



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Síndrome de *burnout* y su relación con variables moduladoras en personal de la salud de una institución pública ubicada al norte de la ciudad de Loja durante el año 2016-2017.

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Herrera Vázquez, Lorena Sabrina

DIRECTORA: Ramírez Zhindón, Marina del Rocío, Ph.D.

LOJA-ECUADOR

2017



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

Septiembre, 2017

APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Doctora.

Marina del Rocío Ramírez Zhindón

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: Síndrome de *burnout* y su relación con variables moduladoras en personal de la salud de una institución pública ubicada al norte de la ciudad de Loja durante el año 2016-2017, realizado por Lorena Sabrina Herrera Vázquez, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, abril de 2017

f).....

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo Lorena Sabrina Herrera Vázquez declaro ser autora del presente trabajo de titulación: Síndrome de *burnout* y su relación con variables moduladoras en personal de la salud de una institución pública ubicada al norte de la ciudad de Loja durante el año 2016-2017, de la Titulación de Psicología, siendo Marina del Rocío Ramírez Zhindón directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad"

f).....

Lorena Sabrina Herrera Vázquez

1104423049

DEDICATORIA

A mis padres Arturo y Soraya por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, por sus ejemplos de perseverancia y constancia que los han caracterizado y me han impulsado siempre, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien.

Al amor de mi vida Gustavo que con su apoyo incondicional, inmenso amor y ejemplo me enseñó a perseverar para alcanzar mis objetivos y metas propuestas y me impulsó a seguir siempre adelante.

A mis hermanos María Augusta y Agustín, quienes han sido mi pilar fundamental y mi mayor inspiración, por ser un fiel ejemplo de superación y dedicación.

A mi sobrina María Lorena quién es mi motivación, inspiración y felicidad.

A mis abuelitos, cuñado, tíos, amigas y demás familiares por el apoyo que siempre me brindaron día a día en el transcurso de cada año de mi carrera universitaria.

A mi directora de tesis Rocío por su gran apoyo, motivación y su tiempo compartido para impulsar la elaboración de esta tesis.

Lorena Herrera

AGRADECIMIENTO

A Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera y ser mi fortaleza; a la Universidad Técnica Particular de Loja, Titulación de Psicología, por haberme forjado en sus aulas; a mis docentes quienes contribuyeron en mi formación profesional; a mi directora de tesis Rocío Ramírez, que de forma desinteresada me oriento y apporto con sus valiosos conocimientos y sugerencias para poder llevar adelante el trabajo investigativo; a mis amigas Vanelly, Carolina y Gianella por estar siempre en las buenas y en las malas, por el apoyo brindado a lo largo de toda la carrera, y con quienes compartimos el sueño de alcanzar un peldaño más; a todas las personas que hicieron posible que éste trabajo se llevara a efecto.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA	i
APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO 1 CONCEPTUALIZACIÓN Y DESARROLLO DEL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>	6
1.1. Conceptualización del síndrome de burnout	7
1.2. Desarrollo del síndrome de burnout.....	9
CAPÍTULO 2 MANIFESTACIONES Y CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>	12
2.1. Manifestaciones	13
2.2. Consecuencias del burnout.....	14
CAPÍTULO 3 MODELOS EXPLICATIVOS DEL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>	15
3.1. Teoría socio cognitiva del yo.....	16
3.2. Teoría del intercambio social	17
3.3. Teoría organizacional.....	18
CAPÍTULO 4 PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>	20
4.1. Iberoamérica.....	21
4.2. Europa	21
4.2.1. España.....	21
4.2.2. Portugal.....	22
4.3. Latino América	23
4.3.1. Brasil.....	23
4.3.2. Colombia.....	24
4.3.3. Perú	25
4.3.4. México.....	26
4.3.5. Ecuador.....	27
CAPÍTULO 5 VARIABLES ASOCIADAS AL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>	28

5.1. El burnout y el afrontamiento	29
5.1.1. Definición de afrontamiento.	29
5.1.2. Estrategias de afrontamiento.	30
5.1.3. Investigaciones.	31
5.2. El burnout y la relación con el apoyo social.....	32
5.2.1. Definición de Apoyo Social.	32
5.2.2. Dimensiones del apoyo social.	33
5.2.3. Investigaciones.	33
CAPÍTULO 6 METODOLOGÍA.....	34
6.1. Contexto de estudio.....	35
6.2. Diseño de la investigación.....	35
6.3. Objetivos	36
6.3.1. Objetivo general.....	36
6.3.2. Objetivos específicos.	36
6.4. Preguntas de investigación	37
6.5. Muestra de estudio	37
6.5.1. Criterios de inclusión.....	37
6.5.1. Criterios de exclusión.....	38
6.6. Procedimiento.....	38
6.7. Instrumentos	38
6.8. Recursos	41
6.8.1. Humanos.....	41
6.8.2. Técnicos.....	41
CAPÍTULO 7 RESULTADOS	42
7.1. Características de la muestra	43
7.2. Relación entre las variables de estudio y el burnout: análisis correlacional.....	50
7.3. Relación entre las variables de apoyo social, afrontamiento y las dimensiones del burnout.....	51
CAPÍTULO 8 DISCUSIÓN	55
CONCLUSIONES.....	61
RECOMENDACIONES.....	62
PLAN DE INTERVENCIÓN.....	63

BIBLIOGRAFÍA.....	67
ANEXOS.....	78

ÍNDICE DE TABLAS

CAPÍTULO 1

CONCEPTUALIZACIÓN Y DESARROLLO DEL SÍNDROME DE *BURNOUT*

Tabla 1. Modelos de desarrollo del síndrome de <i>burnout</i>	9
---	---

CAPÍTULO 7

RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud	43
Tabla 2. Características laborales de los profesionales de la salud	44
Tabla 3. Percepción del clima laboral de los/as Médicos/as	45
Tabla 4. Percepción del clima laboral de los/as Enfermeros/as.....	46
Tabla 5. Dimensiones del Inventario de <i>burnout</i> de Maslach (MBI) en los profesionales de la salud	47
Tabla 6. Casos de <i>burnout</i> en los profesionales de la salud	47
Tabla 7. Malestar emocional de los profesionales de salud	48
Tabla 8. Estrategias de Afrontamiento (BRIEF-COPE/28) del personal de salud.....	48
Tabla 9. Percepción del apoyo social de los profesionales de salud	49
Tabla 10. Rasgos de personalidad de los profesionales de la salud	50
Tabla 11. Estadísticos descriptivos del <i>burnout</i> y el afrontamiento	50
Tabla 12. Estadísticos descriptivos del <i>burnout</i> y el apoyo social	50
Tabla 13. Correlaciones entre <i>burnout</i> , el apoyo social y el afrontamiento.....	50
Tabla 14. Estadísticos descriptivos de apoyo social y agotamiento emocional.....	51
Tabla 16. Correlaciones entre el apoyo social, afrontamiento y la dimensión de agotamiento emocional	52
Tabla 17. Estadísticos descriptivos del apoyo social y la dimensión de despersonalización	52
Tabla 18. Estadísticos descriptivos del afrontamiento y la dimensión de despersonalización.....	52
Tabla 19. Correlación entre el apoyo social, afrontamiento y despersonalización.....	53
Tabla 20. Estadísticos descriptivos del apoyo social y la dimensión de realización personal.....	53
Tabla 21. Estadísticos descriptivos del afrontamiento y la dimensión de realización personal....	53
Tabla 22. Correlaciones entre el apoyo social, afrontamiento y la dimensión de realización personal	54

RESUMEN

La presente investigación evaluó la prevalencia del *burnout* en relación a las variables moduladoras (apoyo social y afrontamiento), en médicos/as y enfermeras de una institución de salud pública ubicada al norte de la ciudad de Loja. La metodología utilizada fue: método exploratorio, de tipo descriptiva – transversal y correlacional; estableciendo relación con el *burnout*, sus dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal), apoyo social y afrontamiento, con una muestra de accesibilidad, no probabilística y accidental de 46 participantes.

Los resultados obtenidos en la prevalencia del síndrome de *burnout* en médicos/as fue de 12%. En cuanto a las dimensiones los médicos/as presentaron en agotamiento emocional 44%, despersonalización 48% y baja realización personal 52%; por el contrario las enfermeras mostraron en agotamiento emocional 23.8%, 42.9% en despersonalización y 42.9% en baja realización personal; en lo que respecta al apoyo social no existe significancia ni correlación, y en la relación entre afrontamiento y *burnout* se halló una diferencia significativa de $p=.045$ con una correlación de $r=.298$.

Palabras claves: *burnout*, prevalencia, profesionales de salud, afrontamiento, apoyo social.

ABSTRACT

The present research evaluated the prevalence of burnout in relation to the modulatory variables (social support and coping), doctors and nurses in a public health institution located north of the city of Loja. The methodology used was: exploratory, descriptive, correlational and cross-sectional; establishing relationship with burnout its dimensions (emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment) and social support and coping with a sample of accessibility, accidental and non-probabilistic sample of 46 participants.

The results obtained in the prevalence of the syndrome of burnout in doctors as was 12%. In terms of the dimensions the doctors as presented in emotional exhaustion 44%, depersonalization 48% and low personal accomplishment 52%; by contrast the nurses showed in emotional exhaustion 23.8%, 42.9% in depersonalization and 42.9% in low personal accomplishment; with regard to social support there is no significance or correlation, and the relationship between coping and burnout found a significant difference $p = .045$ with a correlation of $r = .298$.

Keywords: *burnout*, prevalence, health professionals, coping strategies, social support.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad se conoce al *burnout* como un tipo de estrés que se da en cualquier trabajo, el mismo que se caracteriza por presión laboral que provoca saturación psicológica o física, generando de esta manera malestar en su desempeño en el trabajo o en su salud (Maslach, 1993).

Todo tipo de trabajo produce en mayor o menor grado estrés. Sin embargo es conocido que en trabajos que requieren brindar cuidado, apoyo y orientación el desgaste es mayor (Chacón y Grau, 1997). Por lo tanto, las personas que laboran en el ámbito de la salud sufren un deterioro importante o altos niveles de estrés dado la naturaleza de las actividades que realizan.

En los últimos años se ha extendido el estudio del síndrome de *burnout* y de sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal) a nivel local, nacional e internacional y se han ejecutado numerosas investigaciones en relación al síndrome y personal médico y de enfermería (Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga, 2009). De esta manera Ballester-Arnal, Gómez-Martínez, Gil-Juliá, Ferrándiz-Sellés, y Collado-Boira (2016) realizan un estudio en profesionales sanitarios mostrando una prevalencia del síndrome de 3%, en agotamiento emocional 31.1%, despersonalización 45.8% y baja realización personal 29.9%. Por otra parte, Falgueras et al. (2015) en su estudio reveló mayor prevalencia en *burnout* con un 17.2%, y menor en cuanto a sus dimensiones, es decir que 23.8% presentó despersonalización, el 38.2% agotamiento emocional y en baja realización personal se obtuvo un 7.7%. En la investigación elaborada por Pereira, Teixeira, Carvalho, y Hernández-Marrero, (2016) presentaron nivel alto de *burnout* 27% de los participantes, 60% mostraron despersonalización en alto nivel, 62% en agotamiento emocional y en baja realización personal 38%. Estos estudios concluyen que la afectación del síndrome se da a nivel personal y profesional de manera física y psíquica, afectando de esta forma el desempeño laboral y seguridad de los pacientes.

Lo que se ha mencionado anteriormente nos permite comprender cuán importante es abordar esta temática. Por lo tanto, la presente investigación identificará la prevalencia del síndrome de *burnout* en personal de salud y conjuntamente se investigará las variables asociadas al desarrollo del mismo, debido al aumento de casos y gravedad en los últimos tiempos.

Debido a la escasas de estudios en la actualidad en la ciudad de Loja dentro de esta investigación he planteado los objetivos de identificar la prevalencia del síndrome de *burnout* y

su relación con variables moduladoras (apoyo social y afrontamiento), determinar las características sociodemográficas, laborales, de salud mental y rasgos de personalidad e identificar los niveles de las dimensiones del *burnout* (despersonalización, agotamiento emocional y realización personal) en médicos/as y enfermeras de una institución de salud pública ubicada al norte de la ciudad de Loja durante el año 2016-2017 a través de la aplicación de diferentes instrumentos.

Este estudio consta de siete apartados: marco teórico, metodología, resultados, discusión, conclusiones, recomendaciones y referencias.

En la sección de *marco teórico* en el primer capítulo se describe la conceptualización y desarrollo del síndrome de *burnout*, en el segundo capítulo se explican las manifestaciones y consecuencias del *burnout*, en el tercero se detalla los modelos explicativos, en el cuarto la prevalencia del síndrome a nivel internacional y nacional y en el quinto las variables moduladoras (apoyo social y estrategias de afrontamiento) asociadas al síndrome de *burnout*.

En *metodología* se expone el método que se utilizó en el presente estudio que fue el exploratorio de tipo descriptivo-transversal y correlacional, cuyos objetivos planteados fueron: identificar la prevalencia del síndrome de *burnout*; determinar las características sociodemográficas, laborales, de salud mental, rasgos de personalidad; identificar los niveles de las tres dimensiones del síndrome de *burnout* (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal); determinar la relación entre el *burnout* y sus dimensiones y el apoyo social; y determinar la correlación entre *burnout* y sus dimensiones y el afrontamiento. Con una muestra de accesibilidad, no probabilística y accidental de 46 participantes, y los cuestionarios utilizados para la recolección de datos fueron: sociodemográfico y laboral AD-HOC, Maslach *burnout* Inventory (MBI), Salud General (General Health Questionnaire [GHQ-28]), escala multidimensional de evaluación de los estilos de afrontamiento (BRIEF-COPE/28), cuestionario MOS de apoyo social, y personalidad de Eysenck Revisado-Abreviado (Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated [EPQR-A]).

En *resultados* se realiza una descripción de las características sociodemográficas como edad, sexo, número de hijos, etnia y estado civil; laborales como ingresos mensuales, experiencia profesional, sector en el que labora, tipo de contrato que posee, si trabaja en turnos; y clínicas (salud mental y rasgos de personalidad) de los participantes; la prevalencia del *burnout* que fue de 12% en médicos/as y en enfermeras no se identificó; y de sus tres dimensiones que son:

agotamiento emocional con un 44% y 23.8%, despersonalización 48% y 42.9% y baja realización 52% y 42.9% en médicos/as y enfermeras respectivamente; y la correlación existente entre el *burnout* y sus dimensiones con el apoyo social; y el *burnout* y las dimensiones y el afrontamiento.

En el apartado de *discusión* se compara y contrasta los resultados obtenidos del presente trabajo con los resultados de otras investigaciones que se relacionen con el tema de estudio, se toman en cuenta las restricciones de la investigación y se evalúa y califica las implicaciones de los resultados en función de lo que establecen las preguntas de investigación.

En *conclusiones y recomendaciones*, se exponen las principales conclusiones que se obtuvieron mediante la realización y aplicación de los distintos instrumentos en el presente estudio y recomendaciones hacia la institución en la que se realizó el estudio con el fin de minimizar la prevalencia y prevenir este síndrome en el personal que labora en la entidad, de manera especial en médicos/as y enfermeras. Y por último, el apartado de *bibliografía* contiene las publicaciones y referencias que han facilitado y servido de apoyo para el desarrollo de la esta investigación.

CAPÍTULO 1
CONCEPTUALIZACIÓN Y DESARROLLO DEL SÍNDROME DE *BURNOUT*

1.1. Conceptualización del síndrome de *Burnout*

El término "*burnout*" ha sido manejado en el idioma anglosajón y estudiado por varios teóricos que han laborado en el área del estrés laboral. Este vocablo no posee una única definición, al contrario sus traducciones al castellano han sido numerosas: estar quemado, estrés laboral asistencial, desgaste profesional, sentirse agotado, entre otros.

La palabra *burnout* se contextualiza en el ámbito psicológico por primera vez por Freudenberger (1974), psiquiatra norteamericano el mismo que describió cómo los voluntarios que laboraban en la Free Clinic para toxicómanos en Nueva York se volvían menos sensibles y agresivos con los pacientes, llegando a tratarlos de manera distante y de esta manera culpándolos de los problemas que padecían, lo cual causaba un deterioro de los cuidados que les ofrecían y de la atención profesional.

El *burnout* se define como efecto de debilidad, desilusión y desgaste de intereses por actividades del trabajo, que se dan en la mayoría de los casos en profesionales que brindan servicios que tienen contacto directo con personas (Freudenberger, 1974).

En el ámbito académico la conceptualización más utilizada es la establecida por Maslach y Jackson (1986), que definen el *burnout* como un proceso de desgaste progresivo de responsabilidad y falta de interés con los pares dentro de la psicología social (Maslach, 1993). Bajo la conceptualización de estos autores se establecen tres dimensiones las cuales son: *agotamiento emocional* se refiere a sentimientos de estar excesivamente esforzado y no poseer recursos emocionales y físicos; *despersonalización* es decir una respuesta negativa o indiferente a varios aspectos del trabajo; y por último *baja realización personal* que se manifiesta con sentimientos de incapacidad para el rendimiento en el trabajo.

Por otra parte Álvarez Gallego y Fernández Ríos (1991) expresan que el síndrome de "*burnout*" o "estar quemado" es una manifestación sobre un evento que ocasiona estrés en la persona, el mismo que agota la capacidad de reacción de forma adaptativa, dando como resultado la existencia de un conflicto o desajuste entre el puesto de trabajo y el sujeto.

En otras palabras, el estrés está relacionado con un sinnúmero de situaciones que pertenecen a la vida cotidiana y el *burnout* es sólo una de las formas que tiene de progresar el estrés laboral.

No obstante, Jiménez y Puente (1999) realizan una diferenciación entre estrés y *burnout*, expresando que el estrés se relaciona con varias circunstancias de la vida cotidiana; mientras que el síndrome de *burnout* es una respuesta desmotivadora hacia el trabajo que ejercen, más no como una sobrecarga del mismo, es un proceso asociado a la desmotivación cognitiva y emocional, la cual conlleva a abandonar actividades de interés que fueron importantes para la persona.

Por el contrario, Mingote Adán y Pérez Corral (1999) conceptualizan al síndrome de *burnout* como “fracaso adaptativo individual por desgaste y agotamiento de recursos psicológicos para el afrontamiento de las demandas que requiere el trabajo con personas, produciendo un desequilibrio prolongado en el tiempo entre exigencias laborales excesivas y limitados recursos de afrontamiento” (p.30).

Gil-Monte (2002) define que el *burnout* es una respuesta al estrés laboral crónico formado por sentimientos y actitudes perjudiciales hacia los pares o si mismo que se desencadenan por estar agotado emocionalmente. La presentación de este síndrome es muy frecuente en profesionales de la salud con sus pacientes o en profesionales que laboran en contacto continuo con personas.

Por otro lado, se define el termino *burnout* como la reacción a las exigencias y presiones laborales desconocidas que obstaculizan la capacidad de las personas para enfrentarlas; por consiguiente las consecuencias de este síndrome dan lugar a ausentismo, baja laboral, rotación dentro del trabajo, además de la disminución de la salud mental, física, problemas psicológicos y trastornos psiquiátricos (Stavroula, Griffiths y Cox, 2004).

Así mismo para Álvarez (2011), el *burnout* es además conocido como síndrome de desgaste profesional u ocupacional, el mismo que se origina como una respuesta a presiones constantes que padece una persona ante factores estresores interpersonales y emocionales que tienen relación con su empleo.

Igualmente para Carrillo-Esper, Gómez y Espinoza de los Monteros (2012), se conceptualiza al *burnout* como una sensación de desilusión o agotamiento debido a estresores personales, laborales o emocionales; comienza con una carga emocional que conlleva al agotamiento de la persona, el mismo que empieza a mostrar conductas de alejamiento con el usuario, lo que hace dudar del profesionalismo y competencia de la persona, es por lo cual que se especifica a este

síndrome como multidimensional porque está acompañado de síntomas no solo físicos sino emocionales.

En otras palabras el *burnout* es un síndrome tridimensional que se lo visualiza como una respuesta al estrés provocado en el trabajo el cual afecta tanto física como psicológicamente a al sujeto que lo posee, provocando conflictos laborales y personales.

1.2. Desarrollo del síndrome de *burnout*

Desde una perspectiva psicosocial se puede distinguir el orden por el cual se van presentando los síntomas del síndrome de *burnout*; una de las diferencias más importantes es poder identificar el primer indicio que se da como respuesta a los estresores, en la continuación sucesiva del *burnout* y en la definición de los mecanismos de defensa que el trabajador utiliza en este síndrome (Sandoval, 2000).

