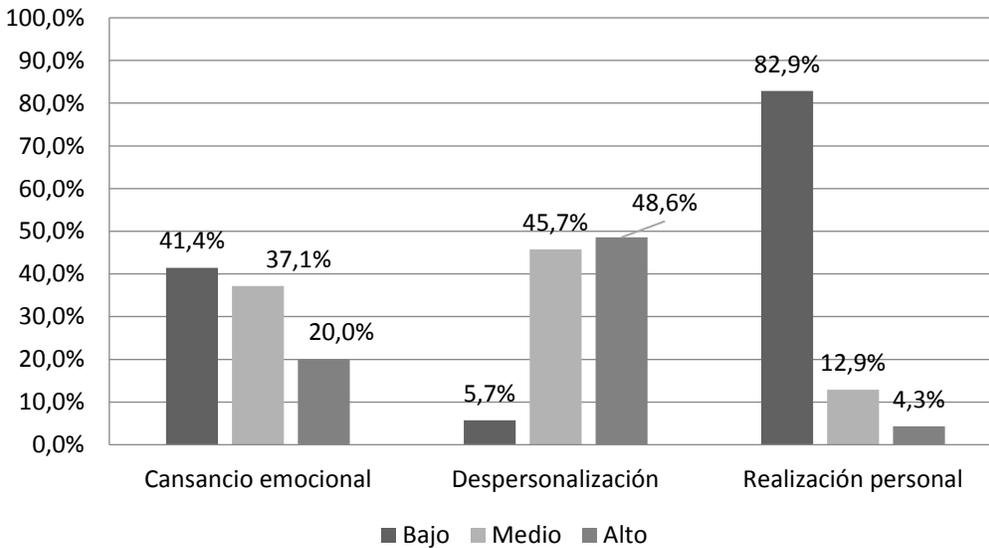
Figura 2. Porcentaje del Síndrome de *Burnout* en psicólogos clínicos



- Se encontró que el 15.7% de profesionales de la salud mental tenían *Burnout*.
- El 80% padecía algún indicio de *Burnout* (ver figura 1).

Dimensiones de *Burnout*

Figura 3. Niveles en las dimensiones de *Burnout*



- El análisis de las dimensiones de *burnout* reveló que el 20% de psicólogos tenían alto cansancio emocional.
- El 48.6% de psicólogos tenían alta despersonalización.
- El 82.9 % baja realización personal (Ver Figura 2).

Tabla 2. Intensidad del Burnout según variables sociodemográficas

		□	DE	P
Sexo	Hombre	50.33	13.20	0.991
	Mujer	50.70	14.46	
Género	Masculino	50.47	13.02	0.916
	Femenino	50.58	14.65	
Edad	Menos de 28 años	47.25	12.86	0.204
	De 29 a 39 años	53.95	13.79	
	De 40 a 49 años	51.00	15.20	
	Más de 50 años	52.67	14.35	
Estado civil	Soltero (a)	47.79	11.43	0.075
	Casado (a)	48.94	17.84	
	Separado(a)/Divorciado (a)	56.30	11.22	
	Viudo (a)	48.00	18.68	
Nivel escolaridad	Tercer nivel	53.05	14.84	0.211
	Cuarto nivel	49.86	13.39	
	Doctorado	36.00		
Hijos	No	49.66	13.38	0.641
	Si	51.26	14.25	
Cantidad de hijos	Uno	53.92	14.77	0.860
	Dos	49.69	16.39	
	Tres o más	50.38	12.11	
Con quien vive	Solo	52.83	13.22	0.633
	Con la familia	50.26	13.59	
	Con pareja	46.33	26.76	
	Con amigos	50.00	5.66	
Tiempo de trabajo en el centro	0-3 años	49.39	12.76	0.436
	4-7 años	51.84	15.92	
	8 años en adelante	66.00	12.73	
Tiempo laboral	4-5 Horas	49.50	7.78	0.001
	6-7 Horas	56.40	11.94	
	7-8 Horas	43.30	14.20	
	8 en adelante	50.00	12.64	

- En la Tabla 2 se muestra mayor intensidad en el tiempo laboral, siendo la única variable estadísticamente significativa.
- En los datos sociodemográficos se observa que no existe diferencias estadísticamente significativas entre las variables socio-demográficas y el *Burnout* ($p > .05$).

Tabla 3. Frecuencia del Burnout según características de los participantes

		No Burnout	Indicios Burnout	Tiene Burnout	P
Sexo	Hombre	2	26	5	0.785
	Mujer	1	30	6	
Género	Masculino	2	27	5	0.803
	Femenino	1	29	6	
Edad	Menos de 28 años	2	24	2	0.539
	De 29 a 39 años	0	17	4	
	De 40 a 49 años	1	11	3	
	Más de 50 años	0	4	2	
Estado civil	Soltero (a)	1	26	2	0.241
	Casado (a)	2	11	5	
	Separado/Divorciado (a)	0	17	3	
	Viudo	0	2	1	
Nivel escolaridad	Tercer nivel	1	14	4	0.93
	Cuarto nivel	2	41	7	
	Doctorado	0	1	0	
Hijos	No	2	26	4	0.628
	Si	1	30	7	
Número de hijos	Uno	0	9	3	0.848
	Dos	1	10	2	
	Tres o más	0	11	2	
	Solo	1	9	2	
Con quien vive	Con la familia	1	44	8	0.168
	Con pareja	1	1	1	
	Con amigos	0	2	0	
Tiempo de trabajo en el centro	0-3	2	41	6	0.6
	4-7	1	14	4	
	8 en adelante	0	1	1	
	4-5 Horas	0	2	0	
Tiempo laboral	6-7 Horas	0	22	8	0.093
	7-8 Horas	3	18	2	
	8 en adelante	0	14	1	

Resultados del Riesgo suicida.

Los resultados revelaron que los pacientes habían afirmado entre 0 y 12 indicadores de riesgo suicida; considerando la clasificación de la escala se encontró que el 15.7% (n=11) de psicólogos clínicos presentaban riesgo suicida (Ver figura 4).

figura 4. Porcentaje de riesgo suicida en psicólogos clínicos

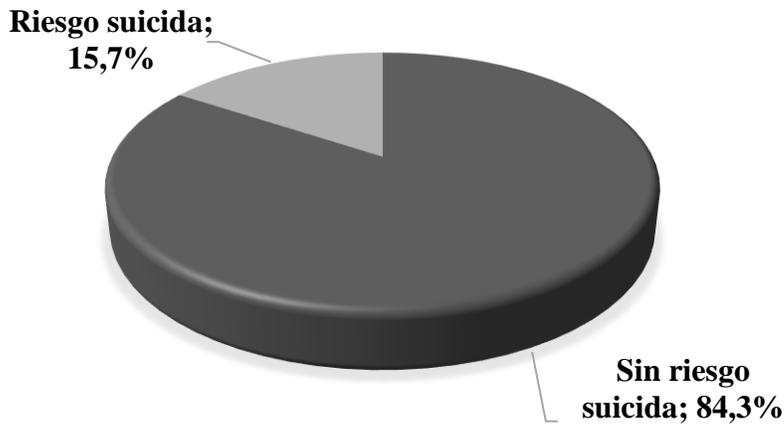


Tabla 4. Afirmaciones del riesgo suicida

Indicador de riesgo suicida	N	%
Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir	12	17.1
Tiene dificultades para conciliar el sueño	22	31.4
A veces nota que podría perder el control sobre sí misma.	28	40.0
Tiene poco interés en relacionarse con la gente	7	10.0
Ve su futuro con más pesimismo que optimismo	7	10.0
Se ha sentido alguna vez inútil e inservible	25	35.7
Ve su futuro sin ninguna esperanza	9	12.9
Se ha sentido alguna vez tan fracasada / que solo quería meterse en la cama y abandonarlo todo	28	40.0
Está deprimido o deprimida ahora	5	7.1
Esta usted separado divorciado o viudo	20	28.6
Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez	27	38.6
Alguna vez se ha sentido tan enfadado o enfadada que habría sido capaz de matar a alguien	7	10.0
Ha pensado alguna vez en suicidarse	9	12.9
Le ha comentado a alguien en alguna ocasión que quería suicidarse	8	11.4
Ha intentado alguna vez quitarse la vida	5	7.1

