



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIO-HUMANISTA

TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

“Síndrome de Burnout y su relación con las variables laborales en el personal de salud en una institución pública de la ciudad de Machala durante el año 2016-2017”

TRABAJO DE TITULACIÓN.

AUTORA: Apolo Apolo, Nathaly Gissela

DIRECTORA: Ramírez Zhindón, Marina del Rocío, PhD

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

PhD.

Marina del Rocío Ramírez Zhindón.

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: “Síndrome de Burnout y su relación con las variables laborales en el personal de salud en una institución pública de la ciudad de Machala durante el año 2016-2017” realizado por Nathaly Gissela Apolo Apolo, 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 Nathaly Gissela Apolo Apolo declaro ser autora del presente trabajo de titulación: “Síndrome de Burnout y su relación con las variables laborales en el personal de salud en una institución pública de la ciudad de Machala 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).....

Nathaly Gissela Apolo Apolo

0706107570

DEDICATORIA

A Dios, por ser el pilar fundamental y guía en mi vida.

A mis padres Rodrigo y Alexi, a mi hermano Janner, por ser lo más importante que tengo en mi vida, gracias por estar siempre conmigo.

A mi angelito de 4 patitas Scraphy Doo, tú siempre serás mi deseo.

A mis abuelitos, mis tíos Sara y Luis, por ser mis segundos padres y estar siempre apoyándome.

En fin esta tesis quiero dedicársela a toda mi familia y amigas/os que siempre estuvieron alentándome para la realización y culminación de este proyecto.

AGRADECIMIENTO

Expreso mi agradecimiento a la Universidad Técnica Particular de Loja y a los docentes de la Carrera de Psicología que me brindaron sus conocimientos durante estos años de formación académica.

A mis padres, a mi familia por su apoyo y el esfuerzo que han puesto para que culmine esta etapa universitaria.

De manera especial agradezco a la PhD. Rocío Ramírez, por haber asumido la dirección de mi tesis, por su paciencia y dedicación.

A mis compañeras de tesis Gianella y Lorena, gracias por su apoyo.

Mi agradecimiento también a la doctora María del Cisne Quispe, y a mis compañeras por haberme ayudado con la recolección de datos de mi proyecto de tesis.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARATULA	i
APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPITULO I.....	5
1. CONCEPTUALIZACIÓN DEL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>	6
1.1. Desarrollo del síndrome de burnout	8
CAPÍTULO 2.....	11
2. CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>	12
2.1. Causas	12
2.2. Consecuencias en la salud en profesionales de la salud	13
2.3. Consecuencias en el trabajo en profesionales de la salud	13
CAPÍTULO 3.....	15
3. MODELOS EXPLICATIVOS DEL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>	16
3.1. Modelos etiológicos basados en la Teoría Sociocognitiva del Yo	16
3.1.1. Modelo de competencia social de Harrison (1983).....	16
3.1.2. Modelo de Pines (1993).....	16
3.1.3. Modelo de autoeficacia de Cherniss (1993).....	16
3.1.4. Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993)	17

3.2. Modelos etiológicos	17
3.2.1. Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli (1993)	17
3.2.2. Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freedy (1993)	17
3.3. Modelos etiológicos basados en la teoría organizacional	17
3.3.1. Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1988)	17
3.3.2. Modelos de Cox, Kuk y Leiter (1993).....	18
3.3.3. Modelo de Winnubst (1993).....	18
3.4. Modelos etiológicos basados en la teoría estructural.....	18
3.4.1. Modelo de Gil-Monte y Peiró (1997)	18
 CAPÍTULO 4.....	 19
4. PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>	20
4.1. Prevalencia del síndrome de <i>burnout</i> a nivel de Estados Unidos	20
4.2. Prevalencia del síndrome de <i>burnout</i> a nivel de Europa	21
4.3. Prevalencia del síndrome de <i>burnout</i> a nivel de Latinoamérica.....	22
4.4. Prevalencia del síndrome de <i>burnout</i> a nivel Nacional.....	24
 CAPÍTULO 5.....	 25
5. VARIABLES ASOCIADAS AL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>	26
5.1. Variables laborales	26
5.1.1. Profesión.....	26
5.1.2. Especialidad.....	26
5.1.3. Experiencia laboral.....	27
5.1.4. Tipo de contrato	27
5.1.5 Horas de trabajo.....	27
5.1.6. Realizar turnos	28
 CAPITULO 6.....	 29
6. METODOLOGÍA.....	30
6.1. Diseño de investigación	30
6.2. Objetivos.....	30
6.2.1. Objetivo general	30
6.2.2. Objetivos específicos	30
6.3. Preguntas de investigación.....	31

6.4. Contexto	31
6.5. Muestra.....	32
6.6. Procedimiento.....	32
6.7. Instrumentos de investigación.....	33
6.7.1. Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales ad hoc	33
6.7.2. Inventario de <i>burnout</i> de Maslach y Jackson (1986).....	33
6.7.3. Cuestionario de salud mental (GHQ28).....	34
6.7.4. Escala multidimensional de evaluación de los estilos de afrontamiento (BRIEF-COPE).....	34
6.7.5. Cuestionario de MOS de apoyo social.....	35
6.7.6. Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck.....	35
6.8. Recursos	36
6.8.1. Recursos humanos	36
6.8.2. Recursos técnicos	36
6.8.3. Recursos financieros	36
CAPITULO 7.....	37
7.1. Características sociodemográficas	38
7.2. Características laborales.....	39
7.3. Clima laboral de los/as médicos/as.....	41
7.4. Clima laboral de las enfermeras.....	42
7.5. Dimensiones del burnout en los profesionales de la salud.....	42
7.6. Casos de burnout en los profesionales de la salud	44
7.7. Malestar emocional de los profesionales de la salud	44
7.8. Estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud	45
7.9. Apoyo social de los profesionales de la salud.....	46
7.10 Rasgos de personalidad de los profesionales de la salud.....	46
7.11. Correlación del burnout y las horas de trabajo	47
7.12. Correlación entre el agotamiento emocional y las horas de trabajo.....	47
7.13. Correlación entre la despersonalización y las horas de trabajo.....	48
7.14. Correlación entre la realización personal y las horas de trabajo.....	48
7.15. Correlación del burnout con la experiencia laboral.....	49