En la tabla 1 se detallan modelos para comprender la aparición de las dimensiones del *burnout* en la misma se va a poder visualizar sus características, orden de aparición y definición según la perspectiva de autores como Golembiewski, Muzenrider y Carter (1983); Leiter y Maslach (1988); Leiter (1993); Lee y Ashforth (1993); Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995).

Tabla 1. Modelos de desarrollo del síndrome de *burnout*

Autor	Año	Fases
Golembiewski, Muzenrider y Carter	1983	<ol style="list-style-type: none"> 1. Despersonalización, que se entiende como una forma errónea de afrontar el estrés. 2. Baja Realización personal en el trabajo adquiriendo sentimientos de baja autoestima e incapacidad para sobrellevar el estrés percibido. 3. Agotamiento emocional, el mismo que se refiere a estar desgastado y poseer debilitación tanto psíquica o físicamente.
Leiter y Maslach	1988	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cansancio emocional es el elemento central del síndrome, definiéndose como la sensación de no poder proveer más de sí mismo causando una decadencia laboral. 2. Despersonalización hacia personas que deben de atender, que

surge del manejo inadecuado de sentimientos constantes de cansancio emocional.

3. Baja realización personal que conlleva a la pérdida de compromiso laboral que se da al evidenciar que la carga laboral que se le impone es excesiva para la persona y no puede desarrollarla apropiadamente.

- Leiter 1993
1. Sentimientos de cansancio emocional son la respuesta inicial a estresores laborales.
 2. Cuando es crónico el estrés aparecen actitudes de Despersonalización como una manera de sobrellevarlos.
 3. Baja realización personal que surge como resultado inmediato de estresores del trabajo.

- Lee y Ashforth 1993
1. Agotamiento emocional que es un mecanismo de defensa que se activa cuando no se puede controlar o asimilar situaciones estresantes. Como consecuencia de este sentimiento de agotamiento emocional aparecen seguidamente:
 2. Despersonalización es una forma de afrontamiento la cual resguarda al empleado del agotamiento y decepción
 3. Falta de realización personal, la misma que se da por sentimientos de frustración hacia tareas encomendadas que no puede ejecutar.

- Gil-Monte, Peiró y Valcárcel 1995
1. Bajos sentimientos de realización personal, que se refiere a la pérdida de ideales tanto laborales como personales.
 2. Sentimientos elevados de agotamiento emocional que es un desgaste profesional que lleva al sujeto a un agotamiento de la mente y el cuerpo.
 3. Despersonalización como estrategia de afrontamiento ante la experiencia usual de las otras dimensiones.

Adaptado de: Golembiewski, Muzenrider y Carter (1983); Leiter y Maslach (1988); Leiter (1993); Lee y Ashforth (1993); Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995).
Elaboración: Lorena Herrera (2017).

Dentro del primer modelo presentado por Golembiewski, Muzenrider y Carter en 1983, se explica que el síntoma que se desarrolla principalmente es la despersonalización, luego se presenta la baja realización personal y al final, a largo plazo, síntomas de agotamiento emocional. Para estos autores la secuencia es correcta debido a que los trabajadores optimizan sus sentimientos de realización personal cuando tratan a los demás como si fueran objetos; detallan además que para que este síndrome se presente no es crucial que deba pasar por todas las etapas, al contrario, por las fases que crucen se podrá determinar entre un nivel crónico o agudo.

En el modelo de Leiter y Maslach (1988), se determina que el agotamiento emocional se da como respuesta a estresores que se presenten en el trabajo, siendo de esta manera el elemento central del síndrome de *burnout*, seguidamente se presentan actitudes de despersonalización hacia los pacientes conllevando a desgastar su responsabilidad laboral. Mencionan también que la dimensión de despersonalización es intermediaria entre la baja realización personal y el agotamiento emocional.

Con respecto al tercer modelo presentado por Leiter en 1993, se destaca que ante la aparición de un estresor los sentimientos de agotamiento emocional surgen como una respuesta inicial y cuando estos aumentan, al punto de convertirse en usuales, se desarrolla la despersonalización como una manera de lidiar con estos conflictos. Para este autor la despersonalización no es mediadora entre la baja realización personal y el agotamiento emocional dentro del ámbito laboral.

En referencia al modelo presentado por Lee y Ashforth (1993), especifican que como resultado de la aparición de sentimientos de agotamiento emocional surgen la despersonalización y baja realización personal dentro del trabajo; y de manera similar con el modelo presentado con anterioridad detallan que no consideran a la despersonalización como variable intermediaria.

Gil-Monte, Peiró y Valcárcel en 1995, proponen un modelo en el cual se integra el papel de las emociones y cogniciones como mediadoras entre las respuestas conductuales y actitudinales de los trabajadores y el estrés percibido. Estos autores indican que el síndrome de *burnout* inicia con sentimientos de baja realización personal en el ámbito laboral y al mismo tiempo sentimientos elevados de agotamiento emocional y siguiendo a estos sentimientos aparece la despersonalización como una estrategia de afrontamiento.

CAPÍTULO 2

MANIFESTACIONES Y CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE *BURNOUT*

2.1. Manifestaciones

Para Chermis (1980), el *burnout* se desarrolla como un proceso de adaptación psicológica entre el trabajo estresante y el empleado estresado, el mismo que consta de tres períodos: el primero es el de estrés en el que se da una irregularidad entre los recursos del trabajador y las demandas del trabajo; el segundo es el agotamiento que consta de respuestas usuales de tensión, fatiga, preocupación y ansiedad; y el último periodo el de agotamiento defensivo se presentan variaciones en la conducta del empleado de carácter nocivo.

Según Albee (2000), existen condiciones como ambiente laboral, carencia de definición del puesto de trabajo, falta de seguridad en el empleo, frustración o manejo inadecuado del estrés, confusión entre las prioridades y las expectativas laborales, que pueden generar *burnout*.

Álvarez (2011), manifiesta que la presentación del síndrome de *burnout* es más frecuente en profesiones que tienen contacto directo con otras personas (pacientes o clientes) debido a la existencia de demasiada carga horaria en el trabajo, excesivo nivel de exigencia en el puesto laboral, ausencia de recursos, objetivos distintos de la persona con respecto a la organización generando frustración y altos niveles de estrés, creación de falsas expectativas referentes al puesto de trabajo. Además la comparación entre pares, ausencia de apoyo en situaciones estresantes y temor a la crítica hace que los trabajadores no busquen ayuda, lo que conlleva a aumentar el sentido de despersonalización y baja realización personal, que conjuntamente con el agotamiento emocional producen este síndrome. Desde una perspectiva organizacional las demandas descomunales de trabajo presentando como características o síntomas el cansancio, ansiedad, desgaste profesional, fatiga, pérdida de autonomía y control, irritabilidad y confusión en los trabajadores, dan como resultado la generación de despersonalización y pérdida de empatía con los usuarios o con los pares y de esta forma producen el *burnout*.

Por otro lado Winnubst (1993), supone que cuando una organización se maneja con reglas demasiado rígidas al igual que sus métodos de trabajo, propician rutina, falta de control y monotonía sus empleados son más propensos a la generación del *burnout*, mientras que, en empresas en las que exista burocracia y se fomente la creatividad y autonomía de sus trabajadores la probabilidad de aparición del síndrome disminuye.

En conclusión existen varios aspectos o condiciones que aumentan los niveles de estrés, mismos que afectan a los trabajadores tanto en su desempeño laboral como en el trato con sus pacientes debido al manejo inadecuado de estresores distinguidos.

2.2. Consecuencias del *burnout*

Las consecuencias que sufre la empresa al conocer que sus empleados se ven afectados por el síndrome de *burnout* son las siguientes: deterioro de la calidad de vida laboral de sus trabajadores, disminución de la calidad asistencial, elevado ausentismo laboral, abandono de la organización y/o puesto de trabajo, escasa satisfacción laboral, aumento de problemas con clientes, pares y superiores, ambigüedad y conflicto de rol, y falta de interés por realizar actividades del trabajo (Gil-Monte y Peiró, 1997).

La afectación que tiene este síndrome sobre el ambiente laboral es que se reduce la productividad y calidad de la función que desarrolla el empleado, disminución de las relaciones con los pares, actitud negativa hacia los clientes o pacientes, deserción laboral, baja tolerancia para sobrellevar conflictos de cualquier índole, poco sentido de realización personal, entre otros (Álvarez, 2011).

Con respecto a las consecuencias que padece el sujeto, se las clasifica en cuatro clases, estas son:

- a) Índices conductuales: cambios bruscos de humor, agresividad, irritabilidad, aislamiento, la persona se molesta con frecuencia y además grita constantemente.
- b) Índices emocionales: sentimientos de soledad, impotencia, alineación, superioridad, ansiedad y desapego emocional.
- c) Índices somáticos: problemas respiratorios como resfriados muy frecuentes, crisis de asma, entre otros, alteraciones cardiovasculares tales como hipertensión, palpitaciones, etc., problemas musculares como dolor de espalda, rigidez muscular, agotamiento, problemas inmunológicos tales como alergias y mayor frecuencia de contraer infecciones, problemas sexuales, alteraciones el sistema nervioso, es decir, depresión, dolores de cabeza e insomnio, y problemas digestivos como gastritis, diarrea, úlceras, náuseas, etc.
- d) Índices actitudinales: comprenden cinismo, suspicacia, actitudes negativas y hostilidad (Álvarez, 2011; Gil-Monte y Peiró, 1997).

En síntesis se puede explicar que la persona posee un sinnúmero de manifestaciones laborales, individuales, de conducta, de tipo somáticas, actitudinales y emocionales, las cuales afectan el desempeño dentro del trabajo generando insatisfacción, problemas con sus compañeros y clientes hasta llegar al abandono del puesto.

CAPÍTULO 3

MODELOS EXPLICATIVOS DEL SÍNDROME DE *BURNOUT*

Según Gil-Monte y Peiró (1997) los modelos construidos para comprender el síndrome de *burnout* desde consideraciones psicosociales se pueden clasificar en cuatro grupos, los cuales se basan en la teoría cognitiva del yo, teoría del intercambio social, teoría organizacional y teoría estructural.

3.1. Teoría socio cognitiva del yo

Dentro de esta primera teoría existen varios autores (Cherniss, 1993; Harrison, 1983; Pines, 1993; y Thompson, Page y Cooper, 1993) que se centran en las variables basadas en uno mismo como la autoconfianza, autoeficacia y autoconcepto que según su perspectiva son eje principal para la explicación del síndrome, a continuación se presentara cada modelo dentro de los cuales vamos a comprender que característica es la primordial desde su punto de vista.

- **Modelo de Harrison desarrollado en 1983**

La motivación es el mayor determinante para que el trabajador sea eficaz, de este modo mientras más motivado se encuentre la persona será mayor su eficacia laboral. Cuando los empleados encuentran barreras en lo que están realizando su eficacia disminuye de tal manera que no logran alcanzar los objetivos propuestos. Al prolongarse estos sentimientos surge el Síndrome de *burnout* o Quemarse por el Trabajo. El autor indica que este modelo es aplicable a personas que han desarrollado perspectivas altas sobre el logro de sus objetivos laborales, ayudando de esta manera a los otros en circunstancias en las cuales se requiera más que motivación para alcanzar el éxito.

- **Modelo de Cherniss desarrollado en 1993**

Cuando un trabajador percibe sentimientos de éxito en la ejecución de una tarea se compromete más en la labor que desempeña, incrementando su autoestima y haciendo que alcance objetivos que requieren de un mayor esfuerzo, aumentando de esta forma la satisfacción laboral y motivación. En el caso de que la persona no logre alcanzar el éxito, se acrecienta su apatía, se vuelve materialista, es desinteresado, utiliza mecanismos de defensa para preservar su autoconcepto, tiene conflictos con la empresa hasta llegar al punto de abandonar su puesto de trabajo. Para Cherniss los sujetos que padecen menos estrés en situaciones amenazantes son los que poseen altos sentimientos de autoeficacia.

- **Modelo de Thompson, Page y Cooper diseñado en 1993**

Los autores muestran que existen cuatro variables motivantes del síndrome: dentro de la primera están las diferencias entre las demandas del trabajo y los recursos que tiene la persona; la segunda es la autoconciencia, en la tercera se encuentran las expectativas del sujeto sobre el éxito y en la cuarta se descubren sentimientos de autoconfianza. En este modelo juega un papel importante la autoconciencia, que es la capacidad que posee la persona para autorregular los niveles de estrés distinguidos durante la ejecución de una tarea. En lo referente a lo antes mencionado, si un empleado posee elevada autoconciencia sus experiencias de estrés van a ser mayores a las de una persona con autoconciencia baja.

3.2. Teoría del intercambio social

Estos modelos proceden de la teoría de la equidad o teoría de la conservación de recursos y añaden que el *burnout* inicia cuando las personas distinguen que tienen más aportaciones y reciben pocos beneficios a cambio del esfuerzo y compromiso personal en el trabajo, y de esta forma, no están preparados para afrontar de la manera más adecuada una situación, es por ello que presentan sentimientos de quemarse por el trabajo (Gil-Monte y Peiró, 1997). A continuación con los modelos ejecutados por Buunk y Schaufeli (1993) y Hobfoll y Fredy (1993) se habla de los diferentes estresores que percibe un sujeto para que se dé la aparición del este síndrome.

- **Modelo de Buunk y Schaufeli elaborado en 1993**

Los autores realizan este modelo basándolo en personal de la salud, con el cual establecen que este síndrome posee dos etiologías, la primera se fundamenta en los procesos de intercambio social con los pacientes y la segunda en los proceso de afiliación con los pares.

Buunk y Schaufeli (1993) establecen tres variables estresoras significativas para la identificación del síndrome, estas son: la falta de control que se describe como la probabilidad que posee la persona de controlar los consecuencias de sus tareas en el trabajo, percepción de equidad la cual determina el equilibrio que percibe el sujeto entre lo que reciben las personas y dan en sus relaciones interpersonales y por último la incertidumbre que hace referencia a la carencia de claridad de cómo actuar sobre lo que la persona piensa y siente. En lo que respecta a los métodos de afiliación social y comparación con los pares, estos autores expresan que el apoyo brindado por los compañeros de trabajo puede resultar contraproducente debido a que estas interacciones amenazan la autoestima de los empleados.

➤ **Modelo de Hobfoll y Fredy creado en 1993**

Para la realización de este modelo parten de la teoría desarrollada por Hobfoll en 1989, la misma que explica que el estrés emerge cuando las personas descubren que lo que les motiva (recursos que posee la persona) los está amenazando o frustrando de alguna forma. La inseguridad que presentan los trabajadores sobre sus habilidades para alcanzar el éxito es provocada por estresores. Del mismo modo estos autores manifiestan que para los profesionales es más importante poseer recursos en niveles bajos que extras por lo que estos se esfuerzan persistentemente con fin de salvaguardarse de la pérdida de recursos; ésta pérdida se supone de mayor importancia que la ganancia en la aparición del *burnout*.

3.3. Teoría organizacional

En esta teoría, la característica principal en la cual se basan los siguientes modelos es la relevancia que los estresores tienen en el contexto de la organización o empresa y las estrategias de afrontamiento que se utilizan ante el síndrome de quemarse en el trabajo (Gil-Monte y Peiró, 1997).

▪ **Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter desarrollado en 1983**

Para los autores el síndrome de *burnout* es una respuesta al estrés laboral que consta de tres dimensiones: despersonalización, baja realización personal y agotamiento emocional. Estos investigadores afirman que el estrés se da primordialmente por sobrecarga en el trabajo y carencia de rol; en estas situaciones los empleados sienten pérdida en cuanto a su autonomía, lo que los lleva a tener estados de fatiga e irritabilidad y una gran disminución de autonomía. También explican que las personas que presentan *burnout* desarrollan estrategias de afrontamiento, las cuales llevan a mantener un distanciamiento con la organización, si este es negativo se correlaciona con la despersonalización, pero si es positivo asume características constructivas.

Para Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983), a diferencia de otros autores, el *burnout* se puede desarrollar no solo en profesionales que tengan contacto directo con usuarios o clientes, sino, en cualquier otro tipo de profesionales.

▪ **Modelo de Cox, Kuk y Leiter diseñado en 1993**

Este modelo estudia el *burnout* desde la perspectiva del estrés laboral, indicando que la salud se determina por la integración de sistemas psicosociales en la empresa y por la manera en

que sus empleados perciben coherentemente sus políticas, estructura y procedimientos. En referencia con los autores, este síndrome se entiende como una respuesta al estrés laboral que aparece en el momento que las estrategias de afrontamiento no son las correctas para el control del estrés y los efectos que presenta sobre el trabajo y la persona. Los sentimientos que muestra el trabajador como formas de afrontamiento como la ansiedad, cansancio, tensión, confusión, amenaza y debilidad son la manera en que el sujeto se realiza una autoevaluación para darse cuenta de los efectos que tienen sobre sí mismo y la situación por la que está pasando.

- **Modelo de Winnubst elaborado en 1993**

El síndrome de *burnout* es resultado de una tensión emocional crónica derivada del estrés laboral provocada por un sentimiento de agotamiento emocional, mental y físico. El modelo que plantea toma en consideración el apoyo social en el trabajo y las relaciones entre la cultura, clima y estructura organizacional como condiciones del síndrome. Se asevera que este síndrome aqueja a todo tipo de profesionales, es por eso que este modelo plantea que depende del apoyo social y de la estructura organizacional para la existencia del síndrome, debido a que, se manifiesta que a partir del apoyo social se influye en las disfunciones de la empresa siendo la misma una variable primordial para la intervención del *burnout*.

Para concluir existen varios modelos que desde diferentes perspectivas explican a través de qué proceso o de qué manera los trabajadores llegan a experimentar el síndrome de *burnout*, basándose en teorías del yo, intercambio social y organizacional.

CAPÍTULO 4

PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE *BURNOUT*

Todo tipo de trabajo produce en mayor o menor grado estrés. Sin embargo es conocido que en trabajos que requieren brindar cuidado, apoyo y orientación el desgaste es mayor (Roger y Abalo, 1997). Por lo tanto, las personas que laboran en el ámbito de la salud sufren un deterioro importante o altos niveles de estrés dado la naturaleza de las actividades que realizan.

Los profesionales vinculados al ámbito de salud afrontan una tarea complicada en la que influyen diversas situaciones: horarios irregulares, burocratización e individualismo en las instituciones sanitarias, alta implicación, contacto con enfermos, frustración de no poder curar, conflicto y ambigüedad de rol. El estrés que experimenta el personal vinculado a la salud incide directamente en ámbitos físicos, psicológicos y aquellos relacionados al desempeño laboral. Además cabe recalcar que se producen importantes afectaciones en otros aspectos, uno de ellos es la calidad y tratamiento que reciben los pacientes. Lo que en definitiva influye intensamente en la eficacia de los servicios sanitarios. Es por ello la relevancia de la investigación de esta temática en la mencionada muestra de estudio, debido a que en la actualidad afecta no solo el bienestar psicológico sino el laboral (Ortega y López, 2004).

4.1. Iberoamérica

Dentro de esta temática se han realizado diversos estudios a nivel mundial, los cuales muestran la alta prevalencia del síndrome de *burnout* en personal de la salud, uno de ellos es el realizado a nivel de Iberoamérica cuyos participantes fueron 11.530 profesionales de la salud y sus resultados más notables son:

En España se obtuvo un 14.9%, en Argentina fue 14.4%, Uruguay 7.9%, México 4.2%, Perú 4.3%, Colombia 5.9%, Guatemala 4.5% y El Salvador 2.5% y en Ecuador se presentó una prevalencia menor con respecto a los otros países que fue de 4%. En lo que respecta al tipo de profesión, el personal de enfermería obtuvieron una prevalencia de 7.2%, mientras que los médicos 12.1% (Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga, 2009, p.5).

4.2. Europa

4.2.1. España.

En una investigación realizada en Barcelona por Falgueras et al. (2015) en la que participaron 879 profesionales de atención primaria, cuyos resultados fueron: Prevalencia del síndrome de *burnout* en general de 17.2%; en cuanto a las dimensiones el 23.8% presento

despersonalización, el 38.2% agotamiento emocional y en baja realización personal se obtuvo un 7.7%.