- Considerando cada uno de los indicadores de riesgo suicida se encontró que las afirmaciones principales correspondían a: “A veces nota que podría perder el control

sobre sí misma” y “Se ha sentido alguna vez tan fracasada que solo quería meterse en la cama y abandonarlo todo” con una frecuencia del 40% seguido por “Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez” (38.6%).

- Además, se encontró que los indicadores con menor frecuencia de afirmación fueron: “Está deprimido o deprimida ahora” y “Ha intentado alguna vez quitarse la vida” con una frecuencia de respuesta del 7.1% (n=5) (Ver Tabla 4).

Tabla 5. Puntuación de la intensidad de riesgo suicida según características de los participantes

		\bar{X}	DE	p
Sexo	Hombre	3.00	2.85	0.707
	Mujer	3.24	2.83	
Género	Masculino	2.97	2.81	0.638
	Femenino	3.28	2.86	
Edad	Menos de 28 años	2.50	3.04	0.139
	De 29 a 39 años	3.71	2.72	
	De 40 a 49 años	3.27	2.84	
	Más de 50 años	3.67	1.97	
Estado civil	Soltero (a)	2.45	2.82	0.135
	Casado (a)	3.39	2.79	
	Separado/Divorciado (a)	3.65	2.80	
	Viudo	4.67	3.06	
Nivel escolaridad	Tercer nivel	3.16	2.52	0.703
	Cuarto nivel	3.14	2.98	
	Doctorado	2.00		
Hijos	No	2.50	2.84	0.031
	Si	3.66	2.73	
Cantidad de hijos	Uno	4.00	2.45	0.604
	Dos	3.54	3.57	
	Tres o más	3.46	2.15	
Con quien vive	Solo	3.00	2.41	0.633
	Con la familia	3.28	2.96	
	Con pareja	2.00	2.65	
	Con amigos	1.50	2.12	
Tiempo de trabajo en el centro	0-3 años	2.90	2.73	0.473
	4-7 años	3.63	3.17	
	8 años en adelante	4.00	1.41	
Tiempo laboral	4-5 Horas	1.50	2.12	0.071
	6-7 Horas	3.93	3.10	
	7-8 Horas	2.65	2.84	
	8 en adelante	2.47	1.96	

- En la Tabla 5 se puede observar que quienes tenían hijos tenían una intensidad de riesgo suicida significativamente mayor que quienes no tenían ($p=0.031$), esto a pesar de ser bajo el riesgo.

Tabla 6. Frecuencia del riesgo suicida según variables sociodemográficas

		Sin riesgo suicida	Con riesgo suicida	P
Sexo	Hombre	29	4	0.435
	Mujer	30	7	
Género	Masculino	30	4	0.378
	Femenino	29	7	
Edad	Menos de 28 años	25	3	0.821
	De 29 a 39 años	17	4	
	De 40 a 49 años	12	3	
	Más de 50 años	5	1	
Estado civil	Soltero (a)	26	3	0.654
	Casado (a)	15	3	
	Separado/Divorciado (a)	16	4	
	Viudo	2	1	
Nivel escolaridad	Tercer nivel	16	3	0.910
	Cuarto nivel	42	8	
Hijos	Doctorado	1	0	0.498
	No	28	4	
Número de hijos	Si	31	7	0.852
	Uno	10	2	
	Dos	10	3	
	Tres o más	11	2	
Con quien vive	Solo	11	1	0.61
	Con la familia	43	10	
	Con pareja	3	0	
Tiempo de trabajo en el centro	Con amigos	2	0	0.297
	0-3	43	6	
	4-7	14	5	
	8 en adelante	2	0	
Tiempo laboral	4-5 Horas	2	0	0.209
	6-7 Horas	23	7	
	7-8 Horas	19	4	
	8 en adelante	15	0	

- Los resultados sobre la frecuencia de riesgo suicida según las variables demográficas revelaron en general una ausencia de relación entre las características de filiación de los psicólogos (ver tabla 6).

Tabla 7. Dimensión del Burnout relacionada con el riesgo suicida

Dimensiones		Riesgo suicida
Cansancio emocional	r	,530**
	p	0.000
Despersonalización	r	,623**
	p	0.000
Realización personal	r	-,407**
	p	0.000

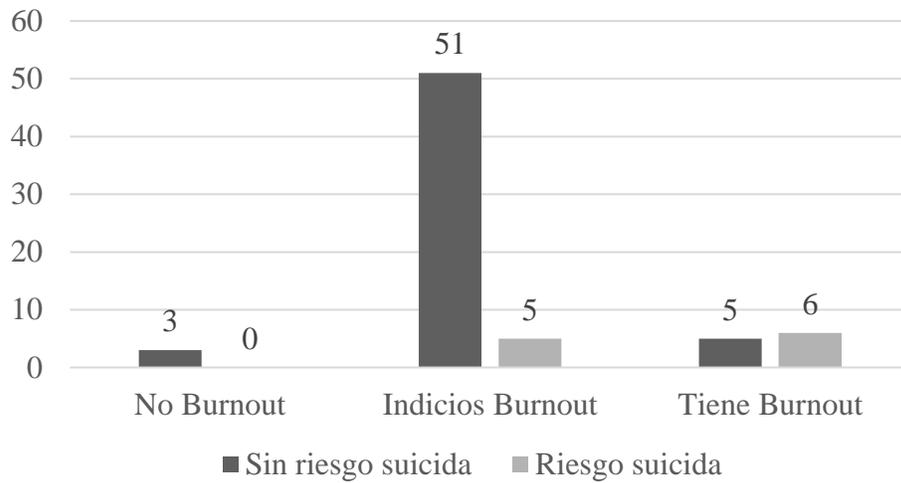
- Se encontró una relación positiva entre el cansancio emocional y la despersonalización con el riesgo suicida en los psicólogos; es decir que a mayor cansancio emocional y despersonalización mayor es el riesgo suicida.
- Así también se encontró una relación inversa con la realización personal es decir que a mayor realización personal menor riesgo suicida. Se encontró que la dimensión mayormente relacionada era la despersonalización ($r=.623$; $p=.000$).

Tabla 8. Frecuencia de Burnout y riesgo suicida

	Sin riesgo suicida	Riesgo suicida
No Burnout	3	0
Indicios Burnout	51	5
Tiene Burnout	5	6

- Los resultados mostraron que, de las 11 personas, las 6 tienen una relación entre el síndrome de *burnout* y el riesgo suicida, (Ver figura 5).

Figura 5. Relación entre riesgo suicida y síndrome de Burnout



En la imagen se muestra que existe una asociación entre el riesgo suicida y el síndrome de *Burnout* de los psicólogos de la ciudad de Cuenca.