7.16. Correlación entre agotamiento emocional y la experiencia laboral	49
7.17. Correlación entre la despersonalización y la experiencia laboral	50
7.18. Correlación entre la realización personal y la experiencia laboral	50
7.19. Turnos de trabajo asociado al burnout	50
7.20. Pruebas de chi-cuadrado de Pearson en turnos de trabajo.....	51
CAPITULO 8.....	52
8.1. Discusión	53
CONCLUSIONES	57
RECOMENDACIONES.....	59
BIBLIOGRAFÍA:.....	64
ANEXOS:.....	75

ÍNDICE DE TABLAS

1. INTRODUCCIÓN.....	3
1. Tabla 1. Desarrollo y etapas del síndrome de burnout.....	8
2. Tabla 2. Modelos explicativos del síndrome de burnout.....	16
2. RESULTADOS	37
1. Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud	38
2. Tabla 2. Características laborales de los profesionales de la salud	39
3. Tabla 3. Percepción del clima laboral de los/as médicos/as	41
4. Tabla 4. Percepción del clima laboral de las enfermeras	42
5. Tabla 5. Resultados de las dimensiones del burnout en los profesionales de la salud.....	43
6. Tabla 6. Resultados de los casos de burnout en los profesionales de la salud	44
7. Tabla7. Malestar emocional de los profesionales de la salud.....	44
8. Tabla 8. Estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud	45
9. Tabla 9. Percepción del apoyo social de los profesionales de la salud	46
10. Tabla 10. Rasgos de personalidad de los profesionales de la salud	46
11. Tabla 11. Correlación del burnout con las horas de trabajo	47
12. Tabla 12. Correlación de la dimensión de agotamiento emocional con las horas de trabajo	47
13. Tabla 13. Correlación de la dimensión de despersonalización con las horas de trabajo	48
14. Tabla 14. Correlación de la dimensión de realización personal con las horas de trabajo	48
15. Tabla 15. Correlación del burnout con la experiencia laboral.....	49
16. Tabla 16. Correlación de la dimensión de agotamiento emocional con la experiencia laboral.....	49
17. Tabla 17. Correlación de la dimensión de despersonalización con la experiencia laboral.....	50

18. Tabla 18. Correlación de la dimensión de realización personal con la experiencia laboral.....	50
19. Tabla 19. Turnos de trabajo asociado al burnout de los profesioanales de la salud.....	50
20. Tabla 20. Pruebas de chi-cuadrado de Pearson en turnos de trabajo de los profesionales de la salud	51

RESUMEN

El *burnout* hoy en día es un término bastante utilizado que cuenta con diferentes definiciones, haciéndose presente en diferentes investigaciones. Siendo uno de los grupos con mayor predisposición a padecer este síndrome el personal de la salud.

Para está investigación se utilizó una muestra de 27 médicos/as y 19 enfermeras que laboran en una institución pública de la ciudad de Machala. Se aplicaron diferentes instrumentos para la recogida de información entre estos: Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales ad hoc, MBI, GHQ-28, COPE-28, MOS y EPQR-A.

En cuanto a los resultados se determinó que existe prevalencia del *burnout* en un 11.1% en el personal médico. En cuanto a las dimensiones el 37.0% de los médicos/as obtuvieron niveles altos de agotamiento emocional, el 29.6% niveles altos de despersonalización y el 48.1% niveles bajos en realización personal. Para el personal de enfermería se manifestó el 10.5% niveles altos de agotamiento emocional, el 5.3% niveles altos de despersonalización y el 42.1% niveles bajos de realización personal.

PALABRAS CLAVES: *burnout*, profesionales de la salud, agotamiento emocional, despersonalización, realización personal.

ABSTRACT

Burnout today is a widely used term that has different definitions, being present in different investigations. Being one of the groups with greater predisposition to suffer this syndrome the one of personnel of the health.

For this research, a sample of 27 doctors and 19 nurses working in a public institution in the city of Machala were used. Different instruments were used for the collection of information among them: Questionnaire of sociodemographic and labor variables ad hoc, MBI, GHQ-28, COPE-28, MOS and EPQR-A.

Regarding the results, it was determined that there is prevalence of *burnout* in 11.1% in the medical staff. As for the dimensions, 37.0% of the doctors obtained high levels of emotional exhaustion, 29.6% high levels of depersonalization and 48.1% low levels in personal fulfillment. For the nursing staff, 10.5% showed high levels of emotional exhaustion, 5.3% had high levels of depersonalization and 42.1% had low levels of personal fulfillment.

KEYWORDS: *burnout*, health professionals, emotional exhaustion, depersonalization, personal fulfillment.

INTRODUCCIÓN

El término *burnout* fue utilizado por primera vez por Freudenberger (1974), un médico psiquiatra que lo catalogó como la pérdida incesante de motivación en los profesionales.