En Lugo, España se ejecutó un estudio con 233 enfermeras de las unidades Quirúrgicas, Urgencias, Us. Médicas, S. Especiales, Quirófano, S. Centrales, Pediatría y Psiquiatría y los resultados que mostraron fueron: 9.4% prevalencia de *burnout*, 60.5% alto nivel de cansancio emocional, 30.9% alto nivel de despersonalización y 29.6% bajo nivel de realización personal. Dentro de estos resultados obtenidos por áreas Urgencias obtuvo el 27.3% de prevalencia en *burnout*; 22.7% U. Médicas; 18.2% Quirúrgicas y 13.6% Quirófano (Beloy et al., 2010).

Se realizó además otro estudio en el Hospital General Universitario de Castellón, España en el cual participaron 177 profesionales sanitarios de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), que mostraron una prevalencia del síndrome de 3%, y en lo referente a las escalas, en despersonalización en un nivel alto se obtuvo 45.8%, medio 19.6% y bajo 34.6%; en agotamiento emocional en nivel alto 31.1%, medio 23.6% y bajo 45.3; mientras que en realización personal en el nivel bajo 29.9%, medio 33% y alto 37.1% (Ballester-Arnal, Gómez-Martínez, Gil-Juliá, Ferrándiz-Sellés, y Collado-Boira, 2016).

Por otra parte Martín (2015), ejecuto un estudio con 52 participantes pertenecientes al personal de enfermería en el Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España para conocer la incidencia del *burnout* y sus factores que afectan al mismo, cuyos resultados fueron: 66.6% en prevalencia del síndrome; en referencia a las dimensiones, en despersonalización se obtuvo 59%; cansancio emocional fue del 58.5%, y en baja realización personal 65%.

Ahora bien en una investigación efectuada por De La Cruz De Paz (2014), a 50 profesionales de enfermería, en una unidad del área de Emergencia del Hospital Universitario del Río Hortega en España, con el fin de determinar el predominio de *burnout* en sus empleados, cuyos resultados fueron los siguientes: “14% con *burnout*, 40% en despersonalización, 42% agotamiento emocional y en baja realización personal 44%” (p.26).

4.2.2. Portugal.

Se han realizado diversas investigaciones acerca del síndrome de *burnout*, una de ellas es la elaborada por Sandra et al. (2014), a una muestra de 88 profesionales de la salud (médicos y enfermeras) de la Unidad de Cuidados Paliativos en Portugal, y sus resultaron

mostraron que “3% tiene *burnout*, 2% nivel alto de despersonalización, agotamiento emocional 16% y en baja realización personal 30%” (p.59).

También se hizo una investigación con una muestra de 150 médicos de familia (FDS) que laboran en el Sistema Nacional de Salud Portugués, con el fin de determinar la prevalencia del *burnout*, y sus resultados son: “2% con *burnout*, en cuanto a las dimensiones se obtuvo 16.2% en despersonalización, 25.3% en agotamiento emocional y en baja realización personal 16.7%” (Marcelino et al., 2012, p.2).

Además Teixeira, Ribeiro, Fonseca y Carvalho (2013), para demostrar la incidencia del síndrome de *burnout* y factores de riesgo en Unidades De Cuidados Intensivos de Portugal ejecutaron un estudio con 300 profesionales de la salud, entre ellos 82 médicos y 218 enfermeras, y sus resultados fueron los siguientes: “31% con síndrome; en lo que respecta a las dimensiones, en despersonalización se obtuvo 27%, agotamiento emocional 33% y en baja realización personal 23%” (p.4).

Ahora bien Pereira, Teixeira, Carvalho, y Hernández-Marrero (2016) efectuaron un estudio dirigido a 355 profesionales de medicina y enfermería que laboran en Unidades de Cuidados Intensivos y Unidades de Cuidados Paliativos de Hospitales Estatales del norte de Portugal con el fin de verificar la existencia de *burnout*, cuyos resultados se los detalla a continuación: “27% de los participantes presentaron nivel alto de *burnout*, 60% en nivel alto de despersonalización, 62% en agotamiento emocional y en baja realización personal 38%” (p.7).

4.3. Latino América

4.3.1. Brasil.

Larrosa Freire, Puchalski Trentin y De Ávila Quevedo (2016) ejecutaron un estudio a 198 anesthesiólogos del sur de Brasil con el fin de evaluar la prevalencia del síndrome, y sus resultados fueron: “presentaron *burnout* un 48.7% de los participantes, 41.3% en despersonalización, el 26.9% agotamiento emocional alto, y en baja realización personal 32.7%” (p.413).

Del mismo modo Sarmiento, et al. (2015) elaboraron una investigación en 194 profesionales de la Red de Atención Primaria en la ciudad de Aracaju, Brasil con el objetivo de evaluar la prevalencia del síndrome de *burnout*, cuyos resultados mostraron que “7% posee

burnout, 43% presentaron alto nivel de agotamiento emocional, baja realización personal 32% y despersonalización 17%” (p.3014).

Así mismo en otro estudio para investigar el *burnout* ejecutado en las instalaciones de atención de la salud pública en el municipio de la ciudad de João Pessoa, Paraíba, Brasil, en 45 enfermeras de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) de Salud del Distrito III, se obtuvieron los siguientes resultados: “con síndrome de *burnout* 11.1%, despersonalización 11.1%, baja realización personal 11.1% y agotamiento emocional 53.3%” (Holmes, Dos Santos, Farias, y Costa, 2014, p.1388).

Igualmente Assis Tavares, De Oliveira Souza, Da Silva, y Fonseca Kestenberg (2014) realizaron una investigación en el Hospital Universitario en Río de Janeiro a 48 residentes de enfermería con el fin de conocer la incidencia del síndrome de *burnout* y sus resultados fueron: “20.83% demuestran la existencia del síndrome, baja realización personal 66.6%, despersonalización 33.33% y 33.33% en agotamiento emocional” (p.262).

4.3.2. Colombia.

Se elaboró un estudio en el cual participaron 184 profesionales de la salud de centros de atención ambulatoria (2) y una entidad privada de la ciudad de Bogotá, en los cuales se pudo evidenciar que “2.2% de los profesionales muestran prevalencia de *burnout*, en baja realización personal 7.6%, despersonalización 16.8% y en agotamiento emocional 20.7%” (Rodríguez Paipilla, Rodríguez Gómez, Riveros Gutiérrez, Rodríguez D’Luyz, Pinzón Salamanca, 2011, p.57).

Por otra parte Berdejo (2014) ejecutó otro estudio con el fin de conocer la prevalencia del síndrome de *burnout* en 133 médicos residentes de la Universidad Nacional de Colombia, y sus resultados fueron los siguientes: “78.9% con *burnout*, en lo que respecta a las dimensiones, en baja realización personal se obtuvo 10.5%, en despersonalización 36% y en agotamiento emocional 51.1%” (p.60).

Igualmente Henao, Strauss, Moreno, y Molina (2014) realizaron un estudio a 300 profesionales de la salud de cuatro Instituciones Sanitarias de Florencia (Caquetá, Colombia), y sus resultados mostraron que “no existe prevalencia notable en el síndrome de *burnout*, pero en las dimensiones que evalúa el Inventario de *burnout* de Maslach (MBI), se obtuvo 12.3 % en nivel alto de despersonalización, 8% agotamiento emocional y en baja realización personal 27%” (pp.56, 57).

De modo similar se efectuó otra investigación con fin de establecer la incidencia del *burnout* y los factores asociados en 112 médicos de una Institución prestadora de servicios de salud privada de la ciudad de Cartagena y los resultados que se obtuvieron tras el análisis de datos fueron: “45.6% presentaron *burnout*, con un alto nivel de despersonalización el 9%, con agotamiento emocional 20.2% y en baja realización personal 16.3%” (Castillo Ávila, Orozco, Alvis y Luis, 2015, p.190).

Así mismo Toscano, Hernández y Salgado (2010) ejecutaron otro estudio para conocer la prevalencia del *burnout* en relación a variables laborales y demográficas en 99 profesionales de la salud de dos centros hospitalarios privados de Montería, Colombia y los resultados que mostraron fueron: “29% de los participantes presenta síndrome de *burnout*, 18.2% presento niveles altos de despersonalización, en baja realización personal 68.7% y en agotamiento emocional 19.2%” (p.45).

4.3.3. Perú.

Varias son las investigaciones que se han ejecutado con el fin de conocer la prevalencia del síndrome de *burnout*, entre las cuales podemos citar a Tello (2010) la misma que con una muestra de 48 profesionales de enfermería de los Servicios Críticos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión pudo recolectar la siguiente información: “12.5% presentaron el síndrome, en agotamiento emocional se obtuvo un 12.5%, despersonalización 12.5% y baja realización personal 29.2%” (pp.41- 47).

De igual manera se ejecutó un estudio en el cual participaron 54 profesionales de la salud del Servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital Nacional Cayetano Heredia para determinar la frecuencia del síndrome y los niveles de las dimensiones utilizando el MBI, y los resultados que se obtuvieron fueron: “prevalencia de *burnout* 3.76%, en referencia a las dimensiones presentaron un alto nivel agotamiento emocional 12.97% participantes, en baja realización personal 14.81 y en despersonalización 11.12%” (Vásquez-Manrique, Maruy-Saito, y Verne-Martin, 2014, p.168).

Por otro lado en un estudio elaborado por Maticorena-Quevedo, Beas, Anduaga-Beramendi, y Mayta-Tristán (2016) para determinar la prevalencia de *burnout* en 5067 profesionales de salud (médicos y enfermeras) de Perú se obtuvieron los siguientes resultados:

Prevalencia del síndrome 2.8%, despersonalización 12.8%, baja realización personal 19.4% y en agotamiento emocional 10.6%; además, dentro de esta investigación se analizan

los datos comparando ambos grupos de profesionales para conocer en que profesión se presenta con más frecuencia el síndrome de *burnout*, y los resultados son: en médicos el síndrome se presenta en un 3.7%, despersonalización 16.8%, agotamiento emocional 14.2% y en baja realización personal 18.1%; mientras que en enfermeras se obtuvo un 2.1% de prevalencia del síndrome, despersonalización 9.6, agotamiento emocional 7.7% y en baja realización personal 20.4%. (p.245)

No obstante Díaz, Mendo y Vásquez (2015) ejecutaron una investigación a 56 enfermeras de los Hospitales de Belén, Regional y Víctor Lazarte de Trujillo, Perú para evaluar el nivel de incidencia del síndrome de *burnout*, los resultados muestran que “17.8% presentan *burnout*, en las dimensiones se obtuvo en agotamiento emocional 7.1%, baja realización personal 12.5% y en despersonalización 14.2%” (p.13).

Del mismo modo se efectuó un estudio para establecer la prevalencia de *burnout* en 117 médicos residentes de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), cuyos resultados revelaron que “57.2% de los participantes presentaron síndrome de *burnout*, 68.9% nivel alto de despersonalización, baja realización personal 35% y agotamiento emocional 67%” (Estela-Villa, Jiménez-Román, Landeo-Gutiérrez, Tomateo-Torvisco, y Vega-Dienstmaier, 2013, p.147).

4.3.4. México.

Se han desarrollado diferentes investigaciones, por ejemplo la realizada por Basset, Estévez, Leal, Guerrero y López (2010) a 223 participantes de personal de enfermería de una Unidad de Psiquiatría en el Distrito Federal y sus resultados fueron: “con riesgo de presencia del síndrome 15%, en despersonalización 25%, agotamiento emocional 3.3% y baja realización personal 76.7%” (p.85).

También Zabala-González, Posada-Arévalo, Jiménez-Mayo, López-Méndez, Pedrero-Ramírez y Pérez-Arias (2011) realizaron un estudio en 42 participantes de personal sanitario de la Unidad Médica Familiar en México, sus resultados manifestaron que la “prevalencia del *burnout* es de 2.6%, en despersonalización 2.6%, agotamiento emocional 0% y en baja realización personal 15.8%” (p.21).

Además, en otro estudio ejecutado por Ochomogo y Barrera (2011) con una muestra de 206 participantes del Hospital Nacional de Salud Mental de Guatemala para conocer la prevalencia del *burnout*, los resultados obtenidos fueron: “con el síndrome 12.24%, en

despersonalización 19.5%, agotamiento emocional 4.9% y baja realización personal 41.5%” (p.15).

Del mismo modo se elaboró un estudio a 42 médicos familiares de una institución de salud en la ciudad de Guadalajara, México y sus resultados mostraron que “36.6% de los participantes presentan nivel alto de *burnout*, en baja realización personal 12.2%, agotamiento emocional 28.8% y despersonalización 4.8%” (Aranda, Pando, Torres, Salazar y Aldrete, 2014, p.18).

Igualmente Contreras, Ávalos, Priego, Morales, y Córdova en su artículo publicado en 2013, indicaron un estudio realizado a 201 personal médico en México, en donde se obtuvieron los siguientes resultados: “El 74.6% demostró poseer *burnout*; respecto a las dimensiones, en cuanto al agotamiento emocional se obtuvo 8%, en despersonalización 2.5% y en baja realización personal 0.5%” (p.1, 7).

4.3.5. Ecuador.

A nivel nacional en la investigación realizada por Ramírez (2015) a un total de 2.404 profesionales de la salud de Ecuador se menciona que “la prevalencia del Síndrome de *burnout* fue de 36.4%”. Respecto a las dimensiones, se presentó una “prevalencia en agotamiento emocional de 17.6%, despersonalización 13.6% y en la dimensión de baja realización personal 18.2%” (p.4).

La prevalencia de este síndrome ha sido estudiada a nivel mundial, utilizando el Inventario de *burnout* de Maslach, el cual evalúa las tres dimensiones primordiales para diagnosticar *burnout* que son: despersonalización, agotamiento emocional y baja realización personal. Los resultados que se obtienen varían de acuerdo a la manera de aplicación, país, el contexto e interpretación de resultados (García, 2007; Ríos, 2009)

Los datos encontrados en estas investigaciones nos ayudan a entender de una mejor manera la dimensión de este síndrome sobre el personal de salud, debido a que como se lo muestra anteriormente las personas más propensas a padecer de este síndrome son médicos y enfermeras por diversos factores como tiempo de trabajo, contacto directo con pacientes, entre otros (Roger y Abalo, 1997; Ortega y López, 2004).

CAPÍTULO 5

VARIABLES ASOCIADAS AL SÍNDROME DE *BURNOUT*

5.1. El *burnout* y el afrontamiento

5.1.1. Definición de afrontamiento.

Las desigualdades individuales bajo estrés son resultado de las estrategias de afrontamiento de las personas para cambiar la situación estresante y regular sus reacciones emocionales (Lazarus y Folkman, 1984).

Lazarus y Folkman (1986) conceptualizan el afrontamiento como los esfuerzos conductuales y cognitivos continuamente cambiantes, los cuales se desenvuelven para manejar las demandas específicas que se valoran como situaciones que sobrepasan los recursos del sujeto. Si se realiza un afrontamiento apropiado ante una situación se obtiene un ajuste adecuado dando como resultado salud somática, bienestar y funcionamiento social. Es decir, el afrontamiento se define como cualquier tipo de esfuerzo para sobrellevar el estrés y las adversidades de la vida.

Por otro lado Zeidner y Hammer (1990) especifican al afrontamiento como “características o conductas en curso que capacitan a las personas para manejar los estresores de forma más efectiva, experimentar pocos síntomas o que éstos sean menos severos una vez expuestos al estresor, o recuperarse más rápidamente de la exposición” (p.694). Se explican cómo estrategias de afrontamiento a las acciones que las personas realizan para disminuir los efectos de las situaciones que le amenazan.

Por otra parte, Sandín (2003) menciona que las formas de afrontamiento facilitan ejemplos que ayudan a descubrir las diferencias en la adaptación al estrés; también explica la existencia de diferencias con respecto a las estrategias de afrontamiento, los recursos y estilos, pues en las primeras se llevan a cabo acciones concretas para modificar el estresor y sus condiciones como por ejemplo: ver películas, el apoyo social, o simplemente relajarse. En lo referente a los recursos de afrontamiento son características sociales y personales en las cuales la persona se basa para enfrentar los estresores, un ejemplo de esto es la autoeficacia, sentido de optimismo, “locus” de control, percepción de control. Dentro de los estilos de afrontamiento las acciones que se realizan son más generales, es decir tendencias personales para la ejecución de una estrategia.

En resumen, el afrontamiento es una conducta que le permite a la persona saber sobrellevar los acontecimientos estresores producto de su trabajo para poder manejar de manera positiva sus conflictos.

5.1.2. Estrategias de afrontamiento.

Dentro de las estrategias de afrontamiento según Carver (1997) existen 14 tipos, que ayudan a evaluar la manera de afrontamiento ante el estrés o situaciones difíciles, estas son:

- 1) *Afrontamiento activo* que se refiere a incrementar las actividades y acciones realizadas por el propio sujeto con el fin de eliminar o reducir el estresor.
- 2) *Planificación* la cual describe la manera en el que la persona piensa y analiza la forma de enfrentar su estresor y de este modo plantear estrategias de acción para cumplir un afrontamiento activo.
- 3) *Apoyo instrumental* se realiza una búsqueda de personas capacitadas con fin de que puedan ayudar al sujeto a sobrellevar la situación por la que está pasando.
- 4) *Apoyo emocional* se pretende obtener apoyo, simpatía y comprensión de los demás.
- 5) *Auto-distracción* hace referencia a poner atención en otras actividades con el fin no pensar en el estresor o problema que le aflige a la persona.
- 6) *Desahogo* es la descarga o alivio de sentimientos producidos cuando el sujeto posee mayor conciencia del malestar emocional que soporta.
- 7) *Desconexión conductual* es el abandono de los esfuerzos para tratar de sobrellevar la situación que le provoca estrés, sin embargo esto involucra desistir de las metas con las que el estresor interfiere.
- 8) *Reinterpretación positiva* es encontrar el lado positivo del conflicto y tomarlo como una forma para mejorar y crecer.
- 9) *Negación* es oponerse a la realidad de la situación estresante por la que está atravesando.
- 10) *Aceptación* se refiere a admitir que la situación que está viviendo le incomoda y es real.
- 11) *Religión* es el incremento de cooperación en actividades religiosas cuando la persona se siente estresada.
- 12) *Uso de sustancias* significa manejar medicamentos, alcohol o drogas para sentirse aliviado o poder afrontar el estresor.
- 13) *Humor* es reírse de la situación por la que está pasando y burlarse o hacer bromas sobre el estresor.
- 14) *Autoinculpación* que hace referencia a atribuirse la culpa y criticarse por lo que sucedió. (p.95)

5.1.3. Investigaciones.

En lo que respecta a la temática de estrategias de afrontamiento en relación al *burnout*, se han ejecutado varios estudios, uno de ellos es el elaborado por Cruz Valdez et al. (2010) con una muestra de 354 profesionales de la salud de un Hospital de tercer nivel de la ciudad de México, el mismo que llega a la conclusión de que:

El uso de estrategia activas de afrontamiento como solución de problemas, búsqueda de información y análisis de circunstancias para actuar de manera más efectiva tienen efectos protectores ante el *burnout* entre el personal de salud, pero no protegen en su totalidad del cansancio emocional, preservan de la despersonalización y la baja realización personal y de manera general del desarrollo del síndrome. (p.5)

Por otra parte Austria, Cruz, Herrera y Salas (2012) efectuaron un estudio para determinar las relaciones estructurales entre el síndrome de *burnout* y las estrategias de afrontamiento en personal de salud, 354 de un Hospital de tercer nivel de atención y 300 de un Hospital de Referencia localizados al sur y norte respectivamente de la ciudad de México.

Los resultados mostraron que el uso de estrategias activas de afrontamiento (control, búsqueda de información, soporte social, entre otras) tiene efectos protectores sobre los factores asociados al síndrome (cansancio emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo), independientemente de la muestra, del contexto y del tipo de atención hospitalaria. (p.1)

Howlett et al. (2015) efectuó un estudio para determinar la relación existente entre los estilos de afrontamiento y el síndrome de *burnout* en 616 profesionales de la salud en siete departamentos de Emergencia en una región de Salud de Canadá, el mismo que manifestó que la utilización de estrategias de afrontamiento (orientadas a tareas, emocional y orientadas a la evitación) ineficaces logran conducir a la disminución del desempeño laboral y el desgaste profesional, llegando a obtener consecuencias desfavorables para el bienestar de los compañeros de trabajo y de los pacientes.

5.2. El *burnout* y la relación con el apoyo social

5.2.1. Definición de Apoyo Social.

Para autores como Lin, Dean y Ensel (1986), el apoyo social es un conjunto de suministros explícitos recibidos o percibidos que facilita la comunidad, las personas de confianza y las redes sociales que pueden darse tanto en crisis como en situaciones del diario vivir.