Se observa que 3 participantes no presentan burnout ni riesgo suicida, se encuentran 51 profesionales con indicios de burnout sin riesgo suicida, también 5 psicólogos con indicios de burnout y riesgo suicida, además se encontró que 5 participantes tienen burnout sin riesgo suicida, a la vez 6 profesionales de la salud tienen burnout con riesgo suicida.

CAPÍTULO III

DISCUSIÓN

En el presente estudio se examinó la relación entre el riesgo suicida y el síndrome de *Burnout* en Psicólogos Clínicos de los Centros de Tratamiento de Consumo Problemático de alcohol y otras drogas, evidenciando una relación entre el riesgo suicida y el Síndrome de Quemado, aunque no de manera significativa dicho porcentaje. Con ello, a lo largo de este apartado, se analizará el síndrome de *burnout* y riesgo suicida con base a los resultados de la investigación y el contraste con otras.

3.1 *Burnout* en profesionales de la salud mental

En el estudio se determinó que del total de los psicólogos clínicos el 15,7% presenta indicios claros de *burnout*, mientras que el 80% muestra algún síntoma leve del síndrome, tan solo el 4,3% de los profesionales no tiene el padecimiento. En un estudio realizado por Casari, Boetto y Daher (2015), el cual midió el nivel de *burnout* en profesionales residentes de la salud mental, aplicado sobre 47 profesionales de la provincia de Mendoza en Argentina; encontraron que 8,5% de los psicólogos presenta el síndrome de *Burnout* y 6,5% del total tiene una condición riesgosa, mientras que el restante 85% permanecen sanos. Estos datos se contraponen a los encontrados en el presente estudio, pues el porcentaje de profesionales con el síndrome de *Burnout* de acuerdo a los autores es apenas la mitad de los observados en esta investigación. Así mismo otra disimilitud entre los análisis consiste en que, los autores afirman que el 85% de los participantes del estudio no padecen del síndrome, mientras que la actual investigación muestra un porcentaje similar; 80% tienen síntomas leves de *burnout*.

Por otro lado, en Perú Arteaga, Junes y Navarrete (2014) desarrollaron un estudio sobre trabajadores profesionales del Hospital Santa María del Socorro de ICA, con una muestra de 238 profesionales seleccionados aleatoriamente, a los cuales se aplicó la escala de MBI. Los resultados mostraron que el 3,8% de los participantes padecen del síndrome de *burnout*, mientras que el restante 96,2% muestran un riesgo leve de desarrollar el trastorno. Estos resultados exponen cierta similitud con este estudio, pues la mayoría de los participantes presentan un riesgo leve de desarrollar el síndrome, no obstante, la investigación peruana postula un porcentaje por debajo de lo mostrado, alrededor de 4 veces menos para los pacientes con un grado leve de *burnout*.

De manera similar Arias, Carpio, Delgado, Ortiz, & Quispe (2017) realizaron una investigación en la ciudad de Arequipa aplicando el cuestionario MBI, el propósito era puntuar la prevalencia del síndrome de burnout en los profesionales de salud. El estudio evaluó a 213 profesionales, entre médicos, enfermeros y psicólogos. El resultado demostró que el 90,6% de los participantes tenía un grado entre leve y moderado del síndrome, mientras un 5,6% de hospitalarios padecen un nivel severo de burnout. Los resultados, son similares a los expuestos por el presente, puesto que la gran mayoría de los profesionales mantienen un grado leve-medio del síndrome burnout, no obstante, el porcentaje de profesionales difiere del indicado por el presente, puesto que es de un 5,6%; valor que se aproxima más al promedio de la población mundial.

Quintero, Silva, Ibáñez y Ruiz (2014), en su estudio de corte transversal sobre una muestra de 90 trabajadores de una institución médica en Colombia, analizaron la incidencia del síndrome de burnout mediante el cuestionario MBI y la encuesta nacional de condiciones de trabajo. Los resultados exponían que únicamente un 3% de los profesionales presentaba indicadores elevados en las 3 subescalas; el 8,89% tenía indicadores elevados en 2 de las 3 subescalas y un 13,33% de los participantes mostraba un grado elevado en uno de los parámetros. Hubo un grupo intermedio de 34,48% que mantenía niveles medios en todas las sub escalas, ubicándolos en un riesgo moderado; en contraposición con lo expuesto en el presente, el porcentaje de profesionales con burnout severo se mantiene por debajo del 5%.

3.2 Riesgo suicida en psicólogos clínicos

Los resultados del estudio, revelan que el riesgo de suicidio en los psicólogos clínicos se encuentra alrededor del 15,7%, de acuerdo con las respuestas que dieron a las afirmaciones suicidas. En este contexto Cano, Cicirello, López y Aguilar (2014) mediante un estudio bibliográfico, encontraron que los profesionales en las áreas de enfermería, farmacéutica, odontología, y medicina; a la vez dentro de las especialidades médicas, las de mayor riesgo fueron: anestesiología y salud mental, con base a los porcentajes encontrados los profesionales del área de salud tiene una tasa de suicidio media del 8% de, manteniéndose al doble de la proporción de la población mundial en términos generales. Cano y otros, exponen como principal resultado un riesgo suicida porcentual mínimo, aún por debajo de lo expuesto en los resultados evidenciados en los profesionales clínicos de los Centros de Tratamiento de Consumo Problemático de alcohol y otras drogas.

Otro estudio realizado en Colombia a estudiantes y profesionales de psicología, reveló que aproximadamente el 12,7% del total se encuentra en riesgo suicida por un nivel de insatisfacción y presión laboral o por comportamientos autoinfligidos considerados peligrosos (González, Medina y Ortiz, 2016). El porcentaje que exponen el estudio colombiano se asemeja al observado en el presente estudio, que se ubica por encima del 10%, mismo que se considera elevado, en comparación con el índice de suicida del 4% en personas comunes.

Según el criterio de Estrella (2018) los profesionales de la salud se encuentran sometidos a una gran carga laboral y emocional por el ambiente hospitalario inherente a su profesión, muchas de las veces los profesionales omiten su propia fragilidad humana para desarrollar sus actividades. De acuerdo al estudio de la revista JAMA, aplicado sobre 122.356 profesionales sanitarios de 43 naciones, el riesgo suicida está presente en el 11,1%; un valor superior al de los adultos jóvenes. Este porcentaje, mantiene similitud con el expuesto en el presente, mismo que se encuentra por encima de la media de la población mundial, y se asocia a la carga laboral, emocional del trabajo hospitalario.

3.3 Factores sociodemográficos en relación al síndrome de *Burnout* y riesgo suicida

3.3.1 *Burnout* y factores socio-demográficos

Los resultados presentados en el documento a través del análisis de correlación de Spearman, demuestran que no existen una significancia estadística entre el síndrome de *burnout* y las variables sociodemográficas como sexo, género, edad, estado civil o el nivel de escolaridad. Tampoco refleja una relación entre el síndrome y los factores de filiación como la tenencia de hijos, cantidad de hijos, personas con quienes habitan, tiempo que trabajo en el Centro, aunque si se evidencia significancia estadística con la jornada laboral ($p = 0.001$). Frente a lo expuesto el estudio de (Casari, Boetto y Daher, 2015) proporciona soporte y sostiene que un factor con significancia estadística es el periodo laboral de los profesionales, siendo un factor crítico para aquellos que cumplan con una carga laboral superior a las horas establecidas.