En la actualidad el *burnout* es cada vez más escuchado ya que afecta a la integridad emocional y física de los profesionales, en especial a aquellos que comparten de manera directa con sus pacientes, sin embargo a este síndrome no se la ha dado la importancia necesaria para ser estudiado. A consecuencia de ello, hoy en día es más difícil crear relaciones agradables entre compañeros de trabajo, sobre todo en aquellos centros donde tienen la interacción humana forma parte de los contenidos laborales Alcántara y Serrano, (2013).

Es por ello que esta investigación se ha interesado por los profesionales de la salud, siendo ellos un grupo vulnerable a padecerlo, para la misma se recopilará información acerca de la prevalencia del *burnout*, sus tres dimensiones y las variables laborales asociadas a este síndrome, este estudio se ejecutará en una institución pública de la ciudad de Machala, tomando como muestra a médicos/as y enfermeros/as que laboran de manera activa para la institución.

Teniendo como finalidad responder a los siguientes objetivos: Identificar las variables sociodemográficas, laborales, moduladoras y clínicas de los médicos y enfermeras de una institución pública de la ciudad de Machala, durante el año 2016-2017. Identificar la prevalencia del síndrome de *burnout* y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal) en médicos y enfermeras de la ciudad de Machala. Identificar las variables laborales que estén asociadas a la presencia del *burnout* y sus tres dimensiones en los profesionales de la salud.

El presente trabajo de investigación se ha dividido en seis apartados, con el propósito de dar un mayor entendimiento acerca del *burnout*, entre los apartados están: marco teórico, metodología, análisis de resultados, discusión, conclusiones, y bibliografía.

En el primer apartado de marco teórico se define; la conceptualización del síndrome de *burnout*, desarrollo del síndrome de *burnout*, causas y consecuencias del síndrome de *burnout*, modelos explicativos del síndrome de *burnout*, prevalencia del síndrome de *burnout* y variables laborales asociadas al síndrome de *burnout*.

En el apartado de metodología, está el diseño metodológico que utilizaremos, los objetivos, la muestra (médicos/as y enfermeros/as), variables de estudio, el procedimiento de la recolección de datos, los instrumentos utilizados.

En el apartado de resultados, se realizará la interpretación de las tablas Sociodemográficas, Laborales, el Inventario de Burnout de Maslach, Cuestionario de Salud Mental (GHQ28-28), La Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), Cuestionario de MOS de apoyo social y el Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck EPQR-A. Además se detallará la prevalencia del *burnout* y sus tres dimensiones, conjuntamente a las variables asociadas.

En la discusión, los resultados que fueron analizados serán relacionados con las preguntas de investigación y las investigaciones realizadas acerca del síndrome de *burnout*.

En las conclusiones se expondrán las terminaciones a las que ha llegado este proyecto investigativo. Y por último estará la bibliografía que son publicaciones científicas que han sido de gran ayuda.

CAPITULO I.
MARCO TEÓRICO
CONCEPTUALIZACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT

1. Conceptualización del síndrome de *burnout*

El *Burnout* es un término que ha despertado el interés de muchas investigaciones aportando numerosas definiciones que pueden afectar la moral y la parte psicológica de cada profesional, considerando que el estilo de vida en la actualidad es más acelerado por ello cada vez es más común hablar del término *burnout* en torno a diferentes profesiones y trabajos, causado por demandas o situaciones que divergen entre lo que hacen y lo que les exigen.

Freudenberger (1974) define el término *burnout*, “estar quemado”, como una incesante pérdida de motivación, falta de interés y energía lo que produce que el profesional llegue hasta el agotamiento, esto se relaciona junto a varios síntomas de depresión y ansiedad. Es por esto que lo catalogó como un proceso paulatino en donde los profesionales pierden el interés por su trabajo.

Edelwich y Brodsky (1980) afirman que el *burnout* es una pérdida paulatina del desinterés, voluntad, y las inspiraciones subsistidas por los profesionales en las carreras de ayuda, ya que las demandas planteadas por el centro de salud pueden ser altas y dar como resultado una sobrecarga en los escenarios de trabajo.

Maslach y Jackson (1986) lo definen como un síndrome psicológico que involucra una respuesta amplia a los estresores interpersonales que son habituales en el puesto de trabajo. Dicha respuesta posee 3 dimensiones claves, siendo estas las siguientes: agotamiento emocional, que representa un componente del estrés individual, en donde surgen sentimientos de estar sobre exigido y a su vez vacío de recursos emocionales, lo que conlleva a que el individuo se sienta agotado y sin energía para afrontar cualquier escenario que se le presente. La despersonalización constituye el componente interpersonal del síndrome, el cual se desarrolla mostrando una respuesta negativa y surge como respuesta al exceso de agotamiento emocional o de preocupación. Finalmente, la dimensión de dificultad para la baja realización personal se hace evidente cuando existe una falta de logros o el individuo se siente incapaz o improductivo, dicha dimensión se desarrolla como respuesta a la falta de apoyo social o de oportunidades para el desarrollo profesional.

En lo posterior Álvarez y Fernández (1991) detallan al término de *burnout* como una disfunción psicológica que sucede sobre todo a los profesionales cuyo trabajo implica un trato directo con las personas. Los resultados se manifiestan con altos niveles de cansancio, preocupación y actitudes inadecuadas ante situaciones de afrontamiento que sean conflictivas.

Al respecto Maslach y Schaufeli (1993) señalan que con frecuencia el *burnout* se muestra en aquellos profesionales que trabajan para una organización de servicios, y que tienen contacto directo con las personas de este establecimiento. El mismo puede manifestarse en otro tipo de profesiones, tales como deportistas, entrenadores, directivos, inclusive en activistas y amas de casa.

Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) señalan que a través del tiempo y varias investigaciones han elaborado cinco elementos para conceptualizarlo al *burnout*, entre estas:

- Predominan síntomas disfóricos, ya sean conductuales, depresivos o emocionales.
- Se hace notorio síntomas de comportamiento o mentales.
- El *burnout* se manifiesta en contextos de trabajo.
- El *burnout* se puede desarrollar en personas que anteriormente no han sufrido ningún tipo de patología.
- El ejercicio de trabajo deficiente ocurre por conducta y actitudes negativas.

Gil Monte (2007) se refiere al *burnout* como una respuesta al estrés cotidiano que surge sobre todo en aquellos profesionales de centros de atención médicos que ofrecen sus servicios de manera directa con los usuarios, se manifiesta con un deterioro cognoscitivo, caracterizado por la falta de entusiasmo en el puesto de trabajo, para más tarde ser manifestado por un deterioro emocional, que lleva hasta el agotamiento que puede llegar a ser emocional, como físico, para finalmente manifestarse con conductas inapropiadas, y trato frío hacia los usuarios y hacia el centro de salud.

Al respecto Quinceno y Vinacci (2007) mencionan que el *burnout* puede presentarse en diferentes contextos de nuestra vida diaria pero si bien es cierto un ambiente de trabajo puede ser uno de ellos, el mismo puede producir un estrés crónico en unas personas más que en otras, esto ocurre cuando fracasan las estrategias de resistencia y el individuo se siente incapaz de abordar dichas demandas que le exige su trabajo.

En cambio Arauco (2008) define al síndrome de *burnout* como el término patológico que desarrolla el sujeto, el cual implica un deterioro psicológico importante en el puesto de trabajo. Menciona que el efecto del estrés es una sensación intrínseca, la cual parece depender de la capacidad de afrontamiento que tenga cada individuo en su vida cotidiana.

El *burnout* en la actualidad constituye uno de los problemas más destacados de carácter social. El elevado ritmo de vida, de trabajo, la innovación de mercados, las exigencias laborales, ha despertado el interés por ser investigado Salanova y Llorens (2008).

Con respecto al *burnout* y a las profesiones se considera que desde siempre, han sido muchos los cambios a los que están expuestos los trabajadores de salud en lo que a su rutina de trabajo se refiere, pues a diario se enfrentan a situaciones que demandan gran responsabilidad y esfuerzo.

1.1. Desarrollo del síndrome de *burnout*.

A continuación en la tabla 1. Se presentará el desarrollo y etapas del *burnout*, el cual no se desdobra de manera súbita, sino que emerge de manera progresiva, en sucesión de etapas, señalando los diversos planteamientos teóricos de los autores, los cuales se diferencian por la secuencia en que se sitúan las dimensiones Algrato (2013).

Tabla 1.	Desarrollo y etapas del síndrome de <i>burnout</i>
Edelwich y Brodsky (1980)	El avance del <i>burnout</i> cuenta con cuatro etapas, en las profesiones de ayuda siendo las siguientes: 1.- El entusiasmo, el cual se manifiesta con altas expectativas en el nuevo puesto de trabajo. 2.- El estancamiento, el cual se muestra por el incumplimiento de las altas expectativas con las cuales se comenzó. 3.- La frustración, la misma que provoca decepción por no haber alcanzado el objetivo que fue planteado. 4.- La apatía que es el resultado de la falta de los recursos personales para afrontar la etapa de frustración.
Cherniss (1982)	El <i>burnout</i> se da como resultado a una mala adaptación psicológica entre el individuo que esta estresado y un trabajo estresante, lo cual genera principalmente la falta de compromiso. Es por esto que a este proceso lo define en las siguientes fases: 1.- Estrés, el cual se caracteriza por el desequilibrio que existe en las demandas del puesto de trabajo, y los recursos que este necesita para afrontarlos.

2.- Agotamiento, esta se origina a través de la respuesta emocional inmediata que el individuo experimenta hacia el desequilibrio manifestado, lo cual provoca sentimientos de preocupación, agotamiento, ansiedad y fatiga.

3.- Afrontamiento, la cual manifiesta cambios en la actitud y conducta del profesional, caracterizándose con un trato frío hacia sus clientes.

**Golembiewski,
Munzenrider y Carter
(1983)**

El *burnout* no es algo que solamente afecte a los profesionales de ayuda sino que afecta de forma generalizada a todos los profesionales.

Los mismos la dividen en diferentes dimensiones:

1.- La despersonalización es el síntoma inicial para el desarrollo del síndrome de *burnout*, el mismo que es utilizado como un mecanismo disfuncional al afrontamiento del estrés.

2.- La baja realización personal en el puesto de trabajo.

3.- El cansancio emocional a largo plazo.

Leiter y Maslach (1988)

El *burnout* se manifiesta por el desequilibrio de las demandas laborales y la falta de recursos personales. Manifestándose de la siguiente manera:

1.- El cansancio emocional, es la clave en este modelo y se manifiesta con fatiga y la falta de energía.

2.- La despersonalización como estrategia de afrontamiento que preserva al profesional del agotamiento y la decepción, esta implica actitudes negativas, sentimientos insolentes y negativos por los clientes, que aparecen por irritabilidad.

3.- La baja realización personal, como consecuencia de la incapacidad de enfrentar los estresores organizacionales, que no son más que respuestas negativas hacia sí mismo y su puesto de trabajo.