Sin embargo, Barrón (1996), explica que el apoyo social contiene todo tipo de servicio de ayuda, tanto de tipo material, emocional e informacional que se recibe de las redes íntimas u otros grupos de la comunidad.

Por otro lado Peeters, Schaufeli, y Buunk (1997) expresan que el apoyo social muchas de las veces lo asocian como compañerismo o interacción social, pero este debe ser diferenciado puesto que implica buscar apoyo o ayuda en otra persona, situación que no ocurre cuando hablamos de compañerismo.

En relación con el estudio del apoyo social Winnubst, Buunk y Marcelissen (1997) diferencian cuatro aspectos empíricos y teóricos, en los cuales muestra a este como: actualización de conductas de apoyo, integración social, relaciones de calidad y ayuda percibida. Por otra parte para estudiar el apoyo social se distinguen tres aspectos que son: nivel de análisis de redes sociales, relaciones íntimas y comunitario; diferentes perspectivas, es decir contextuales, estructurales y funcionales; y, la naturaleza del apoyo social (Lin, Dean y Ensel, 1986).

Ahora bien, Erera (1992) diferencia cinco enfoques que sirven para estudiar cómo afecta el estrés en el apoyo social y sus efectos, estos son: se considera al apoyo social como una variable que disminuye los efectos del estrés; determina que el estrés laboral y sus efectos aluden a la función moduladora del apoyo social sin ejercer efectos directos sobre las mismas; se conceptualiza como una estrategia de afrontamiento que las personas utilizan cuando son elevados sus niveles de estrés; la carencia de apoyo eleva los efectos negativos del estrés; y, el apoyo social no reduce los niveles de estrés.

En breve el apoyo social es un conjunto de ayudas tanto materiales como emocionales con las que cuenta una persona al momento de encontrarse en una situación complicada con el fin de superar una crisis determinada.

5.2.2. Dimensiones del apoyo social.

De acuerdo con los aspectos y estrategias que se han formulado en base al apoyo social Sherbourne y Stewart (1991), proponen un instrumento que sirve para investigar la extensión de red social del sujeto (aspectos cuantitativos) y las cuatro dimensiones del apoyo social (aspectos cualitativos) que son: *Apoyo emocional* que significa tener la posibilidad de que una persona le brinde consejo, asesoramiento e información; *Apoyo Material o Instrumental* que se refiere a contar con ayuda de personas facultadas para que le asistan en su situación; *Relaciones sociales de ocio y distracción* que representa tener amistades con las cuales pueda tener una buena comunicación y le acompañen a realizar actividades de su agrado; y *Apoyo Afectivo* que se refiere a manifestaciones de simpatía, amor, cariño y comprensión.

5.2.3. Investigaciones.

Dentro de esta temática se han desarrollado varias investigaciones, una de ellas es la elaborada por Beltrán, Moreno y Reyes (2004) en México con el fin de conocer si el apoyo social que posee una persona influye en la presentación del síndrome de *burnout*; el resultado o conclusión a la que se llegó con este estudio es que mientras exista menor apoyo social o se brinde inadecuadamente, mayor es el riesgo de desarrollar enfermedades y de forma especial el *burnout*.

En Chile se realizó un estudio a 98 profesionales de la salud de Psiquiatría de un Hospital Público para determinar la incidencia del síndrome de *burnout* y conocer la relación que tiene con el apoyo social, sus resultados manifiestan que la influencia del apoyo social es transcendental en la disminución de los niveles de despersonalización, baja realización personal y agotamiento emocional, de manera especial cuando procede de los jefes (Avendaño, Bustos, Espinoza, García y Pierart, 2009).

Por otra parte se ejecutó una investigación para establecer la incidencia de *burnout* y su relación con factores psicosociales en 82 estudiantes de medicina de pregrado y postgrado de un Hospital General (IMSS) de México, y tras el estudio llegaron a la conclusión de que la apreciación apropiada de causas psicosociales tales como conflictos interpersonales y apoyo social son efectivos con el fin de disminuir el progreso de las dimensiones del *burnout* que son agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal (Camacho-Ávila, Juárez-García y Arias Galicia, 2010).

CAPÍTULO 6
METODOLÓGIA

6.1. Contexto de estudio

El presente trabajo de investigación se lo desarrolló con médicos/as y enfermeras de una institución de salud pública ubicada en el norte de la ciudad de Loja, esta es una entidad autónoma, con personería jurídica, recursos propios y distintos de los del Fisco, cuya organización y funcionamiento se basa en los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiariedad y suficiencia. Este establecimiento presta servicios de salud integral, cuenta con personal capacitado que atiende con eficiencia, oportunidad y amabilidad a toda persona que solicite los servicios y prestaciones que ofrece, respetando su identidad, educación y cultura. En lo que respecta los servicios que brinda están: programas de fomento y promoción de la salud; acciones de medicina preventiva, que incluye: consulta e información profesional, procedimientos auxiliares de diagnóstico, medicamentos e intervenciones necesarias; atención odontológica; asistencia médica curativa integral y maternidad, que incluye: consulta profesional, exámenes y procedimientos de diagnóstico, actos quirúrgicos, hospitalización, entrega de fármacos, y demás acciones de recuperación y rehabilitación de la salud; tratamiento de enfermedades crónico degenerativas, sin límite de beneficios o exclusión en la atención y finalmente tratamiento de enfermedades catastróficas reconocidas por el Estado como problemas de salud pública.

6.2. Diseño de la investigación

El método que se utilizó para la presente investigación fue exploratorio cuyo objetivo fue sondear y adaptarse a un tema poco estudiado, además examinó información desde varias perspectivas para realizar un mejor trabajo (Sampieri, Collado y Lucio, 2006).

El tipo de investigación que se aplicó fue descriptivo – transversal cuyo objetivo fue observar y detallar las variables como se muestran en su medio, por lo que no existe manipulación alguna de las mismas. El procedimiento consistió en medir en un grupo de personas y objetos una o más variables y proporcionar su descripción (Miler, 2011).

La investigación descriptiva tuvo como propósito describir situaciones y eventos que ocurren en personal de salud, es decir cómo fue y se manifestaron, además evaluó aspectos o componentes del fenómeno investigado (*burnout*). Y la transversal ayudó a recolectar la información en un solo momento.

Este trabajo investigativo posee las siguientes características:

Cuantitativa: debido a que se consideró la información numérica de los instrumentos que se aplicaron. **No experimental:** porque se la efectuó sin manipulación de variables y se observó los fenómenos en su ambiente natural para luego estudiarlos. **Transeccional (transversal):** Analizó el estado de una o diversas variables en un momento determinado. **Exploratorio:** Se trató de una indagación inicial en un período concreto. **Descriptiva:** Evaluó algunas características de una situación concreta, para estudiar los datos recolectados y distinguir que variables tuvieron relación. **Correlacional:** midió el nivel de relación existente entre múltiples variables, en un contexto en específico (Hernández, 2014).

6.3. Objetivos

6.3.1. Objetivo general.

Identificar la prevalencia del síndrome de *burnout* y su relación con las variables moduladoras (afrentamiento y apoyo social) en médicos/as y enfermeras de una institución de salud pública ubicada en el norte de la ciudad de Loja durante el año 2016-2017.

6.3.2. Objetivos específicos.

- Determinar las características sociodemográficas, laborales, de salud mental y rasgos de personalidad en médicos/as y enfermeras de una institución de salud pública ubicada en el norte de la ciudad de Loja.
- Establecer la prevalencia del síndrome del síndrome *burnout* en personal de la salud (médico y de enfermería).
- Identificar los niveles de las tres dimensiones del síndrome *burnout* (despersonalización, agotamiento emocional, realización personal) en médicos/as y enfermeras de una institución de salud pública ubicada en el norte de la ciudad de Loja durante el año 2016-2017.
- Determinar la relación entre el *burnout* y sus dimensiones y el apoyo social en médicos/as y enfermeras.
- Determinar la relación entre el *burnout* y sus dimensiones y el afrontamiento en profesionales de la salud de una institución pública ubicada al norte de la ciudad de Loja.

6.4. Preguntas de investigación

- ¿Cuál fue la prevalencia del síndrome de *burnout* posee el personal de salud en la ciudad de Loja?
- ¿Cuál fue la prevalencia de las tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal) del síndrome de *burnout*?
- ¿El apoyo social que perciben las personas que experimentan *burnout* puede actuar como un mecanismo protector?
- ¿Cuáles fueron los mecanismos de afrontamiento de los trabajadores de instituciones sanitarias?
- ¿Existió relación entre el *burnout*, sus dimensiones y el apoyo social?
- ¿Existió relación entre el *burnout*, sus dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal) y el afrontamiento?

6.5. Muestra de estudio

Fue de accesibilidad, no probabilística y accidental, se invitó para ser partícipes de esta investigación a 50 médicos/as y enfermeras de una institución de salud pública ubicada en el norte de la ciudad de Loja. La muestra recolectora de datos fue de 46 participantes comprendidos en personal médico y de enfermería quienes cumplieron con los criterios de elegibilidad.

El porcentaje de respuesta fue del 100%. No se eliminó ningún cuestionario por lo que la muestra final quedó en 25 médicos/as y 21 enfermeras.

La totalidad de participantes firmaron el consentimiento informado, su colaboración fue voluntaria y sin ningún tipo de incentivo, además es importante mencionar que el estudio se lo ejecutó de conformidad con la última revisión de la Declaración de Helsinki.

6.5.1. Criterios de inclusión.

- Estar titulado como profesional para la medicina o enfermería.
- Encontrarse en situación activa.
- Firmar el consentimiento informado.
- Tener como mínimo 2 años de experiencia

6.5.1. Criterios de exclusión.

- No aceptar la participación dentro de este estudio.
- No encontrarse en la institución (maternidad o enfermedad).

6.6. Procedimiento

- ✓ Capacitación de los cuestionarios a aplicar por parte de la directora del trabajo de fin de titulación.
- ✓ Autoadministración de los instrumentos a utilizar para determinar el tiempo de duración.
- ✓ Acercamiento a las instituciones para solicitar el permiso correspondiente para la aplicación de los instrumentos a través de una carta enviada por la titulación de Psicología al director explicando los objetivos del proyecto, la finalidad de la aplicación de los cuestionarios y las actividades a realizar.
- ✓ Posteriormente se determinó los días y el horario que se podría efectuar la aplicación de la batería de instrumentos de acuerdo a la disponibilidad de los profesionales de la salud, previa coordinación con los jefes del personal médico y de enfermería.
- ✓ Aplicación de los cuestionarios de manera individual a cada participante
- ✓ Recolección de datos, a todos los sujetos de estudio se les entregó la batería para que se la autoapliquen y se procedió a retirar el mismo día o el día que la persona lo solicite.
- ✓ Depuración de los datos revisando los cuestionarios que estuvieron contestados en su totalidad, de manera correcta y teniendo coherencia en sus respuestas.
- ✓ Ingreso de datos a través del programa de análisis SPSS-23.
- ✓ Realización de tablas con respecto a la profesión, datos sociodemográficos, laborales, dimensiones del *burnout*, casos de *burnout*, salud general, estrategias de afrontamiento, apoyo social y personalidad.
- ✓ Análisis de datos en el SPSS-23 para de esta manera realizar los descriptivos y además se utilizó las puntuaciones continuas para efectuar las correlaciones de Pearson.

6.7. Instrumentos

Los datos del presente estudio fueron recolectados mediante el empleo de los siguientes cuestionarios: Inventario de *burnout* de Maslach versión española de Seisdedos, 1997, escala de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE/28) versión española de Morán, Landero, y González, 2010 y el cuestionario MOS de apoyo social versión española de Revilla,

Luna del Castillo, Bailón y Medina, 2005 que están creados para ser aplicados en el personal de salud.

Las herramientas de evaluación que se empleó en el proceso de recolección de datos en esta investigación fueron seleccionadas con el propósito de dar cumplimiento a los objetivos planteados, mismos que se puntualizarán a continuación.

- **Cuestionario Sociodemográfico y laboral AD-HOC.-** es un cuestionario diseñado para la ejecución de esta investigación, mismo que tuvo como finalidad recolectar datos personales y laborales como: género, edad, estado civil, etnia, número de hijos, años de experiencia, salario que perciben, satisfacción laboral, entre otros que serán de utilidad en este estudio.
- **Cuestionario de Maslach *burnout* Inventory (MBI).-** para el presente trabajo investigativo se empleó la versión española de Seisdedos, 1997. Este instrumento se maneja para indagar y deducir la presencia de *burnout* en la persona. En cuanto a las propiedades psicométricas, la consistencia interna o alfa de Cronbach del MBI oscila entre .70 a .90. La escala MBI está compuesta por 22 enunciados que valoran sentimientos y pensamientos acerca del trabajo del sujeto, para las respuestas se utiliza una escala de Likert con puntuaciones de 0 a 6, de forma que 0 explica que no sucede y 6 que ocurre frecuentemente, se valora por medio de tres escalas que son: *agotamiento emocional* la misma que consta de 9 preguntas, su puntuación máxima es de 54 puntos; *despersonalización* constituida por 5 enunciados, siendo la puntuación máxima de 30 puntos; y *baja realización personal* la cual se compone de 8 preguntas, cuya puntuación máxima es de 48 puntos. Las puntuaciones son consideradas altas si están entre 67 y 99, medias entre 34 y 66 y bajas entre 1 y 33. Si bien no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no de *burnout*, pero las personas que puntúen alto en cansancio emocional y despersonalización, y bajo en realización personal serán las que presenten *burnout* (Maslach y Jackson, 1986; Seisdedos, 1997).
- **Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire [GHQ-28]).-** en este estudio se manejó la versión española de Muñoz, Vázquez-Barquero, Rodríguez, Pastrana y Varo, 1979. Es un cuestionario auto administrado que identificó disturbios mentales menores y evaluó el grado de malestar emocional y que de acuerdo a los datos obtenidos se puede diferenciar la existencia de casos de salud mental. Consta de 28 ítems categorizados en cuatro subescalas que son: ansiedad, síntomas somáticos, depresión y disfunción social y cada una de ellas se compone de siete ítems; en cada

pregunta la persona deberá indicar de acuerdo a las cuatro opciones que se presentan como se siente actualmente en comparación con las últimas semanas. La puntuación oscila entre 0 y 28, en donde a más puntuación, mayor malestar. (Goldberg y Hillier, 1979; Muñoz, Vázquez-Barquero, Rodríguez, Pastrana y Varo, 1979). En cuanto a las propiedades psicométricas de este instrumento, posee un alfa de Crombach .89 (calculado para este trabajo), análogo al obtenido por Lobo y Muñoz (1996) y López-Castedo y Domínguez (2010). Además, tiene como punto de corte una puntuación superior a 5/6 que indica que es un caso probable, con una especificidad de 82% y sensibilidad de 84,6% (Lobo, Pérez-Echeverría y Artal, 1986).

- **La Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE/28).**- se utilizó la versión española de Morán, Landero, y González, 2010. Es una escala multidimensional autoadministrada la cual posee 28 ítems comprendidos por 14 subescalas: afrontamiento activo, planificación, auto distracción, apoyo instrumental, apoyo emocional, reinterpretación positiva, aceptación, negación, religión, autoinculpación, desahogo, desconexión conductual, uso de sustancias y humor que sirven para evaluar la manera de afrontamiento ante el estrés o situaciones difíciles. En cada ítem se evaluó la frecuencia de aplicación de las diferentes conductas o estrategias de afrontamiento en la cual 0 indica que no lo realiza hasta 3 que muestra que lo hace constantemente. Este cuestionario cuenta con propiedades psicométricas adecuadas, con un alfa de Cronbach que oscila en el rango de .50 y .80 para cada estrategia (Carver, 1997; Morán, Landero, y González, 2010).
- **Cuestionario MOS de apoyo social.**- Los creadores del instrumento fueron: Sherbourne y Stewart en 1991 y para este estudio se utilizará la versión española de Revilla, Luna del Castillo, Bailón y Medina, 2005. Es un instrumento que se utiliza para indagar la amplitud de la red social, es decir el apoyo social, de la persona, el mismo que consta de 20 ítems; el primero se refiere a la amplitud de su red social y los otros 19 ítems hacen referencia a cuatro dimensiones: apoyo emocional, material o instrumental, afectivo y relaciones sociales. Su calificación es de acuerdo a la escala de Likert de 5 puntos, que fluctúa entre 1(nunca) y 5 (siempre), para conocer con que periodicidad se presenta cada tipo de apoyo. La consistencia interna para la puntuación total es ($\alpha = .97$) y para las subescalas oscila entre .91 y .96 (Revilla, Luna del Castillo, Bailón y Medina, 2005; Sherbourne y Stewart, 1991). En España se han utilizado los siguientes puntos de corte: 57 para la puntuación total, 24 para la dimensión emocional, 12 para la

instrumental y 9 para la interacción social y la afectiva, mismos que manejarán en la presente investigación (López et al., 2000).

- **Cuestionario de Personalidad de Eysenck Revisado-Abreviado (Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated [EPQR-A]).**- Los autores de este cuestionario fueron Francis, Brown y Philipchalk en el año de 1992, y para esta investigación se manejó la versión adaptada al español de Sandín, Valiente y Chorot, 1999. Es un instrumento que mide rasgos de personalidad y tendencia a emitir respuestas, tiene 24 ítems con cuatro subescalas que son: extroversión, sinceridad, neuroticismo y psicoticismo, cada una de ellas compuesta por 6 preguntas. La forma de dar respuesta es dicotómica, es decir Si que representa 1 y No que corresponde a 0, con un rango que oscila entre 0 y 6, entendiéndose que a mientras puntúe más alto en cada rango mayor presencia del mismo (Francis, Brown y Philipchalk, 1992; Sandín, Valiente y Chorot, 1999). La consistencia interna o alfa de Crombach para la escala de extroversión es de 0.74, sinceridad 0.54, neuroticismo 0.78 y para psicoticismo 0.63 (Sandín, Valiente, Montes, Chorot y Germán, 2002).

6.8. Recursos

6.8.1. Humanos.

- Investigador
- Director de Tesis
- Encuestados: personal médico y de enfermería de la ciudad de Loja.

6.8.2. Técnicos.

- Computador
- Programas de análisis SPSS- versión 23
- Cuestionario Sociodemográfico y laboral AD-HOC.
- Cuestionario de Maslach *burnout* Inventory (MBI).
- Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire [GHQ-28]).
- La Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE/28).
- Cuestionario MOS de apoyo social.
- Cuestionario de Personalidad de Eysenck Revisado-Abreviado (Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated [EPQR-A])

CAPÍTULO 7
RESULTADOS

7.1. Características de la muestra

Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud

VARIABLES	Médicos/as		Enfermeras	
	n	%	N	%
Sexo				
Hombre	13.0	52.0	0.0	0.0
Mujer	12.0	48.0	21.0	100.0
Total de profesionales	25.0	54.3	21.0	45.7
Edad				
<i>M</i>	35.1		40.0	
<i>DT</i>	9.7		9.8	
Max	56.0		60.0	
Min	26.0		26.0	
Número de hijos/as				
<i>M</i>	1.6		2.0	
<i>DT</i>	1.2		1.4	
Max	5.0		4.0	
Min	0.0		0.0	
Etnia				
Mestizo/a	23.0	92.0	19.0	90.5
Blanco/a	2.0	8.0	1.0	4.8
Afroecuatoriano/a	0.0	0.0	0.0	0.0
Indígena	0.0	0.0	10	4.8
Estado civil				
Soltero/a	8.0	32.0	10.0	47.6
Casado/a	12.0	48.0	6.0	28.6
Viudo/a	2.0	8.0	1.0	4.8
Divorciado/a	0.0	0.0	4.0	19.0
Unión libre	3.0	12.0	0.0	0.0

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral
Elaboración: Lorena Herrera (2017).

Con respecto a los datos obtenidos del personal médico, se tuvo mayor aceptación por parte de hombres con el 52% y de mujeres con el 48%, mientras que en el personal de enfermería todas las participantes 100% son mujeres. El total de participantes son 54.3% médicos/as y 45.7% enfermeras; la edad promedio de los/as médicos/as es de 35.1 años; mientras que en las

enfermeras la edad promedio es de 40 años. El promedio de número de hijos del personal médico es de 1.6, mientras que del personal de enfermería es de 2. La etnia que prevalece en ambos grupos es la mestiza, 92% en médicos/as y 90% en enfermeras. En estado civil 48% de los médicos/as son casados, mientras que en enfermeras el 48% son solteras.