Para Llorente y Ruiz (2015), existe una relación entre el sexo y el burnout, de acuerdo a los resultados de su estudio aplicado sobre 157 profesionales de la salud, mediante la prueba MBI y un estudio estadístico que comprendía, el análisis de Pearson, T-students, Anova y Levene. El análisis demostró mediante la prueba de T-students (1,87) y una correlación ($p=0,05$), también

quedó establecido que existe significancia entre el género y la sub escala del agotamiento emocional; este resultado puede contrastarse con el presente pues, de acuerdo con los resultados del presente el género femenino presenta mayor número de casos para el síndrome de *burnout*.

Ibañez y otros (2014) realizaron un estudio para determinar las variables sociodemográficas que guardan correlación con el síndrome de burnout; el estudio se realizó con un muestra de 251 profesionales, quienes respondieron el MBI y un cuestionario referente a los datos sociodemográficos. Los resultados mostraron que la edad es una variable con una relación inversa, con la Subescala de realización personal; es decir a medida que la edad se incrementa, la variable de realización personal se reduce decreciendo. En contraposición, el presente estudio expresó que el síndrome de burnout fue más frecuente en personas con edades inferiores a los 28 años, contraponiendo ambos postulados.

Vivanco, Sánchez, Maldonado y Erique (2018) por intermedio de su estudio que tenía por objetivo determinar la prevalencia del *burnout*, aplicando 4 cuestionarios a una muestra de 35 profesionales, en los cuales no se evidenció el síndrome *Burnout*, todos los profesionales que formaron parte del estudio, tenían un perfil similar, con un núcleo familiar estructurado con pareja e hijos. Esto guarda similitud con el presente, pues el porcentaje profesionales que conviven con su pareja en matrimonio, presenta menos indicios de burnout al mismo tiempo que, aquellos que dijeron ser viudos o divorciados mantiene una tendencia superior para padecer burnout.

Según lo expuesto en el estudio de Yslado, Atoche, Cermeño, Rodríguez y Sánchez (2014), luego de analizar una muestra de 76 profesionales de distintas áreas de la salud, en el Hospital de Hari en Perú, mediante el cuestionario DIRES y el MBI. Los resultados muestran una significancia entre factores sociodemográficos y el padecimiento del síndrome; entre los resultados se expone que aquellos que ocupan cargos de menor rango, vinculados con grados académicos inferiores, experimentaban dificultades laborales por factores como como órdenes confusas de los superiores, formación insuficiente, y falta de apoyo de sus compañeros. Sustentado los resultados, pues se estableció que burnout es casi inexistente en profesionales con títulos de Doctorado.

Por otro lado, Mirás, (2014) trató de determinar la presencia del burnout en profesionales dentro de un centro de salud mediante la aplicación del MBI; el estudio tuvo una muestra de 27 profesionales y los resultados marcaron que 44,5 % de los participantes tenían algún grado del síndrome. De acuerdo con las sub escalas del síndrome, 48,4% tenían un grado elevado de

cansancio emocional, 54,6% evidenciaban un grado de despersonalización elevado y el 40,7% de los participantes tenía un grado de realización personal bajo. El estudio demostró que los rasgos con mayor tendencia a desarrollar el síndrome son, sexo femenino, edad mayor a 45 años, estado civil casada y un tiempo laboral superior a los 20 años.

3.3.2 Riesgo suicida y factores socio-demográficos

El presente estudio, no logró identificar relación estadística entre las variables socio demográficas y el riesgo suicida, pues ninguno de los parámetros cumple con el criterio de significancia estadística. El análisis bibliográfico realizado por Cano, Cicirello, López y Aguilar (2014) concluye que los factores socio demográficos asociados con el suicidio, son la edad pues existe una mayor predisposición para la autoeliminación entre los 45 y 54 años; de la misma manera la vida familiar influye sobre el riesgo suicida, pues este se reduce en profesionales con familia e hijos, finalmente un estado de salud deteriorado también constituye un aspecto de riesgo para el suicidio. Esos resultados confrontan a los identificados en este estudio, pues no se encontró relación entre estos aspectos y el riesgo suicida.

Según el criterio de Jiménez y Arenas (2015), el riesgo suicida en los profesionales de salud deriva principalmente por la demanda del trabajo, y las exigencias emocionales asociadas. La depresión como antesala de las conductas riesgosas es innegable, bajo este contexto son las mujeres las que mantiene un índice superior para desarrollar estos trastornos sentimentales que pueden llevar al suicidio. Esto va de acuerdo, con los resultados del presente, pues las mujeres mantienen comportamientos suicidas en un número superior a los hombres.

3.4 Asociación entre las subescalas del MBI y el riesgo suicida

El presente logró identificar una relación, entre el riesgo suicida y el *burnout*, especialmente las subescalas del cansancio emocional y despersonalización. La correlación que estas mantiene es de tipo lineal y proporcional, es decir a mayor *burnout*, más grande es el riesgo suicida.

Tomás y otros (2014), realizaron un estudio, el cual tuvo por objeto encontrar las relaciones del *burnout*, con el riesgo suicida, ansiedad y depresión. De este análisis formaron parte 146

profesionales, los que contestaron el cuestionario MBI, el cuestionario de Plutchik, y las escalas de ansiedad, depresión y autoestima. El análisis estadístico estableció correlaciones entre el riesgo de cometer suicidio, la depresión, la ansiedad y el cansancio emocional. Dando soporte a los resultados del presente estudio que también indican una relación entre la subescala del cansancio emocional y el riesgo suicida.

A su vez Castañeda (2017), realizó un estudio observacional analítico para estudiar la asociación entre el síndrome *Burnout* y el riesgo de suicidio. El estudio contó con una muestra de 120 personas, de los cuales el 57.4% presentaba algún nivel de *burnout*. Los métodos para identificar la asociación entre la variable, fue la prueba de Chi cuadrado y el OR con un índice de confianza del 95%. Este estudio, sustenta la relación existente entre el síndrome de *burnout* y el riesgo suicida, enfatizando el cansancio emocional y la falta de realización personal como factores del burnout que conducen a la depresión y el riesgo suicida. Sin embargo, se contrapone a lo expuesto en el presente, pues no se determinó significancia estadística con esta subescala.

Por otro lado, Moisés (2019) realizó un estudio en un Hospital de República dominicana, para evaluar el nivel de burnout entre los profesionales del área de salud, involucrando a 137 profesionales, a quienes se les aplicó el MBI en conjunto con una encuesta para los datos sociodemográficos. El análisis de los instrumentos evidenció que el burnout entre los médicos, enfermeras y psicólogos es bajo, no obstante, el cansancio emocional es la subescala que más afecta a los profesionales, además, que afecta de mayor forma a las mujeres, volviéndolas propensas para desarrollar comportamientos depresivos y conductas malsanas. Hecho que está en concordancia con lo expuesto en el presente, pues se considera la correlación entre el cansancio emocional y el riesgo suicida.