Leiter (1993)

Como resultado del análisis de las relaciones entre las dimensiones del MBI y un grupo de variables antecedentes y consecuentes del *burnout*, obtiene la siguiente respuesta:

1.- La relación entre la despersonalización y la realización personal en el trabajo no resulta demostrativa, como en un principio se dio a conocer.

2.- La relación entre el cansancio emocional y la despersonalización, la respuesta principal del profesional ante los estresores del medio son los sentimientos de cansancio emocional, los mismos aumentan y se codifican desarrollando actitudes de despersonalización como una herramienta de afrontarlos.

Lee y Ashforth (1993)

Tanto la despersonalización, como la baja realización personal en el puesto de trabajo dan como consecuencia directa de los sentimientos del cansancio emocional.

Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995)

Se integran las emociones y cogniciones como variables mediadoras en relación al *burnout* y las respuestas conductuales. Es decir el *burnout* se manifiesta con el desarrollo de:

1.- Bajos sentimientos en realización personal en el puesto de trabajo.

2.- Altos sentimientos de cansancio emocional.

3.- Despersonalización como una estrategia de afrontamiento.

Fuente: (Algrato, 2013; Cherniss, 1982; Edelwich y Brodsky, 1980; Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 1995; Golembiewski, Munzenrider y Carter, 1983; Leiter, 1993; Leiter y Maslach, 1988)

Elaboración: Autora.

CAPÍTULO 2
CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

2. Causas y consecuencias del síndrome de *burnout*

Cuando hablamos de que una persona padece *burnout* por lo general se hace mención de que está constantemente cansada o fatigada, es por esto que dicha comprensión parece de lo más normal y no hace mención del serio problema al que se enfrenta. En realidad, el padecer *burnout* va mucho más allá del cansancio tradicional que puede ser remediado por unos días de descanso, este encierra una serie de padecimientos tanto físicos, sociales y psicológicos que a través del tiempo también podrían ser nocivos para el profesional, como para el centro en donde laboren Álvarez (2011).

2.1. Causas.

Ya que existe una amplia gama de síntomas o consecuencias del *burnout*, es difícil definir una causa como la principal, es por esto que los estudios realizados principalmente en el campo de la salud han establecido algunos de las causas principales para el desarrollo del síndrome de *burnout*. Como un agente primordial de riesgo está realizar actividades laborales que vinculen al profesional de manera directa con los pacientes. Adicionalmente, suele caracterizarse por altos niveles de demanda de trabajo, al igual que por horarios excesivos, desvalorización del puesto de trabajo, cargos en los que existe confusión entre las prioridades y las expectativas, la falta de seguridad laboral, como también el compromiso establecido en el trabajo (Albee, 2000).

Los profesionales suelen evaluarse negativamente cuando existe la falta de logro personal y el profesional se siente improductivo, ocasionando a su vez que esa evaluación negativa afecte a la habilidad en la ejecución del cargo como también a la relación con el personal al que se atiende. Los profesionales se sienten irresponsables e insatisfechos con sus resultados Gil-Monte (2003).

Por su parte Silva, Fernández y Zapata (2015) mencionan que entre las causas específicas que pueden desencadenar el *burnout* en profesionales del área de salud están; bajos salarios, largas jornadas de trabajo, la falta de recursos de entretenimiento y técnicos, presión psicológica, la antigüedad en el cargo que ha sido desempeñado, mala organización en los turnos, malas relaciones interpersonales, la falta de personal, falta de vacaciones, dificultad para realizar una tarea que excede la demanda, la baja autoestima, el sentimiento de sentirse poco responsable e improductivo, incapacidad para relacionarse con los demás y contar sus problemas

personales, en las mujeres destaca el exceso de trabajo familiar-profesional y el no contar con una pareja estable.

2.2. Consecuencias en la salud en profesionales de la salud.

Gil-Monte (2003) ha establecido 4 categorías para describir las consecuencias en el profesional que padece *burnout*,

- 1.- Índices emocionales: sentimientos de soledad, distanciamiento emocional, ansiedad, depresión, etc.
- 2.- Índices actitudinales: hostilidad, actitudes negativas, etc.
- 3.- Índices conductuales: cambios de humor, agresividad, irritabilidad, etc.
- 4.- Índices somáticos: alteraciones del sistema nervioso, alteraciones cardiovasculares, alteraciones respiratorias, etc.

El padecimiento del *burnout* va más allá de un simple cansancio habitual, cualquier individuo que esté sometido a una demanda mayor de la que está acostumbrada a afrontar será más vulnerable a padecer este síndrome, puede llegar a ser físico, psicológico y social. Entre los problemas de salud más preocupantes está el deterioro cardiovascular, la pérdida excesiva de peso, deterioro del sistema nervioso, como también daños a nivel cerebral (Álvarez, 2011).

El *burnout* tiene consecuencias negativas para el profesional de salud incluyendo: la fatiga crónica, la pérdida de peso, alteraciones de sueño, problemas cardiovasculares, dolores de cabeza habituales, pérdida de peso, asma, dolor de muelas, disfunciones sexuales, alergias, molestias en los ciclos menstruales, así como también los desórdenes gastrointestinales. La presencia de enfermedades psicosomáticas es a menudo un aviso al padecimiento del *burnout* (Álvarez y Fernández, 1991; Pérez, 2010).