Tabla 2. Características laborales de los profesionales de la salud

VARIABLES	Médicos/as		Enfermeras	
	n	%	n	%
Ingresos mensuales				
0 a 1000	0,0	0,0	7,0	33,3
1001 a 2000	17,0	68,0	12,0	57,1
2001 a 3000	8,0	32,0	1,0	4,8
3001 a 4000	0,0	0,0	1,0	4,8
4001 a 5000	0,0	0,0	0,0	0,0
5001 a 6000	0,0	0,0	0,0	0,0
Experiencia profesional				
<i>M</i>	7,3		13,2	
<i>DT</i>	7,6		10,4	
Max	30,0		31,0	
Min	2,0		2,0	
Sector en el que trabaja				
Público	18,0	72,0	17,0	81,0
Privado	1,0	4,0	3,0	14,3
Ambos	6,0	24,0	1,0	4,8
Tipo de contrato				
Eventual	1,0	4,0	0,0	0,0
Ocasional	13,0	52,0	10,0	47,6
Plazo fijo	3,0	12,0	2,0	9,5
Nombramiento	7,0	28,0	9,0	42,9
Servicios profesionales	0,0	0,0	0,0	0,0
Ninguno	1,0	4,0	0,0	0,0
Recursos Institucionales				
Totalmente	4,0	16,0	8,0	38,1
Mediadamente	17,0	68,0	12,0	57,1
Poco	4,0	16,0	1,0	4,8
Nada	0,0	0,0	0,0	0,0

Turnos

Si	19,0	76,0	18,0	85,7
No	6,0	24,0	3,0	14,3

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral
Elaboración: Lorena Herrera (2017).

En cuanto a las características laborales de los profesionales de la salud se pudo apreciar que la remuneración salarial que prevalece en ambos grupos oscila entre 1001 a 2000 dólares, siendo para médicos/as del 68% y para enfermeras del 57%. En experiencia laboral del personal médico la media fue de 7.3 años, mientras que en enfermeras fue de 13.2 años. El sector en el que laboran la mayoría de los participantes es el público, siendo de 72% en médicos/as y 81% en enfermeras. El tipo de contrato que prevaleció es ocasional con 52% en médicos/as y 48% en enfermeras. En referencia a los recursos necesarios que les brinda la institución a los participantes, los médicos/as en un 68% y las enfermeras en un 57.1% indican que medianamente el establecimiento les provee de recursos indispensables para la realización de su trabajo. La mayoría de los participantes realizan turnos, los médicos/as en un 76%, mientras que las enfermeras en un 85.7%.

Tabla 3. Percepción del clima laboral de los/as Médicos/as

VARIABLES	Médicos/as							
	Nada		Poco		Bastante		Totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Percepción de valoración								
Pacientes	1.0	4.0	8.0	32.0	11.0	44.0	5.0	20.0
Familiares de pacientes	3.0	12.0	9.0	36.0	11.0	44.0	2.0	8.0
Compañeros de profesión	0.0	0.0	1.0	4.0	17.0	68.0	7.0	28.0
Directivos de la institución	2.0	8.0	12.0	48.0	6.0	24.0	5.0	20.0
Satisfacción laboral								
Con el trabajo que realiza	0.0	0.0	2.0	8.0	11.0	44.0	12.0	48.0
Interacción con los pacientes	0.0	0.0	2.0	8.0	11.0	44.0	12.0	48.0
Apoyo directivos de la institución	2.0	8.0	13.0	52.0	8.0	32.0	2.0	8.0
Colaboración compañeros de trabajo	0.0	0.0	4.0	16.0	15.0	60.0	6.0	24.0

Experiencia laboral	0.0	0.0	6.0	24.0	13.0	52.0	6.0	24.0
Situación económica	0.0	0.0	5.0	20.0	16.0	64.0	4.0	16.0

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral
Elaboración: Lorena Herrera (2017).

En lo que se refiere a la percepción de los médicos/as en cuanto a la valoración que sienten por parte de sus pacientes (44%) y de los familiares (44%) contesto bastante, 68% de los participantes menciona que se siente bastante valorado por sus compañeros de profesión, pero 48% se sienten poco valorados por los directivos de la institución. En cuanto a la satisfacción que sienten por el trabajo y la interacción con los pacientes 48% indican que se sienten totalmente satisfechos, 52% poco satisfechos con el apoyo brindado por los directivos de la institución, en colaboración entre compañeros de trabajo (60%), valoración global de su experiencia profesional (52%) y en situación económica (64%) se sienten bastante satisfechos.

Tabla 4. Percepción del clima laboral de los/as Enfermeros/as

VARIABLES	Enfermeras							
	Nada		Poco		Bastante		Totalmente	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Percepción de valoración								
Pacientes	0.0	0.0	7.0	33.3	13.0	61.9	1.0	4.8
Familiares de pacientes	1.0	4.8	9.0	42.9	8.0	38.1	3.0	14.3
Compañeros de profesión	0.0	0.0	2.0	9.5	13.0	61.9	6.0	28.6
Directivos de la institución	1.0	4.8	7.0	33.3	6.0	28.6	7.0	33.3
Satisfacción laboral								
Con el trabajo que realiza	0.0	0.0	0.0	0.0	4.0	19.0	17.0	81.0
Interacción con los pacientes	0.0	0.0	0.0	0.0	8.0	38.1	13.0	61.9
Apoyo directivos de la institución	0.0	0.0	3.0	14.3	12.0	57.1	6.0	28.6
Colaboración compañeros de trabajo	0.0	0.0	2.0	9.5	12.0	57.1	7.0	33.3
Experiencia laboral	0.0	0.0	0.0	0.0	15.0	71.4	6.0	28.6
Situación económica	0.0	0.0	3.0	14.3	11.0	52.4	7.0	33.3

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral
Elaboración: Lorena Herrera (2017).

En lo que se refiere a la percepción de las enfermeras en cuanto a la valoración que sienten por parte de sus pacientes (61.9%) y por sus compañeras de profesión (61.9%) contestaron bastante, 42.9% y 33.3% sienten poca valoración por parte de los familiares de sus pacientes y por los directivos de la institución. En cuanto a la satisfacción que sienten por el trabajo que realizan (81%) y por la interacción con los pacientes (61.9%) mencionan que se sienten

totalmente satisfechos; en satisfacción con el apoyo brindado por los directivos de la institución (57.1%), colaboración entre compañeros de trabajo (57.1%), valoración global de su experiencia profesional (71.4%) y en situación económica (52.4%) expresan que se sienten bastante satisfechos.

Tabla 5. Dimensiones del Inventario de *burnout* de Maslach (MBI) en los profesionales de la salud

Variable	Médicos/as		Enfermeras	
	n	%	n	%
Agotamiento emocional				
Bajo	9.0	36.0	11.0	52.4
Medio	5.0	20.0	5.0	23.8
Alto	11.0	44.0	5.0	23.8
Despersonalización				
Bajo	11.0	44.0	9.0	42.9
Medio	2.0	8.0	8.0	38.1
Alto	12.0	48.0	4.0	19.0
Realización personal				
Bajo	13.0	52.0	9.0	42.9
Medio	6.0	24.0	2.0	9.5
Alto	6.0	24.0	10.0	47.6

Fuente: Inventario del Síndrome de *burnout* de Maslach y Jackson (1986).
Elaboración: Lorena Herrera (2017).

En lo referente al Inventario del Síndrome de *burnout* (MBI) en la dimensión de agotamiento emocional en la muestra de médicos/as 44% y de enfermeras 23.8% obtuvieron un nivel alto; en despersonalización 48% de los médicos/as puntuaron en nivel alto, mientras que en personal de enfermería tan solo 19% de los participantes obtuvo nivel alto en esta dimensión; el personal médico consiguió un 52% en baja realización personal, mientras que en las enfermeras se obtuvo 42.9% en nivel bajo de la misma dimensión.

Tabla 6. Casos de *burnout* en los profesionales de la salud

Variable	Médicos/as		Enfermeras	
	n	%	n	%
Burnout				
Presencia	3.0	12.0	0.0	0.0

No presencia	22.0	88.0	21.0	100.0
--------------	------	------	------	-------

Fuente: Fuente: Inventario del Síndrome de burnout de Maslach y Jackson (1986).
Elaboración: Lorena Herrera (2017).

Según los datos obtenidos en la aplicación del MBI se puede determinar que existen 3 casos de *burnout* en médicos/as que representan al 12%, mientras que en la muestra de personal de enfermería no se reporta ningún caso.

Tabla 7. Malestar emocional de los profesionales de salud

Variable	Médicos/as		Enfermeras	
	n	%	n	%
Síntomas somáticos				
Caso	9.0	36.0	8.0	38.1
No caso	16.0	64.0	13.0	61.9
Ansiedad				
Caso	12.0	48.0	10.0	47.6
No caso	13.0	52.0	11.0	52.4
Disfunción social				
Caso	0.0	0.0	0.0	0.0
No caso	25.0	100.0	21.0	100.0
Depresión				
Caso	1.0	4.0	2.0	9.5
No caso	24.0	96.0	19.0	90.5

Fuente: Cuestionario de salud general (GHQ-28) de Goldberg y Hillier (1979).
Elaboración: Lorena Herrera (2017).

En lo referente a la salud general los síntomas que más se presentaron de acuerdo al cuestionario aplicado fueron los somáticos y ansiedad en ambos grupos, pero en cuanto a la escala de ansiedad la diferencia entre el personal de salud es mínima puesto que en médicos/as es de 48% y en enfermeras de 47.6%; mientras que en la escala de síntomas somáticos existe una diferencia de 2% debido a que en enfermeras el 38% presentan esta sintomatología y en médicos/as 36%.

Tabla 8. Estrategias de Afrontamiento (BRIEF-COPE/28) del personal de salud

Variables	Médicos/as				Enfermeras			
	M	DT	Max	Min	M	DT	Max	Min
Auto distracción	4.0	2.3	7.0	2.0	4.0	1.3	6.0	2.0

Afrontamiento activo	4.4	2.6	8.0	2.0	4.3	1.8	8.0	2.0
Negación	2.6	1.5	6.0	2.0	3.0	1.3	6.0	2.0
Uso de sustancias	2.4	1.4	6.0	2.0	2.1	0.7	5.0	2.0
Apoyo emocional	3.5	2.1	8.0	2.0	3.9	2.1	8.0	2.0
Apoyo instrumental	4.5	2.6	8.0	2.0	4.1	2.1	8.0	2.0
Desconexión conductual	2.9	1.6	6.0	2.0	3.1	1.3	8.0	2.0
Desahogo	3.5	2.0	6.0	2.0	3.5	1.6	8.0	2.0
Reinterpretación positiva	5.2	2.8	8.0	2.0	4.1	1.8	8.0	2.0
Planificación	4.6	2.7	8.0	2.0	3.9	2.1	8.0	2.0
Humor	3.4	2.0	8.0	2.0	2.8	1.5	8.0	1.0
Aceptación	4.7	1.9	8.0	2.0	4.3	1.9	8.0	2.0
Religión	4.2	1.5	7.0	2.0	4.5	2.1	8.0	2.0
Autoinculpación	3.7	1.4	7.0	2.0	3.6	1.7	8.0	2.0

Fuente: Cuestionario de afrontamiento (BRIEF-COPE/28) de Carver (1997).
Elaboración: Lorena Herrera (2017).

En afrontamiento se observó que las que poseen una media más alta en la muestra de los médicos/as son: reinterpretación positiva (5.2), aceptación (4.7), planificación (4.6) y apoyo instrumental (4.5); mientras que en la muestra de personal de enfermería las estrategias de afrontamiento que sobresalen con una media alta son: religión (4.5), afrontamiento activo (4.3), aceptación (4.3), apoyo instrumental (4.1) y reinterpretación positiva (4.1).

Tabla 9. Percepción del apoyo social de los profesionales de salud

Variables	Médicos/as				Enfermeras			
	<i>M</i>	<i>DT</i>	Max	Min	<i>M</i>	<i>DT</i>	Max	Min
Apoyo emocional	81.0	19.7	100.0	32.5	76.7	20.7	100.0	42.5
Apoyo instrumental	85.0	44.2	100.0	30.0	79.0	19.0	100.0	30.0
Apoyo afectivo	83.4	21.2	100.0	30.0	76.7	18.2	100.0	50.0

Fuente: Cuestionario de apoyo social de Moss de Sherbourne y Stewart (1991).
Elaboración: Lorena Herrera (2017).

En cuanto al apoyo social se puede determinar que la media más alta en ambos grupos es en apoyo instrumental siendo para médicos/as de 85 y para personal de enfermería 79; luego se percibe la escala de apoyo afectivo para personal médico con una media de 83.4 y para enfermería 76.7 y por último el apoyo emocional para médicos/as de 81 y enfermeras 76.7.

Tabla 10. Rasgos de personalidad de los profesionales de la salud

Variables	Médicos/as				Enfermeras			
	<i>M</i>	<i>DT</i>	Max	Min	<i>M</i>	<i>DT</i>	Max	Min
Neuroticismo	2.3	2.0	6.0	0.0	1.7	2.0	6.0	0.0
Extroversión	3.9	1.9	6.0	0.0	4.2	2.0	6.0	0.0
Psicoticismo	1.6	1.0	4.0	0.0	1.2	1.1	4.0	0.0

Fuente: Cuestionario de personalidad (EPQR-A) Francis, Brown y Philipchalk (1992).

Elaboración: Lorena Herrera (2017).

El rasgo de personalidad más alto fue el de extroversión en ambos grupos con una media de 4.2 para personal de enfermería y 3.9 para médicos/as, seguido de neuroticismo con 2.3 para médicos/as y 1.7 para enfermeras y finalmente el rasgo de psicoticismo con 1.6 para personal médico y 1.2 para personal de enfermería.

7.2. Relación entre las variables de estudio y el *burnout*: análisis correlacional

Tabla 11. Estadísticos descriptivos del *burnout* y el afrontamiento

	Media	Desviación estándar	N
Burnout	47.51	11.56	46
Afrontamiento	46.16	13.98	46

Fuente: Inventario del Síndrome de burnout de Maslach y Jackson (1986) y Cuestionario de afrontamiento de (BRIEF-COPE/28) de Carver (1997).

Elaboración: Lorena Herrera (2017).

Tabla 12. Estadísticos descriptivos del burnout y el apoyo social

	Media	Desviación estándar	N
Burnout	47.51	11.56	46
Apoyo social	81.21	17.87	46

Fuente: Inventario del Síndrome de burnout de Maslach y Jackson (1986) y Cuestionario de apoyo social de Moss de Sherbourne y Stewart (1991).

Elaboración: Lorena Herrera (2017).

Tabla 13. Correlaciones entre burnout, el apoyo social y el afrontamiento

	Burnout		
	<i>r</i>	<i>p</i>	n
Apoyo Social	.029	.847	46

Afrontamiento	.298*	.045	46
---------------	-------	------	----

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

Fuente: Inventario del Síndrome de burnout de Maslach y Jackson (1986), y Cuestionario de apoyo social de Moss de Sherbourne y Stewart (1991) y Cuestionario de afrontamiento de (BRIEF-COPE/28) de Carver (1997).

Elaboración: Lorena Herrera (2017).

La puntuación media en *burnout* es de $m=47.51$ con una desviación estándar de $dt=11.56$; mientras que en apoyo social $m=81.21$, con $dt=17.87$. En referencia a la relación entre *burnout* y apoyo social no se encontró una correlación significativa entre dichas variables, $r(46) = .029$, $p = .847$ (ver tabla 13).

La puntuación media en burnout es $m=47.51$ con $dt=11.56$; mientras que en afrontamiento $m=46.16$, con $dt=13.98$. En lo que respecta a la relación entre burnout y afrontamiento, como se muestra en la tabla 13, se encontró una correlación significativa entre dichas variables, $r(46) = .298$, $p = .045$. Es decir mientras exista mayor burnout las personas utilizarán más estrategias de afrontamiento que les permita superar su problema.

7.3. Relación entre las variables de apoyo social, afrontamiento y las dimensiones del *burnout*

Tabla 14. Estadísticos descriptivos de apoyo social y agotamiento emocional

	Media	Desviación estándar	N
Apoyo social	81.21	17.87	46
Agotamiento Emocional	40.82	23.02	46

Fuente: Inventario del Síndrome de burnout de Maslach y Jackson (1986) y Cuestionario de apoyo social de Moss de Sherbourne y Stewart (1991).

Elaboración: Lorena Herrera (2017).

Tabla 15. Estadísticos descriptivos del afrontamiento y la dimensión de agotamiento emocional

	Media	Desviación estándar	N
Afrontamiento	46.16	13.98	46
Agotamiento Emocional	40.82	23.02	46

Fuente: Inventario del Síndrome de burnout de Maslach y Jackson (1986) y Cuestionario de afrontamiento de (BRIEF-COPE/28) de Carver (1997).

Elaboración: Lorena Herrera (2017).

Tabla 15. Correlaciones entre el apoyo social, afrontamiento y la dimensión de agotamiento emocional

	Agotamiento emocional		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Apoyo Social	-.048	.750	46
Afrontamiento	.466**	.001	46

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

Fuente: Inventario del Síndrome de burnout de Maslach y Jackson (1986), y Cuestionario de apoyo social de Moss de Sherbourne y Stewart (1991) y Cuestionario de afrontamiento de (BRIEF-COPE/28) de Carver (1997).

Elaboración: Lorena Herrera (2017).

No se encuentra una correlación significativa entre el apoyo social y el agotamiento emocional (apoyo social $m=81.21$, $dt=17.87$; en agotamiento emocional $m=40.82$ y $dt=23.02$). En afrontamiento $m=46.16$, $dt=13.98$ y en agotamiento emocional $m=40.82$ y $dt=23.02$. En referencia a la relación existente entre afrontamiento y agotamiento emocional, como se muestra en la tabla 16, se encontró una correlación significativa alta entre estas variables, $r(46) = .466$, $p = .001$. Por lo tanto si la persona aplica mayor cantidad de estrategias de afrontamiento es más probable que posea más agotamiento emocional.

Tabla 16. Estadísticos descriptivos del apoyo social y la dimensión de despersonalización

	Media	Desviación estándar	N
Apoyo social	81.21	17.87	46
Despersonalización	22.39	18.90	46

Fuente: Inventario del Síndrome de burnout de Maslach y Jackson (1986) y Cuestionario de apoyo social de Moss de Sherbourne y Stewart (1991).

Elaboración: Lorena Herrera (2017).

Tabla 17. Estadísticos descriptivos del afrontamiento y la dimensión de despersonalización

	Media	Desviación estándar	N
Afrontamiento	46.16	13.98	46
Despersonalización	22.39	18.90	46

Fuente: Inventario del Síndrome de burnout de Maslach y Jackson (1986) y Cuestionario de afrontamiento de (BRIEF-COPE/28) de Carver (1997).

Elaboración: Lorena Herrera (2017).

Tabla 18. Correlación entre el apoyo social, afrontamiento y despersonalización

	Despersonalización		
	<i>r</i>	<i>p</i>	n
Apoyo Social	-.050	.743	46
Afrontamiento	.249	.095	46

Fuente: Inventario del Síndrome de burnout de Maslach y Jackson (1986), y Cuestionario de apoyo social de Moss de Sherbourne y Stewart (1991) y Cuestionario de afrontamiento de (BRIEF-COPE/28) de Carver (1997).

Elaboración: Lorena Herrera (2017).

Como se puede observar en la tabla 19 no se encuentra una correlación significativa entre el apoyo social y despersonalización (apoyo social $m=81.21$, $dt=17.87$; en despersonalización $m=22.39$ y $dt=18.90$). En referencia al afrontamiento se obtuvo $m=46.16$ y $dt=13.98$ y en despersonalización $m=22.39$, $dt=18.90$. En consideración con la relación entre el afrontamiento y la despersonalización no se halló una correlación significativa entre las mismas, $r(46)=.249$, $p=.095$ (véase tabla 19).

Tabla 19. Estadísticos descriptivos del apoyo social y la dimensión de realización personal

	Media	Desviación estándar	N
Apoyo social	81.21	17.87	46
Realización Personal	79.30	15.54	46

Fuente: Inventario del Síndrome de burnout de Maslach y Jackson (1986) y Cuestionario de apoyo social de Moss de Sherbourne y Stewart (1991).

Elaboración: Lorena Herrera (2017).