A la par Cascardo (2019) en un estudio realizado sobre 25 profesionales de salud del Hospital Municipal Dr. Marino Casano, aplicó el cuestionario MBI en conjunto con una entrevista y la observación. Los resultados demostraron que ninguno de los participantes tiene algún nivel del síndrome de *burnout*, sin embargo, tras analizar las subdimensiones del síndrome se obtuvo la siguiente información, los psicólogos evidencian un mayor cansancio emocional en comparación con los demás profesionales; en cuanto a la despersonalización están en segunda posición, por detrás de los enfermeros; mientras que en la realización personal son quienes menor puntuación tienen. El cansancio emocional, con frecuencia lleva a las personas a desarrollar conductas y

comportamientos depresivos, que sin la debida atención profesional desembocan en riesgo suicida. Este estudio expone la subescala del cansancio emocional como uno de los factores vinculados con el riesgo suicida, lo que está en concordancia con el presente estudio.

Martínez (2014) afirma que el síndrome clínico del burnout, afecta especialmente a los profesionales que durante sus actividades brindan ayuda o atención a las personas. El autor sostiene que el burnout se produce por altos niveles de exigencia psicológica, y una autonomía laboral limitada, junto con el estrés de ejecutar tareas, inadecuadas repetitivas y monótonas, entonces el ambiente laboral genera el deterioro emocional. Consecuentemente las subescalas que más influyen para desarrollar depresión e ideas suicidas son: el cansancio emocional y la realización profesional. El criterio de Martínez, guarda similitud con los resultados del presente, al menos en una parte pues, se identifica al cansancio emocional como un factor importante para el riesgo suicida, sin embargo, también se expone que la realización personal influye para el suicidio, lo cual se opone a los resultados propios.

Se concluye que existen estudios realizados los cuales concuerdan con la investigación realizada, mostrando una asociación clara entre las variables estudiadas que son el riesgo suicida y el síndrome de burnout, sin embargo se indica discrepancias dentro del ámbito sociodemográfico, ya que en el estudio presente no hay diferencias significativas, mientras que en otros estudios si lo demuestran tanto en edad, sexo y nivel académico.

CONCLUSIONES

De acuerdo con la investigación realizada podemos constatar que hoy en día, el estrés laboral conlleva a sufrir el síndrome del Quemado, destacándose más en profesionales de la salud mental, ya que implica que el psicólogo clínico al tratar el sufrimiento humano no solamente use el raciocinio, sino también implique las emociones, generando así despersonalización, agotamiento emocional y una falta de realización personal, lo que puede crear una serie de sintomatología, que al no ser tratada puede ocasionar un suceso significativo como el riesgo suicida o suicidio.

Este trabajo, en relación con los objetivos establecidos, identificamos que existe una relación entre el riesgo suicida y síndrome de *burnout* en los psicólogos clínicos de los CETADS de Cuenca.

Se analizó una muestra de 70 psicólogos clínicos de la ciudad de Cuenca, para los cuales se aplicaron los instrumentos metodológicos, tanto el Cuestionario de *Maslach Burnout Inventory* (MBI), y la escala de riesgo suicida de Plutchik, a efectos de identificar qué factores sociodemográficos están asociados al síndrome de *burnout* y riesgo suicida.

El resultado del estudio confirmó la hipótesis formulada e identificó la relación que existe entre el riesgo suicida y de síndrome de *burnout* de los psicólogos clínicos de los CETADS de la ciudad de Cuenca. Por consiguiente, se concluye que los participantes presentan síndrome de *burnout*, y riesgo suicida, de tal manera se muestra una asociación del 8,6% entre las variables estudiadas. Se sugiere extender este tipo de estudio a otros CETADS en diferentes ubicaciones a nivel nacional a efectos de conocer cuáles son los impactos del síndrome de *burnout* y riesgo suicida de todo el profesional de la salud mental del país.

Con respecto a las dimensiones del burnout, el 20,0 % de los psicólogos presentan alto cansancio emocional; 48,6 % de participantes tienen una alta despersonalización, 82,9% de profesionales de la salud mental presentan una baja realización personal.

El 15,7 % de psicólogos clínicos de los cetads padecían burnout, el 80,0% indicios de burnout y 4,3% no tienen burnout; mientras el 15,7% presenta riesgo suicida, y 84,3% no tiene riesgo suicida.

Se encontró una relación positiva entre el cansancio emocional y la despersonalización con el riesgo suicida, es decir a mayor cansancio emocional y despersonalización mayor riesgo suicidio.

Así también se encontró una relación inversa con la realización personal es decir que a mayor realización personal menor riesgo suicida.

Dentro de los indicadores de riesgo suicida en los profesionales de la salud se encontró que las afirmaciones principales correspondían a: “A veces nota que podría perder el control sobre sí misma” y “Se ha sentido alguna vez tan fracasada que solo quería meterse en la cama y abandonarlo todo” con una frecuencia del 40% seguido por “Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez” (38.6%).

Se pudo observar en la mayoría de factores socio demográficos no indican una diferencia estadísticamente significativa, sin embargo, se puede concluir que los profesionales que laboran en tiempo estimado de 6 y 7 horas presentan el síndrome de *Burnout*; y dentro de los resultados de la intensidad del riesgo suicida se destaca los participantes con hijos.

Los resultados también demostraron que la dimensión de despersonalización dentro del síndrome de *Burnout* es la que influye de manera significativa en la aparición del riesgo suicida, manifestando la asociación entre las dos variables de estudio.

RECOMENDACIONES

Dentro del ámbito organizacional implementar talleres de autocuidado para el psicólogo clínico.

Socializar este tipo de propuestas ante las autoridades pertinentes para tomen cartas en el asunto, y se preocupen del bienestar del trabajador ya que esto mejorara la productividad del profesional.

Que exista políticas públicas para el cuidado del profesional sanitario, debido a que al trabajar con otras personas directamente ,se involucran en el sufrimiento humano.

Se recomienda a los psicólogos clínicos emplear limites, es decir, no exigirse demasiado al punto de llegar al agotamiento. Deben conocer los límites de su cuerpo y mente, y no excederse al punto de querer solucionar todos los conflictos y problemas de sus pacientes.

Los psicólogos deben saber desconectar la vida personal de lo laboral, es importante realizar ciertas actividades como apagar la computadora y celular fuera del horario de atención psicológica, además otorgarse tiempo para uno mismo y ejecutar actividades que despejen la mente, como hacer ejercicio u ocuparse en algún hobby.

Se aconseja cuidar la salud, manteniendo una adecuada alimentación, principalmente ricas en omega 3 y triptófano, además hacer algún tipo de actividad física, al menos dos veces a la semana, esto ayudará a disminuir la ansiedad.

Se sugiere al profesional cuidar el dinero, ya que los conflictos económicos frecuentemente influyen en el padecimiento del síndrome de *Burnout*, por esta razón, se recomienda tener gastos adecuados para evitar sobre carga de deudas y así poder manejar el dinero de manera inteligente.

Se recomienda al psicólogo clínico encontrar el trabajo adecuado, puesto que el síndrome de *burnout* puede ser también una señal de que el profesional está en el trabajo equivocado o laborando con un tipo de población que afecta significativamente a la vida del profesional.

Los profesionales deben dirigirse a un profesional de la salud mental, los psicólogos deben deshacerse de los estereotipos y acudir a un colega sin importar las críticas o el qué dirán de las demás personas, incluso de sus propios pacientes.

Estar atento a las señales de alerta detalladas a continuación: cambios en la conducta, irritabilidad, mal genio, falta de sueño, aislamiento, bajo en el rendimiento laboral, poca energía, y cambios en el apetito.

Que el psicólogo manifieste su preocupación, y de esta manera no se inhiba y exprese sus pensamientos e ideas, lo que ayudara aliviar este malestar.

Los profesionales clínicos deben aceptar sus emociones sin temor a ser juzgado.