2.3. Consecuencias en el trabajo en profesionales de la salud.

Las consecuencias que se manifiestan en el trabajo de los profesionales de salud, incluye, el desgaste de acción proactiva, el desarrollo de hábitos dañinos para la salud entre estos; el aumento de estimulantes, abuso de sustancias, la ingesta de alcohol. Las personas que padecen altos niveles de *burnout* tienden a desarrollar conductas negativas en el hogar, portándose un poco agresivos o caracterizándose con un trato

distante, o a su vez insatisfacción con su relación de pareja (Gil-Monte 2003; Ruiz y Ríos, 2004).

También existen reacciones sociales que afectan directamente con el grupo de trabajo, siendo una de las más importantes el aislamiento del profesional y su desprecio de cualquier forma de interactuar con el personal de salud, la pérdida de productividad en el puesto de trabajo, la falta de logros personales, la apatía, la desmotivación, etc (Pérez, 2010).

Es habitual que el absentismo laboral y los problemas de conducta generen escenarios de alto riesgo (comportamientos inadecuados, juegos de azar, abuso de sustancias, consumo excesivo de alcohol etc.) En el contexto laboral las relaciones con los compañeros de trabajo afecta en el rendimiento, una desvalorización en el puesto de trabajo, sentimientos bajos de no cumplir con las expectativas que se han planteado, la frustración, dificultad para la concentración, además se manifiesta con un trato frío hacia las personas que prestan los servicios hacia los pacientes Álvarez (2011).

CAPÍTULO 3
MODELOS EXPLICATIVOS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

3. Modelos explicativos del síndrome de *burnout*

El *burnout* es una respuesta a la rutina que se vive diariamente en diferentes contextos y que se desarrolla en cuanto a la aparición de sintomatologías globales y de rasgos. La causa de que los síntomas varíe de un individuo a otro, ha influido en profundizar las discrepancias entre los autores al momento de describirlo. Por lo tanto existen varios modelos que tratan de explicarlo como apreciaremos en la tabla 2 Pérez (2010).

Tabla 2. Modelos explicativos del síndrome de *burnout*

3.1. Modelos etiológicos basados en la teoría sociocognitiva del yo.

Las causas más importantes de estos modelos son las cogniciones que interfieren en el modo de cómo expresar la realidad, las mismas llegan a cambiar por efectos observados o por consecuencias. La perseverancia para obtener los objetivos emocionales que construyen la autoconfianza.

3.1.1. Modelo de competencia social de Harrison (1983).

Se basa en la aptitud y la eficacia percibida, las mismas que permiten explicar la competencia apreciada. Los profesionales de salud, por su trabajo de ayuda a los demás poseen un alto nivel de motivación, pero una vez en su puesto de trabajo hay factores que serán de ayuda o a su vez servirán de barrera, y es ahí donde se determinara la eficacia del profesional. En tal caso si existirían mayor factores de ayuda, resultaran beneficiosos y aumentarían los sentimientos de competencia, sin embargo si hay más factores de barrera el sentimiento de competencia disminuirá.

3.1.2. Modelo de Pines (1993).

Se caracteriza porque es un modelo de motivación, y manifiesta que solo aquellos profesionales con altas expectativas llegan a presentar *burnout*, mientras que los profesionales que mantienen baja motivación empezando su trabajo pueden experimentar depresión, estrés o fatiga, pero no llegará a desarrollar el *burnout*. Este modelo lo explica al *burnout* como un estado de agotamiento emocional, físico y mental, el mismo que es causado por enfrentar periodos de estrés crónico junto a altas expectativas.

3.1.3. Modelo de autoeficacia de Cherniss (1993).

El logro autónomo y exitoso de las metas del sujeto es favorable, sin embargo si no ocurre el logro llevan como consecuencia al fracaso psicológico y por ende al desarrollo del *burnout*. Además cabe recalcar que los profesionales que poseen fuertes emociones de autoeficacia percibida tienen menos posibilidad de desarrollar el *burnout*, ya que experimentan un nivel bajo de estrés ante situaciones que llegan hacer amenazantes,

creyendo afrontarlas de manera exitosa.

3.1.4. Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993).

Existen cuatro factores implicados en el desarrollo del *burnout* y dan como respuesta que la autoconfianza juega un papel importante en este proceso, los cuales son: las demandas laborales junto a los recursos del sujeto, el nivel de autoconciencia, las perspectivas del logro personal y los sentimientos de autoconfianza. Tras reiteradas situaciones de fracaso, acompañadas con altos niveles de autoconciencia, se tiende a utilizar estrategias de afrontamiento ante la situación estresante.

3.2. Modelos etiológicos.

Cuando el ser humano mantiene interacción social, puede ser comparado. Esta comparación puede generar conocimientos de falta de logro, de equidad, lo cual llevaría como consecuencia aumentar el riesgo de desarrollar el *burnout*.

3.2.1. Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli (1993)

Este modelo manifiesta que el personal de enfermería no busca apoyo social en sus compañeros de trabajo, ya que creen que pueden ser catalogados como ineficientes. Existen varios principios de estrés que se enlazan en el intercambio social. A saber: la incertidumbre, que figura la falta de claridad en los pensamientos y la capacidad de actuar; la percepción de la equidad, la cual se manifiesta con el equilibrio sobre lo que se da y lo que se recibe a través de sus relaciones y la falta de control, para poder controlar los resultados del trabajo.

3.2.2. Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freedy (1993).

Se manifiesta a través de la afectación de la motivación, momento en que puede llegar a desarrollarse el *burnout*. Plantea que se debe incrementar los recursos de los empleados, para a través de ello eliminar la vulnerabilidad e inestabilidad, modificando sus percepciones sobre el trabajo. Estas acciones lograrían la eliminación de los niveles de *burnout*. Desde esa perspectiva las estrategias para combatirlo son de tipo activo.