Tabla 20. Estadísticos descriptivos del afrontamiento y la dimensión de realización personal

	Media	Desviación estándar	N
Afrontamiento	46.16	13.98	46
Realización Personal	79.30	15.54	46

Fuente: Inventario del Síndrome de burnout de Maslach y Jackson (1986) y Cuestionario de afrontamiento de (BRIEF-COPE/28) de Carver (1997).

Elaboración: Lorena Herrera (2017).

Tabla 21. Correlaciones entre el apoyo social, afrontamiento y la dimensión de realización personal

	Realización personal		
	<i>r</i>	<i>p</i>	n
Apoyo Social	.197	.189	46
Afrontamiento	-.329*	.026	46

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

Fuente: Inventario del Síndrome de burnout de Maslach y Jackson (1986), y Cuestionario de apoyo social de Moss de Sherbourne y Stewart (1991) y Cuestionario de afrontamiento de (BRIEF-COPE/28) de Carver (1997).

Elaboración: Lorena Herrera (2017).

Siendo $m=81.21$ en apoyo social, $dt=17.87$; en realización personal $m=79.30$ y $dt=15.54$. No se encuentra una correlación significativa entre el apoyo social y realización personal. Por otro lado en afrontamiento $m=46.16$, y $dt=13.98$; y en cuanto a realización personal $m=79.30$ y $dt=15.54$. En base a la relación entre afrontamiento y realización personal existe una correlación significativa entre estas variables, $r(46) = -.329$, $p = .026$ (ver tabla 22). Por consiguiente mientras más estrategias de afrontamiento apliquen los sujetos de estudio mayor será la realización personal que muestren.

CAPÍTULO 8

DISCUSIÓN

El objetivo general de la presente investigación se centró en realizar un estudio acerca de la prevalencia del *burnout* y su relación con variables moduladoras (afrentamiento y apoyo social) en profesionales de la salud, específicamente en personal médico y de enfermería que laboran en una institución de salud pública ubicada al norte de la ciudad de Loja. En cuanto al primer objetivo específico de este trabajo investigativo fue determinar las características sociodemográficas (sexo, edad, número de hijos, etnia y estado civil), laborales (ingresos mensuales, experiencia profesional, sector en el que trabaja, tipo de contrato que posee, recursos y turnos), de salud mental (síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social y depresión) y rasgos de personalidad (neuroticismo, extroversión y psicoticismo) en los 46 médicos/as y enfermeras.

En referencia con el perfil sociodemográfico, en la muestra de personal médico, el 52% son hombres y el 48% mujeres, no se puede hacer una diferenciación debido a que el total de participantes fueron 25; en la muestra de personal de enfermería el 100% fueron mujeres, dato que concuerda con los encontrados en otros estudios en los que se ha estudiado el síndrome de *burnout* en enfermeras (Estallo, Alberdi y Moyano, 2014; Gallegos y Del Carpio Toia, 2016; Teixeira, Ribeiro, Fonseca y Carvalho, 2013); con una edad media en médicos/as de 35.1 y en enfermeras de 40 años, siendo el grupo de edad mayoritario comprendido entre 26 y 38 años en médicos/as y en enfermeras entre 33 y 36 años, dato que muestra predominio de personas jóvenes entre los sanitarios.

El número promedio de hijos en médicos/as es de 1.6, igual a la media de la población lojana según los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC); mientras que enfermeras la media es de 2 hijos, ligeramente superior a hallada en la localidad (INEC, 2010). Por otro lado en cuanto a la etnia en ambos grupos estudiados la mayoría se consideran mestizos (médicos/as 92% y enfermeras 90.5%), raza que predomina también en los lojanos. De manera similar que en otros estudios realizados en médicos/as (Berdejo 2014; Cotito, 2016), el porcentaje que predomina en relación al estado civil fue el de casados (48%); mientras que en enfermeras el que prevaleció fue el de solteras (47.6%), esto se corrobora con otros estudios que se han realizado de la misma temática (Basset, Estévez, Leal, Guerrero y López, 2010; Tello, 2010).

Con respecto a las variables laborales la mayoría de los participantes (68% médicos/as y 57.1% enfermeras) manifestaron que percibían ingresos mensuales entre \$1001 a \$2000 dólares, esta

cifra concuerda con la información que reposa en el INEC a través de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en hogares Urbanos y Rurales (ENIGHUR) realizada en abril del 2011 a marzo del 2012, la cual explica que para la zona urbana el ingreso salarial mensual es de \$1046.3. En cuanto a la experiencia laboral, la media para médicos/as es de 7.3 años, con un mínimo de 2 y máximo de 30 años; mientras que en enfermeras la media es de 13.2, con un máximo de 31 y mínimo de 2 años de experiencia, estos datos coinciden con los presentados en otros estudios (Ramírez, 2015; Zabala-González, Posada-Arévalo, Jiménez-Mayo, López-Méndez, Pedrero-Ramírez y Pérez-Arias, 2011). El 72% de los médicos/as y 81% de las enfermeras indicaron que laboran en el sector público, no se puede realizar una diferenciación debido a que la muestra recolectora de datos para esta investigación se la ejecuto en una institución pública. En el tipo de contrato que poseen los dos grupos estudiados mencionan que tienen contrato de tipo ocasional (médicos/as 52% y enfermeras 47.6%), dato que difiere con el estudio de Ramírez (2015) en el que menciona que el 49.5% de los participantes posee un contrato indefinido o nombramiento. El 76% de los médicos/as y el 85.7% de las enfermeras trabajan en turnos, denominados en la actualidad según el Ministerio de Trabajo (Ley No. 2012-62; Acuerdo Ministerial 00001849) jornadas especiales que se dan en función a las necesidades de la población e institucionales priorizando áreas de atención crítica y/o de alta demanda.

En referencia a las variables de salud mental, se mostraron las siguientes puntuaciones para médicos/as: síntomas somáticos 36%, ansiedad 48%, no se presentó disfunción social y 4% depresión; mientras que en enfermeras se obtuvo: 38.1% en síntomas somáticos, 47.6% en ansiedad, de igual forma no se revelaron casos en disfunción social y en depresión 9.5%. Estos porcentajes fueron similares a las encontradas en otros estudios (Flores, Jenaro, Cruz, Vega, y del Carmen Pérez, 2013; Rísquez, y Fernández, 2011).

En lo que respecta a la variable de personalidad en los médicos/as el rasgo que se más se presentó fue el de extroversión con $m= 3.9$; en la muestra de enfermeras el rasgo que sobresalió con una media de 4.2 también fue el extroversión; datos que concuerdan con los hallados en investigaciones previas en las que se explica que la mayoría de los participantes se caracterizan por ser extrovertidos (Ibáñez Martínez, 2015; Roth y Pinto, 2010).

El segundo objetivo del presente estudio fue determinar la prevalencia del síndrome de *burnout*, es decir si existen o no casos en los participantes. La existencia de prevalencia del *burnout* en este estudio en médicos/as fue de 12%, mientras que en enfermeras no se presentó, esto se

comprueba con otros estudios ejecutados en una muestra similar los que explican que el personal médico es el más afectado por este síndrome con prevalencias del síndrome de 12.1% y 3.7%; mientras que en enfermeras la prevalencia es de 7.2% y 2.1% (Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga, 2009; Maticorena-Quevedo, Beas, Anduaga-Beramendi y Mayta-Tristán, 2016).

El tercer objetivo de esta investigación fue identificar los niveles de las tres dimensiones del síndrome de burnout que son: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en médicos/as y enfermeras de una institución de salud pública ubicada en el norte de la ciudad de Loja durante el año 2016. En donde encontramos que: El 44% de los médicos/as manifestaron niveles altos de agotamiento emocional.

Algunas investigaciones analizadas indicaron prevalencias mayores para esta dimensión de 51.1% (Berdejo, 2014). Por otro lado dos estudios informaron de valores inferiores en la dimensión de agotamiento emocional con una prevalencia que oscila entre 35.2% y 28.8% (Aranda, Pando, Torres, Salazar y Aldrete, 2014; Shanafelt et al., 2012). En lo que respecta a la muestra de enfermeras el 23.8% presentó alto nivel de agotamiento emocional. Este dato es menor al encontrado en investigaciones como la de Assis Tavares, De Oliveira Souza, Da Silva, y Fonseca Kestenber (2014), que menciona una prevalencia de 33.3%. En otros estudios la prevalencia para la dimensión de agotamiento emocional es menor, puesto que es de 21.1% y 12.5% (Tello, 2010; Gallegos y Del Carpio Toia, 2016).

El 48% de los médicos/as obtuvieron un nivel elevado respecto a la dimensión de despersonalización. Esta cifra es inferior a la hallada en un estudio previo que presentó 68.9% (Estela-Villa, Jiménez-Román, Landeo-Gutiérrez, Tomateo-Torvisco, y Vega-Dienstmaier, 2013), y superior a la encontrada en algunos trabajos considerados, en los cuales la prevalencia de esta dimensión esta entre 41.3% y 36% (Larrosa Freire, Puchalski Trentin y De Ávila Quevedo, 2016; Berdejo, 2014). En el personal de enfermería se obtuvo el 19% en nivel alto de despersonalización. Este porcentaje es menor al descubierto en algunos estudios que muestran una prevalencia de 25% y 29.8% (Basset, Estévez, Leal, Guerrero y López, 2010; Gallegos y Del Carpio Toia, 2016), y mayor a los hallados en otros trabajos cuya prevalencia de esta dimensión es de 12.5% y 11.1% (Tello, 2010; Holmes, Dos Santos, Farias, y Costa, 2014).

En referencia a la dimensión de realización personal el 52% de los médicos/as tuvieron una puntuación baja. No existen investigaciones que obtuvieran porcentajes más elevados. Por el

contrario la mayoría de estudios muestran una prevalencia de 41.3% y 35% (Terrones-Rodríguez, Cisneros-Pérez y Arreola-Rocha, 2016; Estela-Villa, Jiménez-Román, Landeo-Gutiérrez, Tomateo-Torvisco, y Vega-Dienstmaier, 2013). Por el contrario las enfermeras obtuvieron el 42.9% en nivel bajo de realización personal. Solamente en una investigación se halló un porcentaje superior de 44% (De La Cruz De Paz, 2014), mientras que en algunos otros estudios el porcentaje es menor oscilando entre 29.6% y 29.2% (Beloy et al., 2010; Tello, 2010).

Los resultados que se muestran en la realización de este trabajo expresan que existe una prevalencia baja del síndrome de *burnout*, pero los porcentajes que presentan las tres dimensiones analizadas por separado son altos; son pocos los estudios en los que se conoce que estas dimensiones son más elevadas. Las discrepancias que pueden existir entre los resultados obtenidos en las diferentes investigaciones se pueden atribuir a la aplicación, utilización y versiones de los cuestionarios, lugar de trabajo (emergencia, unidad de cuidados intensivos, medicina interna, etc.) y cantidad de participantes (Holmes, Dos Santos, Farias, y Costa, 2014; Marcelino et al., 2012).

El cuarto objetivo fue determinar la relación entre el *burnout* y sus dimensiones y el apoyo social en médicos/as y enfermeras. De esta manera se realizó un análisis correlacional entre el *burnout* y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) y el apoyo social, en el que no se encontró una diferencia significativa ni correlación en general ni con las dimensiones, es decir que la presencia de apoyo social no tiene relación en la aparición del síndrome de *burnout*. Hay investigaciones que discrepan de estos resultados, mismas que explican que: si existe apoyo social el síndrome de *burnout* disminuye (Avendaño, Bustos, Espinoza, García y Pierart, 2009; Beltrán, Moreno y Reyes, 2004 y Camacho-Ávila, Juárez-García y Arias Galicia, 2010).

El quinto objetivo fue determinar la relación entre el *burnout* y sus dimensiones y el afrontamiento en profesionales de la salud de una institución pública ubicada al norte de la ciudad de Loja. Así mismo, se ejecutó el mismo análisis correlacional de Pearson para determinar la relación entre *burnout* y afrontamiento en el que se halló una diferencia significativa $p=.045$ con una correlación de $r=.298$; es decir que mientras exista mayor prevalencia de *burnout* mayor serán las estrategias de afrontamiento que utilicen los profesionales, estos datos concuerdan con la investigación realizada por Cruz Valdes et al. (2010), en la que refiere que el uso de estrategias efectivas tienen efectos protectores ante el *burnout*.

Además se analizaron las tres dimensiones del *burnout* por separado con el afrontamiento, en la dimensión de agotamiento emocional y afrontamiento se obtuvo un nivel de significancia $p = .001$ con una correlación de $r = .466$. Los resultados obtenidos concuerdan con los de otro trabajo investigativo que expone que si las estrategias de afrontamiento se utilizan de manera errónea conducen al aumento del nivel de esta dimensión (Austria, Cruz, Herrera y Salas, 2012).

Por el contrario en la dimensión de despersonalización no se encontró una correlación, por lo que las estrategias de afrontamiento no influyen en la aparición de esta dimensión, datos que no concuerdan con las investigaciones que se han realizado con anterioridad (Austria, Cruz, Herrera y Salas, 2012; Cruz Valdez et al., 2010; y Howlett et al., 2015).

En referencia a la dimensión de realización personal y afrontamiento existe una correlación de $r = -.329$, con un nivel de significancia de $p = .026$; por consiguiente el manejo de estrategias de afrontamiento protegen del decremento de esta dimensión (Howlett et al., 2015)

Este estudio es muy importante puesto que en la actualidad en la en la ciudad de Loja no se han realizado investigaciones en personal médico y de enfermería para determinar la prevalencia del *burnout* y las variables moduladoras como el apoyo social y afrontamiento. Además se aplicó un diseño no experimental lo cual permitió establecer una relación causa-efecto. Sin embargo, este proyecto tiene algunas limitaciones. En primer lugar la población es bastante complicada en cuestión de horarios, debido a que no cuentan con mucho tiempo para resolver cualquier tipo de encuesta o cuestionario que les presente. Y, en segundo lugar, la muestra conformada por personal médico y de enfermería es pequeña, lo que no posibilitará generalizar los resultados obtenidos.

CONCLUSIONES

La prevalencia del síndrome de *burnout* en personal médico fue de 12%, mientras que en las enfermeras no se mostró prevalencia alguna.

El perfil sociodemográfico de la muestra de médicos/as que participaron en la presente investigación fue el de un hombre, con una edad media de 35 años, con al menos dos hijos, mestizo y casado; mientras que en la muestra de enfermeros/as fue el de una mujer, con una edad promedio de 40 años, con al menos dos hijos, mestiza y soltera.

El perfil laboral de la muestra de médicos/as es que perciben un salario mensual entre \$1001 a \$2000, poseen una experiencia laboral de 7.3 años, el sector en el que laboran es público, con tipo de contrato ocasional y trabajan en turnos; mientras que en enfermeras su remuneración es de \$1001 a \$2000, con experiencia de trabajo de 13.2 años, laboran en el sector público, tienen un contrato ocasional y trabajan en turno.

En cuanto a la variable de salud mental, la subescala predominante en ambos grupos fue la de ansiedad con un 48% en médicos/as y un 47.6% en enfermeras. Además el rasgo de personalidad que sobresalió en médicos/as y enfermeras fue el de extroversión.

En las dimensiones del *burnout* en personal médico se obtuvo en agotamiento emocional alto 44%, alta despersonalización 48% y baja realización personal 52%. En la muestra de personal de enfermería 23,8% puntuó alto en agotamiento emocional, 19% alto en despersonalización y 42,9% bajo en realización personal.

No se encuentra correlación ni diferencia significativa entre el apoyo social y la presencia de *burnout* en profesionales de la salud de la ciudad de Loja.

Se encontró correlación y significancia entre el *burnout* y el afrontamiento, por cuanto si el personal de salud utiliza estrategias de afrontamiento como replanteamiento positivo, apoyo instrumental, planificación, afrontamiento activo, aceptación y religión se reduce la prevalencia del síndrome de *burnout*.

RECOMENDACIONES

Se sugiere considerar los datos obtenidos en la presente investigación con el fin de mejorar la eficacia asistencial del personal médico y de enfermería que brinden a los pacientes.

Se recomienda que se realicen investigaciones longitudinales y de seguimiento, para evidenciar el proceso de desarrollo del *burnout* y sus dimensiones en esta población.

Se sugiere a la institución desarrollar talleres de información y prevención del síndrome de *burnout* con el fin evitar la propagación del mismo. En el caso de los trabajadores que presentan este síndrome se recomienda brindar ayuda, apoyo, acompañamiento y tratamiento para reducir sus efectos y de esta manera puedan brindar una mayor calidad de servicios hacia los usuarios o pacientes.

Además se recomienda al establecimiento realizar actividades como: psicoterapia individual o grupal al menos una vez por mes, ejecutar cursos de autoestima y superación personal, establecer una rotación a otras unidades de especialización por un determinado tiempo para cambiar de ambiente de trabajo, y elaborar talleres de relajación y recreativos para sus empleados; así como implementar periodos de descanso entre las jornadas que laboran con el propósito de minimizar los niveles de estrés generados por cualquier circunstancia o situación que se presente.

Se sugiere que para futuros estudios que se ejecuten se incluyan en la población más instituciones para que la muestra sea más representativa y poder obtener resultados que puedan generalizarse a nivel de la ciudad de Loja.

Se recomienda para futuras investigaciones contar con el apoyo del área de recursos humanos en cuanto a información acerca del estudio a realizarse hacia los participantes para poder tener una mayor acogida y se facilite la recolección de datos.

PLAN DE INTERVENCIÓN

El presente programa de intervención se lo realiza con fin de prevenir y disminuir los niveles de *burnout* existente en el personal médico y de enfermería de la institución de estudio.

Antes de la aplicación de este plan se realizará un conversatorio informativo en el que se dé a conocer al personal de salud que es el *burnout*, sus características, síntomas, causas y consecuencias a nivel personal, psicológico y laboral con el fin de concientizar, prevenir y disminuir el desarrollo de este síndrome.

A continuación se explicarán el número de sesiones, actividades y objetivos a desarrollar.

ESTRATEGIAS A NIVEL INDIVIDUAL

Objetivo: Proporcionar estrategias fisiológicas, cognitivas y conductuales que ayuden a prevenir el estrés y sus consecuencias.

Sesión N° 1: Ejercicio físico, respiración y relajación

La realización del ejercicio físico moderado ayuda a disminuir los niveles de estrés estimulando una sensación tranquilizante en la persona. En esta sesión se manifestará a los médicos/as y enfermeras de los beneficios que tiene el realizar un ejercicio físico adecuado (dependiendo de la edad y condiciones o afecciones que presenten); los ejercicios más eficientes para tratar este síndrome son los aeróbicos, caminar o correr.

La técnica de respiración facilitará su control consiente para que pueda ser aplicada en contextos de tensión y estresantes. Esta técnica consiste en realizar una respiración diafragmática de manera que se respire profundamente, tomando aire por la nariz, reteniéndolo por un periodo corto de tiempo hasta exhalarlo por la boca de forma lenta repitiendo por varias ocasiones.

La técnica de relajación tiene como objetivo disminuir los niveles de estrés y tensión psicológica. Se considera que pueden emplearse dos técnicas: en la primera se debe diferenciar lo que es relajación de lo que es tensión para de esta manera poder controlar el estado de tensión, luego se tensa los músculos de forma consiente para posteriormente relajarlos; la segunda técnica es de relajación breve y se la usa para intervenir en momentos de

ansiedad y estrés que son parte de la sintomatología que presenta el *burnout*, su objetivo es que la persona se relaje en una situación cotidiana y en un breve periodo de tiempo.

Sesión N° 2: Manejo de tiempo

Esta sesión tiene como objetivo que los médicos/as y enfermeras que laboran en la institución conozcan las formas para manejar de manera correcta su tiempo y de este modo se organicen haciendo una lista por orden de importancia de actividades que deban cumplir dentro de la entidad en las horas laborales y así poder efectivizar su trabajo. Para el cumplimiento de esta sesión se debe indicar a los participantes que siempre se debe dejar un tiempo para imprevistos, es necesario que diariamente hagan una lista de actividades a cumplir, es conveniente además que se planteen objetivos realistas y sensatos, deberá tener un periodo de tiempo corto para realizar descansos en el trabajo y evitar distracciones.

Sesión N° 3: Reestructuración cognitiva

El objetivo es formar a las personas para que puedan desconectarse del trabajo y sepan discernir entre lo personal y familiar de lo laboral, también ayudar a que logren estrategias que les permitan descubrir pensamientos negativos para que de esta forma los modifiquen por ideologías adaptativas. Para esto se analizará distorsiones cognitivas como pensamiento dicotómico, sobregeneralización y visión catastrófica, y luego se enseñará varias alternativas para disminuir el malestar que estas proveen.