Que la familia, amistades o colegas estén alerta a la salud física del psicólogo tanto en su alimentación, higiene y sueño.

Que el psicólogo se encuentre apoyado y acompañado de sus familiares y amigos.

Limitar al profesional el acceso a medios lesivos como medicamentos, alcohol, cuchillos afilados.

Las recomendaciones se emplearían mediante una psicoeducación y retroalimentación de otros profesionales orientados a la salud mental, realizar reuniones, charlas acerca de la prevención del síndrome de burnout y de un comportamiento suicida, que abarque el área personal, conductual, creando redes de apoyo familiares, sociales y organizacionales, tomando en cuenta experiencias del entorno y estudios realizados.

BIBLIOGRAFÍA

- Freedly, J., & Hobfoll, S. (1993). Conservation of resources. *Professional burnout: Recent developments in theory and research*, 115-129.
- Adán, J. C. (2013). *Medicina y Lugar del Trabajo*. Madrid: Scielo España .
- Alvarado, J., Manrique, E. (2019). Suicidio de médicos. Una realidad ignorada. *Rev Univ Ind Santander Salud*. Obtenido de <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/9662/9709>
- Alvarez, E. (1991). *El síndrome de Burnout o el desgaste emocional*. España: Revisión de la asociación española de neuropsiquiatría.
- Alvarez, E. (1991). *El síndrome de Burnout o el desgaste emocional*. España: Revisión de la asociación española de neuropsiquiatría.
- Álvarez, M. (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Galicia: GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS.
- Andrew, L. B. (2016). *Psiquiatras y Otorrinolaringólogos con la tasa de suicidio más alta*. Estados Unidos: Redacción Médica.
- Arias, W., Carpio, A., Delgado, Y., Ortiz, M., & Quispe, M. (2017). Síndrome de burnout en personal de salud de la ciudad de Arequipa (Perú). *Medicina y Seguridad del Trabajo*.
- Arteaga, A., Junes, W., & Navarrete, A. (2014). Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal de Salud. *Rev méd panacea*, 40-44.
- Ayuso, J. (1993). Síndrome de burnout y SIDA. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 27, 42-46. .
- Basset, I. (2016). *estrés laboral: terapia psicologica*. Mexico: Vol. 10, No. 1: 27-31, 2011.
- Blanco, E. (2019). *Problemas Laborales*. Austrias: Persum. Obtenido de google .
- Blanco, M. (2013). La conducta suicida como riesgo psicosocial en el trabajo. *Prevention World*.
- Brill, P. (1986). The need for an operational definition of burnout. *Family and Community Health*, 6, 12-24.

- Buunk, A., & Schaufeli, W. (1993). Burnout: A perspective from social comparison theory. . *Professional burnout: Recent developments in theory and research* , 53-69.
- Caballero, M. (2016). *Prevalencia y factores asociados al Burnout en un área de Salud*. Madrid: Elsevier Atención Primaria.
- Calle, j. (2019). *Síndrome de Burnout y calidad de atención del personal de enfermería de un hospital general en la provincia de Manabí, Ecuador*. Manabi.
- Cano, M., Cicirello, s., López, A., & Aguilar, M. (2014). Marco actual del suicidio e ideas suicidas en personal sanitario. *Medicina y seguridad del trabajo*, 198-218.
- Carlin, M. (2010). *El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo*. Murcia: edición impresa: 0212-9728.
- Casari, L., Boetto, C., & Daher, C. (2015). Síndrome de burnout en profesionales residentes de salud mental. *Acta Psiquiátr Psicol Am Lat.*, 114-122.
- Cascardo, N. (2019). *Salud mental y trabajo: Estudio exploratorio del síndrome de Burn-out*. Mar del plata: Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Castañeda, S. (2017). El síndrome de burnout como factor de riesgo para el desarrollo de la depresión en internos y residentes . *Universidad Ricardo de Palora*.
- Castillo, C. (2017). *La conducta suicida como riesgo psicosocial en el trabajo*. Anuario de Estudios Centroamericanos.
- Cherniss, C. (1993). *The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout*. . London: Professional burnout: Recent developments in theory and research.
- Córdova, P. (2013). Recursos de afrontamiento ante el estrés laboral en psicólogos y Psiquiatras. *Revista Sur Americana de Psicología*.
- Cox, T., kuk, G., & Leiter, M. (1993). *Burnout, health, work stress, and organizational healthiness*. . London: Professional burnout: Recent developments in theory and research.
- Crespo, L. R. (2017). *El suicidio como accidente en el trabajo* . Catalunya: Turin: primera ed.

- Cruz, D. (2017). Relationship between different dimensions of the Burnout syndrome and the coping strategies implemented by security guards at a private corporation from Tunja (Col). *unisimon*, 269-272.
- Diaz, S. (2018). *Comportamiento del síndrome de desgaste profesional en médicos que laboraron en Coopesalud*. Costa Rica: Costarricense, 49, 2.
- Dyrbye. (2010). *Relationship Between Burnout and Professional Conduct and Attitudes Among US*. USA: 8600 Rockville Pike, Bethesda MD, 20894 USA.
- Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions. *Nueva York: Human Sciences Press*.
- El Comercio. (26 de Noviembre de 2014). El estrés laboral puede conducir al suicidio. *Tendencias*, pág. 6.
- Estrella, J. (2018). Depresión y suicidio en estudiantes de Medicina: ¿Una verdad a voces? *Elsevier*.
- García. (2018). *una escala para la evaluación del Burnout profesional en las organizaciones*. Santiago de Compostela: tercer congreso de psicología social.
- Garcia, N. (2016). *Estado actual del estudio del síndrome de burnout*. Murcia: Cuadernos de psicología vol 16.
- García, P., Gatica, M., Cruz, E., Vargas, R. (2016). Factores que detonan el síndrome de burnout. *Revista Iberoamericana de Contaduría, Economía y Administración*. Obtenido de file:///C:/Users/EQUIPO/Downloads/Dialnet-FactoresQueDetonanElSíndromeDeBurnout-5523443%20(2).pdf
- Gil-Monte, P. (2003). Desgaste Psíquico en el trabajo. *Revista psicología trabajo organizaciones*, 181-197.
- Gil-Monte, P., & Peiro, J. (1999). *Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo*. Valencia: anales de psicología.

- Golembiewski, R., Munzenrider, R., & Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science*, 461-481.
- Gonzalez, A. (2017). *El trágico caso que podría convertirse en el primer suicidio por estrés laboral en Chile*. Chile: Biobiochile.cl.
- Gorvett, Z. (2016). *Qué es el "karoshi", la muerte por exceso de trabajo que en Japón es un problema de salud pública*. Japón: BBC.
- Granell-Navas, S. (2010). Síndrome de burnout y riesgo suicida en atención primaria. *Elsevier*, 173-178.
- Guerrero, E. (2018). *Análisis pormenorizado de los grados de burnout y técnicas de afrontamiento del estrés*. Mérida: Anales Psicología.
- Harrison, G. (1983). *A social competence model of burnout*. New York: Stress and burnout in the human services professions .
- Hernández, P., Villarreal, R. (2015). Algunas especificidades en torno a la conducta suicida. *MEDISAN*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000800014
- Hernández, T. (2011). *Síndrome de Burnout: Una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes y modelos explicativos*. España: Gestión5salud.
- Ibañez, J., López, J., Márquez, A., Sánchez, N., Flores, L., & Vera, A. (2014). Variables sociodemográficas relacionadas al síndrome de Burnout e. *Psychol. av. discipl.*
- Jiménez, J., & Arenas, J. (2015). Programa de prevención del suicidio, tratamiento de trastornos mentales y promoción de la salud mental para médicos residentes. *instituto mexicano del seguro Social* , 226-240.
- La organización mundial de la salud . (2014). *Prevención del suicidio*. España: World Health Organization.
- Labrador, F. (1996). *Técnicas de relajación y desensibilización* . Madrid: Universidad Empresa.