3.3. Modelos etiológicos basados en la teoría organizacional.

Buscan identificar dentro de los contextos organizacionales, los estresores y las estrategias de afrontarlo. Según este modelo las variables que influyen para el desarrollo del *burnout* son: el clima, la estructura, funciones de rol y la cultura organizacional junto a la manera de afrontar los escenarios amenazantes.

3.3.1. Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1988).

Se manifiesta a través de un proceso secuencial. En este proceso un componente da cuenta al desarrollo de otro, a través de fases: la despersonalización, la realización personal y el

aumento de agotamiento emocional, busca encontrar como los trabajadores disminuyen su rendimiento cuando están frente a factores de estrés emocional.

3.3.2. Modelos de Cox, Kuk y Leiter (1993).

Proponen que las profesiones de ayuda son las más afectadas por el *burnout*. Reconoce que el agotamiento emocional es la parte central de este síndrome. La fase de despersonalización se considera una estrategia de afrontamiento frente al agotamiento, y la baja realización personal es el efecto de la valoración cognitiva de estrés que afronta el profesional.

3.3.3. Modelo de Winnubst (1993).

La cultura laboral está definida por su estructura, es decir el *burnout* variaría en función del tipo de cultura organizacional, o a su vez la institucionalización del apoyo social. El apoyo social al estar relacionado con la estructura laboral es indispensable para conocer sobre las estrategias para disminuir y prevenir el síndrome de *burnout*.

3.4. Modelos etiológicos basados en la Teoría Estructural.

Se basa en los antecedentes interpersonales, personales y de la estructura laboral son las causas para el *burnout*, por ello entenderlos supone conocer este síndrome de forma integral. Su principal característica es que se basan en los modelos transaccionales, los cuales plantean que el estrés es el resultado del equilibrio.

3.4.1. Modelo de Gil-Monte y Peiró (1997).

Se explica principalmente las variables de tipo organizacional, personales y de afrontamiento. Dispone que el *burnout* es una respuesta al estrés laboral percibido, es decir a la ambigüedad del rol y conflicto, el cual aparece como resultado de un proceso de reevaluación cuando se manifiesta que la manera de afrontamiento ante la situación de amenaza es inadecuada, por ende esta respuesta involucra una variable mediadora entre el *burnout* que es percibido y sus consecuencias, por ejemplo, la baja satisfacción laboral, la falta de salud, la evitación, etc.

Fuente: (Buunk y Schaufeli, 1993; Cox, Kuk y Leiter, 1993; Cherniss, 1993; Gil-Monte y Peiró, 1997; Golembiewski, Munzenrider y Carter, 1988; Harrison, 1983; Hobfoll y Freedy, 1993; Pérez, 2010; Pines, 1993; Thompson, Page y Cooper, 1993; Winnubst, 1993)

Elaboración: Autora.

CAPÍTULO 4
PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT

4. Prevalencia del síndrome de *burnout*

La carga excesiva de trabajo, demanda una cantidad enorme de energía en donde aparecen manifestaciones físicas y psicológicas. En la actualidad la mayoría de centros de salud se preocupan por el bienestar de sus profesionales, ya que resulta necesario y apropiado para ellos al momento de evaluar algún paciente. La calidad de vida laboral y una buena salud física determinara un buen funcionamiento en el centro Gil-Monte (2003).

Es por esto que hoy en día se considera importante el estudio del síndrome de *burnout* ya que el mismo perturba la moral y bienestar psicológico de los trabajadores, pues la misma es una respuesta al estrés cotidiano que se produce primordialmente en el cuadro profesional y que aqueja principalmente a los profesionales de salud humana, ya que su nivel de compromiso demandará mayor responsabilidad, debido a que estos profesionales trabajan directamente con pacientes, siendo así proclives a agotar sus recursos de afrontamiento (Ríos y Ruiz, 2004).

4.1. Prevalencia del síndrome de *burnout* a nivel de Estados Unidos.

En la actualidad el termino *burnout* está en pleno apogeo, tal ha sido la acogida que múltiples investigadores han desarrollado indagaciones o exploraciones en torno a este tema y sus derivaciones que serán expuestos más adelante.

Selmanovic, Ramic, Brekalo, Lazarevic y Alic (2011) realizaron en Estados Unidos una investigación en donde incluyeron un total de 423 profesionales del personal de salud en donde los resultados se manifestaron con el 37.4% de cansancio emocional, el 45.6% en despersonalización y el 45.6% en realización personal.

Se realizó un estudio en médicos de estadounidenses donde se utilizó una muestra total de 1117 dando como resultado los siguientes porcentajes: en agotamiento emocional presentaron el 44.7%, en despersonalización el 45.9% y en realización personal 80.4% Shanafelt, Gradishar, Kosty, Satele, Chew, Horn y Sloan (2014).

Un estudio realizado por Dyrbye, West, Satele, Boone, Tan, Sloan y Shanafelt (2014) En una muestra de 7288 médicos de EE.UU, tuvo como resultado que el 37.9% de agotamiento emocional, el 29.4% en despersonalización, y el 12.4% en realización personal.

4.2. Prevalencia del síndrome de *burnout* a nivel de Europa.

Un estudio realizado en España por Fernández, Clavero, Gutiérrez, Segura, Bagur y Fernández (2012). La muestra utilizada para esta investigación es de 200 profesionales del área de salud. Dando como resultado lo siguiente: cansancio emocional el 21.7%, despersonalización el 8.3% y realización personal el 26.8%.