Sesión N° 4: Solución de problemas

Se ayudará a los médicos/as y enfermeras a visualizar una mejor toma de decisiones antes sus conflictos laborales frecuentes, de manera que primero se hará que identifique el problema, luego analizará las posibles alternativas y finalmente se tomará la decisión en base a la solución que considere más apropiada

ESTRATEGIAS A NIVEL GRUPAL

Objetivo: Buscar apoyo social tanto a nivel de pares como familiar para disminuir el desarrollo o prevenir el síndrome de *burnout*.

Sesión N° 5: Asertividad.

En esta sesión se explicará el tema de asertividad, que no es más que la habilidad que tiene cada persona para expresar sus opiniones o pensamientos en un momento oportuno, para esto se utilizará la técnica de asertividad del disco rayado, para luego realizar un role-playing acerca de las situaciones que pueden vivirse a diario entre el profesionales de la salud con sus superiores o entre compañeros de trabajo.

Sesión N° 6: Mejoramiento del ambiente laboral.

En esta sesión manifestaremos que el objetivo principal es que los profesionales de la salud aprendan a mejorar su trabajo con el centro médico. Para esto se expondrán estrategias de afrontamiento que permitan mejorar el ambiente de trabajo, describiendo los roles que desempeña cada profesional, sus obligaciones y derechos, con el fin de eliminar el estrés que provoca la ambigüedad sobre estas cláusulas.

Sesión N° 7: Actividades sociales.

Se expondrá a los profesionales de la salud que la realización de actividades sociales llega a ser gratificantes y son una buena estrategia de afrontamiento para el estrés. Como actividades gratificantes y sociales se pueden realizar reuniones ya sea en su tiempo libre o fuera del centro, realización de algún evento deportivo o de beneficencia, en donde se generará un ambiente de apoyo y aceptación.

Sesión N° 8: La comunicación

La adecuada comunicación en contextos interpersonales conflictivos que pueden presentarse en la institución es importante para evitar ambientes estresantes con los compañeros de trabajo.

Para esto se trabajará con la manera correcta de comunicación verbal y no verbal, fomentar la comunicación asertiva y clara, en donde la información sea enviada y recibida adecuadamente entre profesionales y el medio con el que esta interactuando. También se trabajará con postura adecuada, gestos, entonación, volumen de voz prudente para referirse a los demás, de modo que esto sea manifestación de respeto entre todos.

Sesión N° 9: Apoyo social y habilidades sociales

El apoyo social es una estrategia que permite manejar de mejor manera los problemas al que se puede enfrentar la persona, ya que al percibir apoyo, respeto, estimación, comprensión y valorización como persona por parte de sus compañeros, fortalecerá la confianza lo que permitirá ofrecer y recibir ayuda ante situaciones estresantes o en momentos de necesidad.

Se sugerirá fortalecer los lazos de fraternidad entre compañeros con reuniones o retiros recreativos de los profesionales de la salud, igualmente se fomentará la escucha activa, adecuada comunicación y el apoyo entre compañeros.

ESTRATEGIAS A NIVEL INSTITUCIONAL

Objetivo: Promover medidas de prevención e intervención del burnout en el contexto institucional.

Sesión N° 10: Estrategias para la institución

Aplicar estrategias y políticas organizacionales para la prevención y afrontamiento del síndrome de burnout, con el fin de disminuir el riesgo en los profesionales de salud de padecer el síndrome.

Por lo tanto se sugerirá a la institución: Desarrollar programas que favorezcan a un mejor ambiente de trabajo, fomentar el correcto clima laboral por medio de gratificación por el desempeño y rol, recompensar a los profesionales, mejorar las redes de comunicación, apoyar la formación y capacitación, aumentar su autonomía, política de puertas abiertas para cualquier situación por parte de los empleados, incrementar el apoyo del área de psicología, flexibilidad en permisos.

Sesión N° 11: Recomendaciones

En esta sesión se incentivará a la aplicación de las técnicas y sugerencias propuestas en el programa, además se explicarán otras estrategias beneficiosas como realizar actividades agradables en tiempo de ocio, mantener hábitos de sueño, alimentación equilibrados.

BIBLIOGRAFÍA

Albee, G. (2000). Commentary on prevention and counseling psychology. *The Counseling Psychologist*, 28, 845-853.

Álvarez Gallego, E., y Fernández Ríos, L. (1991). El Síndrome de " Burnout" o el desgaste profesional. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 11, 257-265. Recuperado de: <http://revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15231/15092>

Álvarez, R. F. (2011). El síndrome de burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa. *Éxito empresarial*, 160, 1-4. Recuperado de: [ghttp://www.integraorg.com/wp-content/docs/El%20sindrome%20de%20burnout,%20sintomas,%20causas%20y%20medidas%20de%20atencion%20en%20la%20empresa.pdf](http://www.integraorg.com/wp-content/docs/El%20sindrome%20de%20burnout,%20sintomas,%20causas%20y%20medidas%20de%20atencion%20en%20la%20empresa.pdf)

Aranda, C., Pando, M., Torres, T., Salazar, J., y Aldrete, M. (2014). Síndrome de burnout y manifestaciones clínicas en los médicos familiares que laboran en una institución de salud para los trabajadores del Estado. *Psicología y Salud*, 16, 15-21.

Assis Tavares, K. F., De Oliveira Souza, N. V. D., Da Silva, L. D., y Fonseca Kestenberg, C. C. (2014). Prevalence of burnout syndrome among resident nurses/Ocorrência da síndrome de burnout em enfermeiros residentes. *Acta Paulista De Enfermagem*, 27, 260-265. Recuperado de <http://search.proquest.com/docview/1552155563?accountid=45668>.

Austria, F., Cruz, B., Herrera, L. y Salas, J. (2012). Relaciones estructurales entre estrategias de afrontamiento y síndrome de Burnout en personal de salud: un estudio de validez externa y de constructo. *Universitas Psychologica*, 11, 197-206.

Avendaño, C., Bustos, P., Espinoza, P., García, F., y Pierart, T. (2009). Burnout y Apoyo Social en Personal del Servicio de Psiquiatría de un Hospital Público. *Ciencia y enfermería*, 15, 55-68. Doi: 10.4067/S0717-95532009000200007.

Ballester-Arnal, R., Gómez-Martínez, S., Gil-Juliá, B., Ferrándiz-Sellés, M. D., y Collado-Boira, E. J. (2016). Burnout y factores estresantes en profesionales sanitarios de las unidades de cuidados intensivos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21, 129-136. Doi: 10.5944/rppc.vol.21.num.2.2016.16146

Barrón, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.

Basset, I., Estévez, R., Leal, M., Guerrero, M., y López, J. (2010). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de una Unidad de Psiquiatría. *Enfermería Neurológica*, 10,81-85.

Beloy, J. N., Muñoz, S. C., Ferro, M. L., López, S. A., Torre, L. V., López, L. A., y Noche, S. A. (2010). Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital. *Revista de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública*, 2, 23-27.

Beltrán, C. A., Moreno, M. P., y Reyes, M. B. P. (2004). Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o burnout: una revisión. *Psicología y salud*, 14, 79-87.

Berdejo, H. (2014). *Síndrome de desgaste laboral (Burnout) en los Médicos Residentes de Especialidades Médico Quirúrgicas de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá* (Tesis doctoral). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Recuperado de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/45814/1/05599120.2014.pdf>

Buunk, B. P. y Schaufeli, W. B. (1993). Burnout: A perspective from social comparison theory. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (p. 53-69). London: Taylor y Francis.

Camacho-Ávila, A., Juárez-García, A., y Arias Galicia, F. (2010). Síndrome de burnout y factores asociados en médicos estudiantes. *Ciencia y Trabajo*, 12, 251-254.

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

Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.

Castillo Ávila, I. Y., Orozco, C., Alvis, E., y Luis, R. (2015). Síndrome de Burnout en el personal médico de una institución prestadora de servicios de salud de Cartagena de Indias. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 47, 187-192.

Chacon, M. y Grau J. (1997). Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos. *Revista Cubana Oncológica*, 13, 118-125.

Cherniss, C. (1980). *Professional burnout in human service organizations*. Nueva York: Praeger.

Cherniss, C. (1993). The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 135-149). London: Taylor y Francis.

Contreras, S., Ávalos, M., Priego, H., Morales, M., y Córdova, J. (2013). Síndrome de Burnout, funcionalidad familiar y factores relacionados en personal médico y de enfermería de un hospital de Villahermosa, Tabasco, México. *Horizonte sanitario*, 12, 45-57.

Cotito, J. (2016). *Prevalencia y factores asociados al síndrome de Burnout en médicos asistentes del hospital René Toche Groppo septiembrenoviembre de 2015*. (Tesis de Postgrado). Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú. Recuperado de: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/500/1/Cotito_j.pdf
http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/500/1/Cotito_j.pdf

Cox, T., Kuk, G. y Leiter, M. (1993). Burnout, health, work stress, and organizational healthiness. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 177-193). London: Taylor y Francis.

Cruz Valdes, B., Austria-Corrales, F., Herrera-Kiengelher, L., Vázquez-García, J., Vega, C. y Salas-Hernández, J. (2010). Estrategias activas de afrontamiento: un factor protector ante el síndrome de burnout “o de desgaste profesional” en trabajadores de la salud. *Neumol Cir Torax*, 69, 137-142.

De La Cruz De Paz, E. (2014). *Estrés laboral y Síndrome de Burnout en los Profesionales de Enfermería de Atención Hospitalaria* (Tesis de Pre-grado). Universidad de Valladolid, Valladolid, España. Recuperado de: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/5629>

Díaz, N., Mendo, T., y Vásquez, C. (2015). El Síndrome de Burnout en Enfermeras de los Servicios Hospitalarios de la Provincia De Trujillo. *Revista De Psicología*, 5, 7-19.

Erera, I.P. (1992). Social support under conditions of organizational ambiguity. *Human Relations*, 45, 247-264

Estallo, L., Alberdi, O., y Moyano, 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*, 13. 253-264.

Estela-Villa, L. M., Jiménez-Román, C. R., Landeo-Gutiérrez, J. S., Tomateo-Torvisco, J. D., y Vega-Dienstmaier, J. M. (2013). Prevalencia de síndrome de burnout en alumnos del séptimo año de medicina de una universidad privada de Lima, Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 73, 147-156. Doi:.20453/rnp.v73i4.1700.

Falgueras, M. V., Muñoz, C. C., Pernas, F. O., Sureda, J. C., López, M. P. G., y Miralles, J. D. (2015). Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria. *Atención Primaria*, 47, 25-31. Doi: 10.1016/j.aprim.2014.01.008

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

Francis, L. J., Brown, L. B., y Philipchalk, R. (1992). The development of an abbreviated form of the Revised Eysenck Personality Questionnaire (EPQR-A): Its use among students in England, Canada, the USA and Australia. *Personality and individual differences*, 13, 443-449.

Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal Of Social Issues*, 30, 159-165.

Gallegos, W. L. A., y Del Carpio Toia, A. M. (2016). Síndrome de burnout en personal de enfermería de Arequipa Burnout syndrome in the nursing staff from Arequipa. *Revista Cubana Salud Pública*, 42, 1-19.

García, G. M. (2007). Síndrome de burnout y riesgos psicosociales en personal de enfermería. Prevalencia e intervención. *Información psicológica*, 91, 23-31.

Gil-Monte, P. R. (2002). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Psicología científica. com*, 3, 1-5

Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1997b). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.

Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M. y Valcárcel, P. (1995). *A causal model of burnout process development: An alternative to Golembiewski and Leiter models*. Trabajo presentado en el VII Congreso Europeo sobre Trabajo y Psicología Organizacional. Gyor, Hungría.

Goldberg, D. P., y Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine*, 9, 139-145.

Golembiewski, R. T., Munzenrider, R. y Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science*, 19, 461-481.

Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M., y Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Revista Española de Salud Pública*, 83, 215-230. Doi: 10.1590/S1135-5727200900020006

Harrison, W. D. (1983). A social competence model of burnout. En B. A. Farber (ed.), *Stress and burnout in the human services professions* (1985, 20 ed., pp. 29-39). New York: Pergamon Press

Henao, D. C. S., Strauss, A. M. G., Moreno, M. P., y Molina, R. T. (2014). Relación entre factores psicosociales negativos y el síndrome de Burnout en el personal sanitario de Florencia (Caquetá, Colombia). *Salud Uninorte*, 30, 52-62.

Hernández, R. (2014). *Metodología de la Investigación*. México DF, México: Mc Graw Hill Education.

Hobfoll, S. E. y Freedy, J. (1993). Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 115-129). London: Taylor y Francis.

Holmes, E. S., Dos Santos, S. R., Farias, J. A., y Costa, M. B. d. S. (2014). Síndrome de burnout em enfermeiros na atenção básica: Repercussão na qualidade de vida/Burnout syndrome in nurses acting in primary care: An impact on quality of life/Síndrome de burnout en las enfermeras de la atención primaria: Impacto en la calidad de vida. *Revista De Pesquisa, Cuidado é Fundamental Online*, 6, 1384-1395. Doi:10.9789/2175-5361.2014.v6i4.1384-1395.

Howlett, M., Doody, K., Murray, J., LeBlanc-Duchin, D., Fraser, J., y Atkinson, P. R. (2015). Burnout in emergency department healthcare professionals is associated with coping style: A cross-sectional survey. *Emergency Medicine Journal: EMJ*, 32, 722. Doi: 10.1136/emmermed-2014-203750.

Ibáñez Martínez, L. (2015). *Ansiedad y personalidad en personal sanitario de Unidades de hospitalización del Principado de Asturias* (Tesis de post-grad). Universidad de Oviedo, Oviedo, Asturias, España. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10651/34550>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC] (2017). Tu gobierno (2017, 31 de marzo). Recuperado de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/>

Jiménez, B. M., y Puente, C. P. (1999). El estrés asistencial en los servicios de salud. En *Manual de psicología de la salud: Fundamentos, metodología y aplicaciones* (pp. 739-757).

Larrosa Freire, P., Puchalski Trentin, J. y De Ávila Quevedo, L. (2016). Trends in burnout syndrome and emotional factors: an assessment of anesthesiologists in Southern Brazil, 2012. *Psychology, Health and Medicine*, 21, 413-423. Doi: 10.1080/13548506.2016.1139143.

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer Publishing Company.

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Lee, R. T. y Ashforth, B. E. (1993a). A longitudinal study of burnout among supervisors and managers: Comparisons between the Leiter and Maslach (1988) and Golembiewski, Munzenrider y Stevenson (1986) models. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 54, 369-398.

Leiter, M. P. (1993). Burnout as a developmental process: Consideration of models. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.). *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 237-250). Washington DC: Hemisphere.

Leiter, M. P. y Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308.

Ley 62/2012 Ministerio de Trabajo de la República del Ecuador. (2012, 2 de julio). *Boletín Viceministro de Relaciones Servicio Público*, 000033, 3 de julio, 2012. Recuperado de <http://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/10/R-0451-2012-AREA-DE-SALUD-No.2-LA-LIBERTAD.pdf>

Lin, N., Dean, A. y Ensel, W.M. (1986). *Social support, life events and depression*. Nueva York: Academic Press.

Lobo, A. y Muñoz, P. E. (1996). *Cuestionario de Salud General. Guía para el usuario de las diferentes versiones*. Barcelona: Masson.

Lobo, A., Pérez-Echeverría, M. J. y Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16, 135-140.

López, F. M., Cuenca, M., Viciano, D., Rodríguez, M. I., Martín, E. M., Acosta, M. y Odriozola, G. (2000). Evaluación psicosocial de los ancianos de una zona básica de salud. *Semergen*, 26, 387-392.

López-Castedo, A. y Domínguez, J. (2010). Exploratory factor analysis and psychometric properties of the General Health Questionnaire in Spanish adolescents. *Psychological Reports*, 107, 120-126.

Marcelino, G., Cerveira, J. M., Carvalho, I., Costa, J. A., Lopes, M., Calado, N. E., y Marques-Vidal, P. (2012). Burnout levels among portuguese family doctors: A nationwide survey. *BMJ Open*, 2, 1-6. doi:10.1136/bmjopen-2012-001050.

Martín, R. A. (2015). Burnout en enfermería: prevalencia y factores relacionados en el medio hospitalario. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 41, 9-14.

Martínez, A. V., y García, M. C. L. (2017). Estrés y Burnout en médicos familiares. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 6, 30-32.

Maslach, C. (1993). Burnout: A multidimensional perspective. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek, (Eds). *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. (pp, 19-23). Washington, DC: Taylor y Francis.

Maslach, C. y Jackson, S.E. (1986). *The Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychology Press.

Maticorena-Quevedo, J., Beas, R., Anduaga-Beramendi, A., y Mayta-Tristán, P. (2016). Prevalencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Perú, Ensusalud 2014. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33, 241-247. Doi: 10.17843/rpmesp.2016.332.2170

Miler, D., (2011). Tipos de investigación científica. *Revista de Actualización Clínica Investigativa*, 12, 621-624.

Mingote Adán, J.C., y Pérez Corral, F. (1999). Síndrome del “burnout” o de desgaste profesional. En: Mingote Adán, J.C. y Pérez Corral F, (Ed). *El estrés del médico. Manual de autoayuda*. Madrid: Díaz de Santos.

Morán, C., Landero, R. y González, M. T. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9, 543-552.

Muñoz, P. E., Vázquez, J. L., Rodríguez, I. F., Pastrana, E. y Varo, J. (1979). Spanish adaptation of the General Health Questionnaire (GHQ) of DP Goldberg (a method for identifying psychiatric cases in the community). *Archivos de Neurobiología*, 42, 139-158

Ochomogo, H., y Barrera, E. (2011). Prevalencia del síndrome burnout, o síndrome de desgaste laboral, en personal del Hospital Nacional de Salud Mental de Guatemala. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 10, 11-17.

Ortega, C. y López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International journal of clinical and health psychology*, 4, 137-160.

Peeters, M.C., Schaufeli, W.B. y Buunk, B.P. (1997). Social interactions and negative affect among prison officers: A microanalytic approach. En P.R. Gil-Monte y J.M. Peiró S. (Eds.): *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.

Pereira, S. M., Teixeira, C. M., Carvalho, A. S., y Hernández-Marrero, P. (2016). Compared to palliative care, working in intensive care more than doubles the chances of burnout: Results from a nationwide comparative study. *PLoS One*, 11, 1-21 doi: 10.1371/journal.pone.0162340.

Pereira, S. M., Teixeira, C. M., Ribeiro, O., Hernández-Marrero, P., Fonseca, A. M., y Carvalho, A. S. (2014). Burnout em médicos e enfermeiros: Estudo quantitativo e multicêntrico em unidades de cuidados paliativos em Portugal. *Revista De Enfermagem Referência*, 3, 55-64. doi: 10.12707/RIII13178.

Ramírez, M. (2015). *Burnout en Profesionales de la Salud del Ecuador* (Tesis doctoral). Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10347/14632>

Revilla, L., Luna del Castillo, J., Bailón, E. y Medina, I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia*, 6, 10-18.

Ríos, M. I. (2009). Variables de personalidad y síndrome de estrés crónico asistencial: estudio exploratorio en personal de enfermería (Tesis doctoral). Recuperado de: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/11011/RiosRisquezMarialsabel.pdf?sequence=1>

Rísquez, M. I. R., y Fernández, C. G. (2011). Síndrome de quemarse por el trabajo, personalidad resistente y malestar psicológico en personal de enfermería. *Anales de psicología*, 27, 71-79

Rodríguez Paipilla, M., Rodríguez Gómez, R., Riveros Gutiérrez, A., Rodríguez D'Luyz, M., Pinzón Salamanca, J. (2011). *Síndrome de Burnout y factores asociados en personal de salud en tres Instituciones de Bogotá en diciembre de 2010* (Tesis de post grado). Universidad del Rosario-Universidad CES, Bogotá, Colombia. Recuperado de: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/2389/52931143-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Roger, M. C., y Abalo, J. G. (1997). Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos. *Revista Cubana Oncológica*, 13, 118-125.

Roth, E., y Pinto, B. (2010). Síndrome de burnout, personalidad y satisfacción laboral en enfermeras de la Ciudad de La Paz. *Ajayu*, 8, 62-100.

Sampieri, R., Collado, C. y Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México DF, México: Edición McGraw-Hill.

Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 141-157.

Sandín, B., Valiente, R. M. y Chorot, R. (1999). Evaluación del estrés psicosocial. En B. Sandín (Ed.), *El estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas* (pp. 245-316). Madrid: Klinik.