- Langreo, M. C. (2016). *Marco actual del suicidio e ideas suicidas en personal sanitario*. Madrid: Versión impresa.
- Lara, D. (2011). *Análisis descriptivo de los niveles de desgaste por trabajo, en el personal docente de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad de las Américas, que labora en el área clínica*. Quito: Universidad de las Américas.
- Lazarus, R. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Servicio Andaluz de Salud.
- Llorente, V., & Ruiz, I. (2015). El Burnout y las variables sociodemográficas en los profesionales. *Artigo Article*, 3287-3295.
- López, A. (2017). *Síndrome de burnout: antecedentes y consecuentes organizacionales en el ámbito de la sanidad pública Gallega*. Santiago de Compostela: Escuela Internacional de Doctoramiento.
- López, A. (2017). *Síndrome de Burnout: antecedentes y consecuentes organizacionales en el ámbito de la sanidad pública Gallega*. Santiago de Compostela: Escuela Internacional de Doctoramiento.
- Marrau, C. (2004). *El síndrome de Burnout y sus posibles consecuencias en el trabajador*. San Luis : Año V - Nº II (10/2004) 53 / 68 pp.
- Martin. (2012). *Valoración del burnout en personal de enfermería. Comunicación presentada en el I Congreso de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés*. España: Benidorn .
- Martin, V. (2016). Conducta suicida protocolo de intervención. *INFAD*, 233-250. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349851777025.pdf>
- Martínez. (2016). *Validación del cuestionario Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS) en contexto académico colombiano*. Medellín: Ces Psicología.
- Martínez, A. (2010). *El Síndrome de Burnout, evolución conceptual y cuestión*. Rioja: Vivat Academia.
- Martínez, C. (2014). El estrés laboral como factor de riesgo de suicidio. *Salud laboral*, 36-41.
- Martinez, C. P. (2010). El estrés laboral como factor de riesgo suicida. *Salud Laboral*, 76.

- Martínez, J., Silva, H., Arancibia, M., y Angulo, C. (2016). Psicofarmacología del suicidio II parte: Estabilizadores del ánimo y suicidio. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272016000100006
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, 5, 16-22. .
- Mayo Clinic, F. (18 de Octubre de 2018). *Mayo Clinic*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/suicide/symptoms-causes/syc-20378048?p=1>
- Menéndez, T. C. (2019). Síndrome de Burnout y calidad de atención del personal de enfermería de un hospital general en la provincia de Manabí, Ecuador. *Contribución a las Ciencias Sociales*.
- Mingote, C. (2013). *Medicina y seguridad en el trabajo*. Madrid: Pitse.
- Ministerio de Salud. (2019). *Programa Nacional de Prevención de Suicidio*. Chile: Primera versión 2019.
- Ministerio de Salud. (2019). *Recomendaciones para la prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales*. Chile: Primera versión 2019.
- Mirás, S. (2014). Evaluación del síndrome de burnout en un centro de salud. *Revista EnfermeriCyL*, 65-73.
- Moisés, N. (2019). *Nivel de síndrome de burnout en los médicos del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina*. República Dominicana: Facultad de Ciencias de la Salud.
- Moreno, B. (2012). *Personalidad resistente y capital psicólogo: las variables personales positivas y los procesos de agotamiento y vigor*. . Asturias: Psicothema, 24, 79-86 .
- Neira, J. (2016). Prevención de riesgos laborales: el suicidio. Universidad Miguel Hernández.
- Ojeda, G. (2016). *Modelo causal social cognitivo de Burnout en profesionales de la salud de Lima Metropolitana*. Perú: Universidad Nacional mayor de San Marcos.
- Ojeda, G. (2016). *Modelo causal social cognitivo de Burnout en profesionales de la salud de Lima Metropolitana*. Lima, Perú.

- OMS. (2012). Prevención del suicidio (SUPRE). *Salud Mental*.
- Paz, M. (2017). *Estrategia de intervención para la prevención del suicidio*. Colombia: Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 17, No.2.
- Peiro, J. (1992). *Desencadenantes del Estrés laboral*. Madrid: Eudema .
- Pines, A. (1993). “*Burnout: An Existential Perspective*”. London: Professional burnout: recent developments in theory and research.
- Ponce, Y. (2017). *Calidad de vida y riesgo suicida en los agentes de seguridad penitenciaria*. Ambato: Universidad técnica de Ambato.
- Porto-Martins, P. C. (2010). *Síndrome de Burnout en Psicólogos Clínicos* . Paraná: Interpsiquis 2010.
- Quintáns, J. M. (28 de Mayo de 2019). El ‘burnout’ toma peso en la lista de dolencias de la OMS. *Sociedad*, pág. 31.
- Quintero, J., Silva, T., Ibáñez, M., & Ruiz, F. (2014). Prevalencia de síndrome burnout en personal de los servicios de urgencia en una institución prestadora de servicios de salud de baja complejidad de neiva. *Grupo Interdisciplinario de Investigación en Ciencias Económicas, Administrativas y de*.
- Quiroz, A. (2013). *Psicología Industrial*. Guayaquil: Universidad de Guayaquil.
- Rose. (1973). *Physicians who kill themselves*. Archives General Psychiatry 29: 800.
- Rubio, J. (2003). *Fuentes de estrés, síndrome de burnout y actitudes disuncionales en orientadores del instituto de enseñanza secundaria obligatoria*. Cáceres: Universidad de Extremadura.
- Salazar, P., Herrera, I., Rueda, M., León, J. (2014). El efecto de la conservación de recursos sobre la intención emprendedora en el contexto de crisis económica: el rol moderador de la autoeficacia y la creatividad. *Anales de Psicología*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282014000200018
- Salud, M. d. (2019). *Programa Nacional de Prevención de Suicidio*. Chile: Primera versión 2019.

- Sanches, G., Do Vale, B., Souza, S., De Almmeida, C., Preto, V. & Sailer, G. (2017). Burnout syndrome among graduates of undergraduate nursing course. *Journal of Nursing*. Obtenido de https://www.researchgate.net/profile/Sandra_Pereira8/publication/312212988_BURNOUT_SYNDROME_AMONG_GRADUATES_OF_UNDERGRADUATE_NURSING_COURSE/links/58767c0708ae329d62260b69/BURNOUT-SYNDROME-AMONG-GRADUATES-OF-UNDERGRADUATE-NURSING-COURSE.pdf
- Sánchez, L. (2017). Relación entre burnout y el autocuidado estudio realizado desde la psicología positiva en psicólogos clínicos docentes de la facultad de psicología de la Universidad Católica del Ecuador en el periodo de abril a julio 2017. Quito, Ecuador.
- Sandín, B. (1995). *El estrés*. Madrid: Manual de Psicopatología.
- Sanjuan, L., Arrazola, O., y García, L. (2014). Prevalencia del Síndrome del Burnout en el personal de enfermería del Servicio de Cardiología, Neumología y Neurología del Hospital San Jorge de Huesca. *Enfermería Global*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000400013
- Schaufeli, W., & Enzmann, D. (1988). *The Burnout companion to study and practice*. Philadelphia: series editors.
- Shanafelt. (2011). Suicidal ideation among american surgeons. *Archives of Surgery*. 146, 1, 54-62.
- Shanafelt, B. (2011). Suicidal ideation among american surgeons. *Archives of Surgery*. 146, 1, 54-62.
- Shirom, A. (2003). *Handbook of Occupational Health Psychology*. Washington : American Psychological Association.
- Silva, H. (2016). Psicofarmacología del suicidio II parte: Estabilizadores del ánimo y suicidio. *Scielo, Rev. chil. neuro-psiquiatr.* vol.54 no.1 .
- Soto, P. A. (2015). *Algunas especificidades en torno a la conducta suicida*. Cuba : MEDISAN .

- Suárez, F. (2018). *Evaluación del síndrome de Burnout en médicos residentes de un hospital de tercer nivel y propuesta de medidas de control para su prevención*. Quito. Obtenido de <http://repositorio.uisek.edu.ec/bitstream/123456789/2873/2/TESIS%20FINAL.pdf>
- Terán, E. (2007). *El síndrome de Burnout: una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y de medición*. España: Gestión5.
- Thomae. (2006). Etiología y prevención del síndrome de burnout. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, 153, 18-21.
- Thompson, E., Page, S., & Cooper, C. (1993). A test of Caver and Scheier's self-control model of stress in exploring burnout among mental health. 221-235.
- Tofolón, M. (2016). Estrés laboral y síndrome de Burnout en docentes de secundaria. Universidad de la Rioja.
- Tomás, J., Maynegre, M., Pérez, M., Alsina, M., Quinta, R., & Granell, S. (2014). Síndrome de burnout y riesgo suicida. *Enferm Clin.*, 173-178.
- Torrent, J. C. (2017). *Síndrome de Agotamiento profesional (burnout) en oncología*. Barcelona: Hospital Vall d'Hebrón.
- Vea, D. C. (2016). *Determinación del síndrome de burnout en voluntarios de junta provincial de Esmeraldas de la Cruz Roja Ecuatoriana*. Esmeraldas: Pucese.
- Vicente, F. (2001). *Síndrome de Burnout o desgaste profesional y afrontamiento del estrés en el profesional*. Cáceres: Universidad de Extremadura.
- Villar, J. M. (2016). *Prevención de Riesgos laborales. El suicidio*. España: Miguel Hernandez.
- Villavicencio, J. (2016). Asociación entre la depresión y el síndrome de Burnout en médicos residentes e internos de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2015. Lima, Perú.
- Vivanco, M., Sánchez, L., Maldonado, R., & Erique, E. (2018). Síndrome de Burnout en profesionales de la salud en instituciones públicas y privadas: análisis en la provincia de Loja, Ecuador. *Revista Boletín Redipe*, 179-194.

Winnubst, J. (1993). *Social support and occupational stress: A causal analysis*. London: En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek .

Yslado, M., Atoche, R., Cermeño, B., Rodriguez, D., & Sanchez, B. (2014). Síndrome de Burnout y factores sociodemográficos- organizativos en profesionales de salud. *REVISTA IIPSI*, 191-209.

Zuluaga, P. A. (2012). *Relacion entre el síndrome de burnout , estrategias de afrontamiento y engagement*. colombia.

ANEXOS

Anexo 1. Inventario de Maslach Burnout

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

0= NUNCA. 1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS. 2= UNA VEZ AL MES O MENOS.
3= UNAS POCAS VECES AL MES. 4= UNA VEZ A LA SEMANA. 5= POCAS
VECES A LA SEMANA. 6= TODOS LOS DÍAS.

1. **AE** Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo.

2. **AE** Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.

3. **AE** Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.

4. **RP** Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.

5. **D** Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí como si fuesen objetos impersonales.

6. **AE** Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.

7. **RP** Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.

8. **AE** Siento que mi trabajo me está desgastando.

9. **RP** Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.

10. **D** Siento que me he hecho más duro con la gente.

11. **D** Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.

12. **RP** Me siento muy enérgico en mi trabajo.

13. **AE** Me siento frustrado por el trabajo.

14. **AE** Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.

15. **D** Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente.

16. **AE** Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.

17. **RP** Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.

18. **RP** Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.

19. **RP** Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.

20. **AE** Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.

21. **RP** Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.

22. **D** Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.

AE: Agotamiento Emocional; **D:** Despersonalización; **RP:** Realización Personal.

Anexo 2. Escala de Riesgo Suicida de Plutchik



Ministerio de Salud Pública

Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS)

Nombre completo: _____ N° HCL _____

Fecha de aplicación: _____

Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un sí o no.

1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	SI	NO
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	SI	NO
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	SI	NO
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	SI	NO
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	SI	NO
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	SI	NO
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	SI	NO
8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	SI	NO
9. ¿Está deprimido/a ahora?	SI	NO
10. ¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a?	SI	NO
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	SI	NO
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	SI	NO
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	SI	NO
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	SI	NO
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	SI	NO
Puntuación total		

PUNTUACIÓN

Cada respuesta afirmativa evalúa 1 punto. Cada respuesta negativa evalúa 0 puntos. La puntuación total oscila entre 0 y 15

INTERPRETACIÓN

A mayor puntuación, mayor riesgo. Los autores de la validación en español identifican como punto de corte una puntuación igual o mayor a 6.

1

Anexo 3. Ficha Sociodemográfica

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA		
SEXO:	GÉNERO	EDAD:
Hombre	Masculino	Más de 28 años
Mujer	Femenino	De 29 a 39 años
Intersex	Otro	De 40 A 49 años
		Más de 50 años
ESTADO CIVIL:		NIVEL DE ESCOLARIDAD:
Soltero/a		Tercer nivel
Casado/a		Maestría
Viudo/a		PHD
Separado/a		
Divorciado/a		
SITUACIÓN FAMILIAR		NÚMERO DE HIJOS
¿Tiene hijos?		1 hijo/a
Sí___ No___		2 hijos/as
		3 o más hijos/as

<p>CON QUIÉN VIVE</p> <p>Solo/a</p> <p>Con pareja</p> <p>Con familia</p> <p>Con amigos/as</p>	<p>Nombre del CETAD donde labora</p> <p>_____</p>
<p>TIEMPO QUE LABORA EN EL ESTABLECIMIENTO</p> <p>De 0 a 3 años</p> <p>De 4 a 7 años</p> <p>De 8 a más años</p>	<p>TIEMPO LABORAL</p> <p>4-5 horas</p> <p>6-7 horas</p> <p>7-8 horas</p> <p>8 en adelante _____</p>
<p>EJERCE OTRO TIPO DE TRABAJO</p> <p>Especifique: _____</p>	

Anexo 4. Consentimiento Informado

Consentimiento informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Virginia Bowen y María Paz Pesantez, estudiantes de Psicología Clínica de la facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación. La meta de este estudio es determinar la existencia de Riesgo Suicida y la relación con Síndrome de *Burnout* en los psicólogos clínicos que laboren en los Centros Especializados en Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas (CETADS) de la Ciudad de Cuenca. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá que conteste dos cuestionarios. Esto tomará aproximadamente 20min de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas en el cuestionario serán codificadas usando un número de identificación, y, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso le perjudique en ninguna forma. Si algunas de las preguntas le resultan incómodas, tiene usted derecho en hacerlo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su colaboración.