Sandín, B., Valiente, R. M., Montes, M. O., Chorot, P. y Germán, M. A. (2002). Versión española del cuestionario EPQR-Abreviado (EPQR-A) (II): Replicación factorial, fiabilidad y validez. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7, 195-205.

Sandoval, J. (2000). El estudio de la alteración mental y el trabajo: el síndrome del trabajador quemado o burnout. *Salud Problema*, 5, 51-64.

Sarmiento Silva, S. C. P., Prado Nunes, M. A., Rocha Santana, V., Prado Reis, F., Machado Neto, J., y Oliveira Lima, S. (2015). Burnout syndrome in professionals of the primary healthcare network in aracaju, brazil. *Ciência y Saúde Coletiva*, 20, 3011-3020. Doi: 10.1590/1413-812320152010.19912014.

Seisdedos, N. (1997). MBI Inventario Burnout de Maslach. Madrid: Ediciones TEA.

Shanafelt, T., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L., Sotile, W., Satele, D., y Oreskovich, M. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of internal medicine*, 172, 1377-1385. doi:10.1001/archinternmed.2012.3199

Sherbourne, C. D. y Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science y Medicine*, 32, 705-714.

Stavroula, L., Griffiths, A., y Cox, T. (2004). La organización del trabajo y el estrés. *Serie protección de los trabajadores*, 3, 1-10.

Teixeira, C., Ribeiro, O., Fonseca, A. M., y Carvalho, A. S. (2013). Burnout in intensive care units - a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: A descriptive correlational multicentre study. *BMC Anesthesiology*, 13, 1-15. doi: 10.1186/1471-2253-13-38.

Tello, J. (2010). *Nivel de síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeros de los Servicios Críticos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2009* (Tesis de pre grado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperado de: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/547>

Terrones-Rodríguez, J. F., Cisneros-Pérez, V., y Arreola-Rocha, J. J. (2016). Burnout syndrome in medical residents at the General Hospital of Durango, México. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 54, 242-248.

Thompson, M. S., Page, S. L., Cooper, C. L. (1993). A test of Caver and Scheier's self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress Medicine*, 9, 221-235.

Toscano, J. H. Á., Hernández, L. T. G., y Salgado, M. M. M. (2010). Características demográficas y laborales asociadas al Síndrome de Burnout en profesionales de la salud. *Pensamiento psicológico*, 8, 39-52.

Vásquez-Manrique, J. F., Maruy-Saito, A., y Verne-Martin, E. (2014). Frecuencia del síndrome de burnout y niveles de sus dimensiones en el personal de salud del servicio de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el año 2014: Lima, Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 77, 168-174.

Winnubst, J. A. (1993). Organizational structure, social support, and burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 151-162). London: Taylor y Francis.

Winnunst, J.A., Buunk, B.P. Marcelissen, F.H. (1997). Social support and stress: Perspectives and processes: En P.R. Gil-Monte y J.M. Peiró S. (Eds.): *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.

Zabala-González, M., Posada-Arévalo, S., Jiménez-Mayo, O., López-Méndez, R., Pedrero-Ramírez, L., y Pérez-Arias, M. (2011). Síndrome de Burnout en personal médico y de enfermería de una unidad médica familiar en Tabasco, México. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 11, 18-23.

Zeidner, M., y Hammer, A. (1990). Life events and coping resources as predictors of stress symptoms in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 11, 693-703.

ANEXOS

Anexo 1

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTES Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto de Investigación: “Burnout en profesionales de la salud en la ciudad de Loja”.

Departamento de Psicología

Investigador responsable: Rocío Ramírez Zhindón

Estudiante de la UTPL: Lorena Herrera

Información General

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar o no, en una investigación con aplicaciones psicológicas.

Este proyecto tiene por objeto: Identificar el nivel del burnout en los profesionales de la salud en la ciudad de Loja.

La investigación es en su mayoría a través de cuestionarios no implica ningún riesgo para el participante y la decisión de participar es absolutamente voluntaria.

¿Quiénes participarán en el estudio?

Para el estudio no se han realizado avisos públicos para el reclutamiento de participantes. No hay contraindicaciones, ni riesgos relacionados a la participación en la investigación.

La población objeto de estudio serán el personal de instituciones de salud, es decir médicos en servicio activo al igual de cualquier especialidad y enfermeras que se encuentre vinculados tanto a instituciones de salud en la ciudad de Loja; independientemente de la edad o género.

Procedimientos del estudio

A los voluntarios incluidos en el estudio se les realizarán distintas pruebas psicológicas y levantamiento de información sociodemográfica, a través de los siguientes instrumentos: Cuestionario Sociodemográfico y laboral, Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28), Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE/28), Cuestionario MOS de Apoyo Social, Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A.

Beneficios de su participación:

Con este estudio usted contribuirá al desarrollo de nuevos conocimientos destinados a la prevención del desgaste profesional.

Los resultados finales serán informados a través de artículos científicos y exposiciones académicas, y únicamente serán trabajados por el Departamento y Titulación de Psicología de la UTPL.

¿Incurriré en algún gasto?

Usted no incurrirá en ningún gasto, todo estará financiado por la UTPL, y las organizaciones que colaboren voluntariamente para el cumplimiento de los objetivos previstos en esta investigación.

Riesgos y molestias:

Éste es un estudio en que los riesgos para su salud son nulos. Además, en éste estudio no se usará ningún tipo de medio o de estrategia de recolección de información que ponga en algún riesgo o malestar al participante.

Confidencialidad de los datos:

Si acepta participar en el presente estudio, sus datos y resultados serán parte de la investigación científica y serán usados en publicaciones, sin embargo, se guardará estricta confidencialidad de todo tipo de información personal entregada y se garantizará el anonimato de cada uno de los adultos mayores participantes.

Participación voluntaria:

Todos los que decidan participar en el presente estudio y cambien de opinión durante el desarrollo del mismo, podrán abandonarlo en cualquier momento. Si desea más información acerca del estudio haga todas las preguntas que desee en cualquier momento de su participación.

Contactos para preguntas acerca del estudio:

Rocío Ramírez Zhindón mrramirez@utpl.edu.ec 37014777ext. 2773

<p>NOTA: No firme la presente carta hasta que haya leído o le hayan leído y explicado toda la información proporcionada y haya hecho todas las preguntas que desee. Se le proporcionará copia de éste documento.</p>

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El/la abajo firmante, declara conocer el Proyecto “Burnout en profesionales de la salud en la ciudad de Loja” y acepta que para que se pueda llevar a cabo el mismo, se hace necesario la recolección de algunos datos concernientes a su estado actual.

Por lo que, libre y voluntariamente, consciente en participar en el proyecto detallado, colaborando para la realización del mismo y aportando con la información y actividades que se requieran.

Además autoriza al personal a cargo del proyecto para que utilice su información para la consecución de los objetivos propuestos.

Fecha.....

NOMBRE:

NÚMERO DE CÉDULA:

.....

FIRMA

Anexo 2

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

Este cuestionario consta de una serie de ítems relativos a sus características, socioeconómicas y laborales. Su objetivo es recolectar datos para una investigación realizada por la Universidad Técnica Particular de Loja. Le agradeceríamos que nos diera su sincera opinión sobre TODAS las cuestiones que le planteamos. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas. Muchas gracias. Apreciamos muchísimo su ayuda.

Datos Personales

Género Masculino Femenino

Edad ____ años

Mencione la ciudad en la que trabaja actualmente.....

La zona en la que trabaja es: Urbana Rural

Etnia: Mestizo Blanco Afro ecuatoriano Indígena

Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado o separado Unión Libre

Número de Hijos: _____

Recibe su remuneración salarial: si no

La remuneración se encuentra entre:

0-1000 USD 1001-2000 USD 2001-3000 USD

3001-4000 USD 4001-5000 USD 5001-6000 USD

Datos Laborales

Profesión: Médico/a Especialidad de medicina en: _____
Enfermera

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado Público Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido (Nombramiento)
Servicios profesionales Ninguno

Horas que trabaja Diariamente _____

Trabaja usted en turno SI No

Durante la jornada del trabajo que porcentaje dedica a la atención de pacientes:

Ninguno 25 % 25-50% 50-75% 75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____ Usted

atiende a personas que tienen un alto riesgo de muerte: Sí No

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

Marque la puntuación que crea más adecuada entre 1 y 4, considerando el valor 1 como “nada”, 2 “poco”, 3 “bastante” y 4 “totalmente valorado”, de acuerdo a los enunciados que se presentan:

	1	2	3	4
¿Cuán valorado se siente por sus pacientes?				
¿Cuán valorado se siente por los familiares de los pacientes?				
¿Cuán valorado se siente por sus compañeros de profesión?				
¿Cuán valorado se siente por los directivos la institución?				

Marque la puntuación que crea más adecuada entre 1 y 4, considerando el valor 1 como “nada satisfecho”, 2 “poco”, 3 “bastante” y 4 “totalmente satisfecho”, de acuerdo a los enunciados que se presentan:

	1	2	3	4
¿Está satisfecho con el trabajo que realiza?				
¿Está satisfecho en su interacción con los pacientes?				
¿Está satisfecho con el apoyo brindado por parte de los directivos de la institución?				
¿Está satisfecho con la colaboración entre compañeros de trabajo?				
¿Está satisfecho con la valoración global de su experiencia profesional?				
¿Está satisfecho con su situación económica?				

Le recordamos la importancia de su información para usted y para su colectivo ocupacional. Sus respuestas únicas. MUCHAS GRACIAS por su tiempo y por haber contestado a todas las preguntas formuladas en el cuestionario.

Anexo 3

CUESTIONARIO DE MBI

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Tiene que saber que no existen respuestas mejores o peores. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y su nivel de satisfacción. A cada una de las frases debe responder expresando la **frecuencia** con que tiene ese sentimiento, poniendo una cruz en la casilla correspondiente al número que considere más adecuado.

Nunca	Alguna vez al año o	Una vez al mes o	Algunas veces al	Una vez a la	Varias veces a la semana	Diariamente
0	1	2	3	4	5	6

	0	1	2	3	4	5	6
1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2. Al final de la jornada me siento agotado.							
3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4. Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6. Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8. Me siento agobiado por el trabajo.							
9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12. Me encuentro con mucha vitalidad.							
13. Me siento frustrado por mi trabajo.							
14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15. Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.							
16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante							
17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18. Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							
19. He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21. Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22. Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

Anexo 4

Cuestionario (GHQ-28)

El objetivo del cuestionario es determinar si se han sufrido algunas molestias y cómo se ha estado de salud en las últimas semanas. Por favor, conteste a todas las preguntas, simplemente seleccionando las respuestas que, a su juicio, se acercan más a lo que siente o ha sentido. Recuerde que no se pretende conocer los problemas que ha tenido en el pasado, sino los recientes y actuales

<p>A1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?</p> <ol style="list-style-type: none">1. Mejor que lo habitual.2. Igual que lo habitual.3. Peor que lo habitual.4. Mucho peor que lo habitual.	<p>B1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?</p> <ol style="list-style-type: none">1. No, en absoluto.2. No más de lo habitual.3. Bastante más que lo habitual.4. Mucho más que lo habitual.
<p>A2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un energizante?</p> <ol style="list-style-type: none">1. No, en absoluto.2. No más de lo habitual.3. Bastante más que lo habitual.4. Mucho más que lo habitual.	<p>B2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de corrido toda la noche?</p> <ol style="list-style-type: none">1. No, en absoluto.2. No más de lo habitual.3. Bastante más que lo habitual.4. Mucho más que lo habitual.
<p>A3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?</p> <ol style="list-style-type: none">1. No, en absoluto.2. No más de lo habitual.3. Bastante más que lo habitual.4. Mucho más que lo habitual.	<p>B3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?</p> <ol style="list-style-type: none">1. No, en absoluto.2. No más de lo habitual.3. Bastante más que lo habitual.4. Mucho más que lo habitual.

<p>A4.¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto. 2. No más de lo habitual. 3. Bastante más que lo habitual. 4. Mucho más que lo habitual. 	<p>B4.¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto. 2. No más de lo habitual. 3. Bastante más que lo habitual. 4. Mucho más que lo habitual.
<p>A5.¿Ha padecido dolores de cabeza?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto. 2. No más de lo habitual. 3. Bastante más que lo habitual. 4. Mucho más que lo habitual. 	<p>B5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto. 2. No más de lo habitual. 3. Bastante más que lo habitual. 4. Mucho más que lo habitual.
<p>A6.¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le iba a estallar?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto. 2. No más de lo habitual. 3. Bastante más que lo habitual. 4. Mucho más que lo habitual. 	<p>B6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto. 2. No más de lo habitual. 3. Bastante más que lo habitual. 4. Mucho más que lo habitual.
<p>A7.¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto. 2. No más de lo habitual. 3. Bastante más que lo habitual. 4. Mucho más que lo habitual. 	<p>B7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto. 2. No más de lo habitual. 3. Bastante más que lo habitual. 4. Mucho más que lo habitual.

<p>C1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Más activo que lo habitual. 2. Igual que lo habitual. 3. Bastante menos que lo habitual. 4. Mucho menos que lo habitual. 	<p>D1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto. 2. No más de lo habitual. 3. Bastante más que lo habitual. 4. Mucho más que lo habitual.
<p>C2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menos tiempo que lo habitual. 2. Igual que lo habitual. 3. Más tiempo que lo habitual. 4. Mucho más que lo habitual. 	<p>D2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto. 2. No más de lo habitual. 3. Bastante más que lo habitual. 4. Mucho más que lo habitual.
<p>C3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mejor que lo habitual. 2. Aproximadamente lo mismo. 3. Peor que lo habitual. 4. Mucho peor que lo habitual. 	<p>D3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto. 2. No más de lo habitual. 3. Bastante más que lo habitual. 4. Mucho más que lo habitual.
<p>C4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Más satisfecho. 2. Aproximadamente lo mismo. 3. Menos que lo habitual. 4. Mucho menos satisfecho que lo habitual. 	<p>D4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Claramente, no. 2. Me parece que no. 3. Se me ha pasado por la mente. 4. Claramente lo he pensado.

<p>C5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Más útil que lo habitual. 2. Igual que lo habitual. 3. Menos útil que lo habitual. 4. Mucho menos que lo habitual. 	<p>D5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto. 2. No más de lo habitual. 3. Bastante más que lo habitual. 4. Mucho más que lo habitual.
<p>C6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Más que lo habitual. 2. Igual que lo habitual. 3. Menos que lo habitual. 4. Mucho menos que lo habitual. 	<p>D6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto. 2. No más de lo habitual. 3. Bastante más que lo habitual. 4. Mucho más que lo habitual.
<p>C7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Más que lo habitual. 2. Igual que lo habitual. 3. Menos que lo habitual. 4. Mucho menos que lo habitual. 	<p>D7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Claramente, no. 2. Me parece que no. 3. Se me ha pasado por la mente. 4. Claramente lo he pensado.

Anexo 5

Cuestionario BRIEF-COPE/28

Las siguientes afirmaciones se refieren a la manera que usted tiene de manejar los problemas. Indique si está utilizando las siguientes estrategias de afrontamiento señalando el número que corresponda a la respuesta más adecuada para usted, según los siguientes criterios:

0	1	2	3
No he estado haciendo	He estado haciendo esto un poco	He estado haciendo esto	He estado haciendo esto

1. Me he estado centrando en el trabajo y otras actividades para apartar mi mente de cosas	0	1	2	3
2. He estado concentrando mis esfuerzos en hacer algo acerca de la situación en la que estoy.	0	1	2	3
3. Me he estado diciendo a mí mismo "esto no es real".	0	1	2	3
4. He estado tomando alcohol u otras drogas para sentirme mejor.	0	1	2	3
5. He estado consiguiendo apoyo emocional de los demás.	0	1	2	3
6. He estado dejando de intentar hacerle frente.	0	1	2	3
7. He estado dando pasos para intentar mejorar la situación.	0	1	2	3
8. Me he estado negando a creer que esto ha sucedido.	0	1	2	3
9. He estado diciendo cosas para dejar salir mis sentimientos desagradables.	0	1	2	3
10. He estado recibiendo ayuda y consejo de otras personas.	0	1	2	3
11. He estado consumiendo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.	0	1	2	3
12. He estado intentando verlo desde otra perspectiva que lo haga parecer más positivo.	0	1	2	3
13. Me he estado criticando a mí mismo.	0	1	2	3
14. He estado intentando dar con alguna estrategia acerca de qué hacer.	0	1	2	3
15. He estado consiguiendo consuelo y comprensión de alguien.	0	1	2	3
16. He estado dejando de intentar afrontarlo.	0	1	2	3
17. He estado buscando algo bueno en lo que está pasando.	0	1	2	3
18. He estado haciendo bromas sobre ello.	0	1	2	3
19. He estado haciendo cosas para pensar menos en ello, como ir al cine, ver la televisión, leer, soñar despierto,	0	1	2	3
20. He estado aceptando la realidad del hecho de que ha ocurrido.	0	1	2	3
21. He estado expresando mis sentimientos negativos.	0	1	2	3
22. He estado intentando encontrar consuelo en mi religión o creencias espirituales.	0	1	2	3
23. He estado intentando conseguir consejo o ayuda de otros acerca de qué hacer.	0	1	2	3
24. He estado aprendiendo a vivir con ello.	0	1	2	3
25. He estado pensando mucho acerca de los pasos a seguir	0	1	2	3
26. Me he estado culpando a mí mismo por cosas que sucedieron.	0	1	2	3
27. He estado rezando o meditando.	0	1	2	3
28. He estado burlándome de la situación.	0	1	2	3

Anexo 6

CUESTIONARIO DE AS

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que usted dispone:

1.- Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (personas con las que se siente a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre). Escriba el número de amigos íntimos _____ y familiares cercanos: _____

Generalmente buscamos a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? Señale el número que corresponda a la respuesta más adecuada para usted según los siguientes criterios:

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
2. Alguien que le ayude cuando esté enfermo.					
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar.					
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.					
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita.					
6. Alguien que le muestre amor y afecto.					
7. Alguien con quien pasar un buen rato.					
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.					
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones.					
10. Alguien que le abrace.					
11. Alguien con quien pueda relajarse.					
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.					
13. Alguien cuyo consejo realmente desee.					
14. Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas.					
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.					
16. Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos.					
17. Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales.					
18. Alguien con quien divertirse.					
19. Alguien que comprenda sus problemas.					
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido.					

Anexo 7

CUESTIONARIO EPQR-A

Las siguientes preguntas se refieren a distintos modos de pensar y sentir. Lea cada pregunta y coloque una cruz bajo la palabra Si o la palabra No según sea su modo de pensar o sentir. No hay respuestas buenas o malas, todas sirven.

Descripción	Si	No
1. ¿Tiene con frecuencia subidas y bajadas de su estado de ánimo?		
2. ¿Es usted una persona comunicativa?		
3. ¿Lo pasaría muy mal si viese sufrir a un niño o a un animal?		
4. ¿Es usted una persona de carácter alegre?		
5. ¿Alguna vez ha deseado más ayudarse a sí mismo/a que compartir con otros?		
6. ¿Tomaría drogas que pudieran tener efectos desconocidos o peligrosos?		
7. ¿Ha acusado a alguien alguna vez de hacer algo sabiendo que la culpa era de usted?		
8. ¿Prefiere actuar a su modo en lugar de comportarse según las		
9. ¿Se siente con frecuencia harto/a («hasta la coronilla»)		
10. ¿Ha cogido alguna vez algo que perteneciese a otra persona (aunque sea un broche o un bolígrafo)?		
11. ¿Se considera una persona nerviosa?		
12. ¿Piensa que el matrimonio esta pasado de moda y que se debería suprimir?		
13. ¿Podría animar fácilmente una fiesta o reunión social aburrida?		
14. ¿Es usted una persona demasiado preocupada?		
15. ¿Tiende a mantenerse callado/o (o en un 2º plano) en las reuniones o encuentros sociales?		
16. ¿Cree que la gente dedica demasiado tiempo para asegurarse el futuro mediante ahorros o seguros?		
17. ¿Alguna vez ha hecho trampas en el juego?		
18. ¿Sufre usted de los nervios?		
19. ¿Se ha aprovechado alguna vez de otra persona?		
20. Cuando está con otras personas ¿es usted más bien callado/a?		
21. ¿Se siente muy solo/a con frecuencia?		
22. ¿Cree que es mejor seguir las normas de la sociedad que las suyas propias?		
23. ¿Las demás personas le consideran muy animado/a?		
24. ¿Pone en práctica siempre lo que dice?		