En Madrid se realizó un estudio con una muestra de 68 enfermeros dando como resultado en las dimensiones que el 19.1% de la muestra manifiesta cansancio emocional, el 23.5% despersonalización y el 39.9% baja realización personal Sánchez y Sierra (2014).

Otro estudio realizado en Madrid por López (2013), donde se utilizó una muestra de 741 especialistas en el área de salud, cuyo resultado que el 56.8% manifiestan cansancio emocional, el 60.8% despersonalización y el 48% presentan niveles bajos en realización personal.

Un estudio comparativo realizado por Dias, Queirós y Carlotto (2010) con una muestra de 224 profesionales, 112 de Portugal y 112 de Brasil del área de salud. Los resultados revelaron una prevalencia similar para los dos grupos estudiados, encontrando que el 2.7% tenían altos niveles de agotamiento emocional, sin embargo las diferencias se manifiestan en la dimensión de despersonalización identificando que en profesionales de Portugal existió el 0% y en profesionales de Brasil el 0.9% para concluir en las dos muestras se manifestó que el 59.8% de los profesionales cuentan con bajos niveles de realización personal.

Se realiza un estudio para medir la prevalencia del síndrome de *burnout* en Portugal, con el fin de que profesionales de la salud puedan ejercer sus cargos en un hospital seleccionado, el estudio es comparativo entre médicos y enfermeras teniendo como muestra 68 médicos y 73 enfermeras, cuyos resultados fueron los siguientes: los niveles de *burnout* fueron similares para los dos grupos, el agotamiento emocional en médicos es del 12% y el de enfermeras de 9.8%; en despersonalización se manifiesta un 3% en los médicos y 1.4% en enfermeras y en la dimensión de baja realización personal existe un 1.5% en médicos y 2.8% en enfermeras Ribeiro, Gomes y Silva (2010).

En un hospital de Francia se realizó un estudio transversal con una muestra en el personal médico, de los cuales contestaron 52 profesionales y se evidenció el

agotamiento emocional en 25%, despersonalización en 13.5% y en realización personal en 48.1% Chaput, Bertheuil, Jacques, Smilevitch, Bekara, Soler y Grolleau (2015).

En otro estudio realizado en Francia para medir la prevalencia del síndrome de *burnout* en médicos residentes presentó los siguientes resultados; el 19.45% de los residentes por agotamiento emocional, mientras que el 33.33% por despersonalización y el 11.11% por logros personales Rua, Body, Marret, y Ouldamer (2015).

En un hospital público de Francia se tomó como muestra a 193 profesionales en la salud dando como resultado que el 15.50% presenta cansancio emocional, el 5.19% despersonalización y el 29.83% en realización personal Blanchard, Truchot, Albiges, Sauvin, Dewas, Pointreau, Rodrigues y Kantor (2010).

4.3. Prevalencia del síndrome de *burnout* a nivel de Latinoamérica.

También se menciona un estudio realizado en Brasil por De Oliveira Santos, de Oliveira, Moreira, Júnior, da Costa y Moreira (2014), se obtuvo una muestra de 11 profesionales en el área de enfermería, mostrando los siguientes resultados el 73% manifestó niveles altos de agotamiento emocional, el 27% en despersonalización y el 91% mostró baja realización personal.

Se realizó un estudio en Brasil tomando como muestra a 241 médicos, cuyo resultado se manifestó que baja realización personal con un 47.7%, en despersonalización se presentó un 28.3% y en agotamiento emocional el 23.1% Magalhães, Oliveira, Govêia, Ladeira, Queiroz y Vieira (2015).

Se realizó un estudio en Sao Paulo, tomando como muestra a 69 enfermeras. Los resultados fueron los siguientes en cansancio emocional se presentó el 21.4%, en despersonalización el 9.3% y en baja realización personal el 31.3% respectivamente Rissardo y Gasparino (2013).

En Chile se realizó una investigación por Aldrete, Navarro, González, Contreras y Pérez (2015) se utilizó una muestra de 163 profesionales de enfermería, teniendo como resultado que el 33.3% manifestó alto agotamiento emocional, mientras que el 17.9% presentó alta despersonalización y el 50.8% obtuvo baja realización personal.

Otro estudio en Chile, fue el realizado por Roth (2015), el cual tomó como muestra 215 enfermeras, de las cuales solo el 8% de la muestra presenta *burnout*, dando como resultado que en las dimensiones el 39% manifiesta niveles altos de agotamiento

emocional, así mismo el 39% presenta despersonalización y por último el 48% manifiesta bajos niveles de realización personal.

En Chile se tomó una muestra de 82 profesionales en el área de salud, como resultado se manifiesta que el 18.3% presenta altos niveles de agotamiento emocional, el 15.9% presento niveles altos de despersonalización y el 23.2% presento bajos niveles de realización personal Coloma y Chailán (2013).

En Perú se realizó una investigación, utilizando una muestra de 54 profesionales en el área de la salud, entre ellos médicos, enfermeras y técnicos de enfermería. La prevalencia del *burnout* se presentó en 3.76%; en los participantes se manifestó que el 12.97% presento altos niveles de cansancio emocional, el 11.12% presentó altos niveles de despersonalización, mientras que 14.81% presentaron niveles bajos de realización personal Vásquez, Maruy y Verne (2014).

Otro estudio realizado en Perú es el de Rosales (2015), tomando como muestra 35 enfermeras dando como resultado los siguientes datos; el agotamiento emocional se manifiesta en un 26%, en despersonalización se manifiesta el 10% y para la realización personal se manifiesta un 49%.

En Perú se realizó un estudio utilizando una muestra de 87 encuestados del personal de salud, dando como resultado que el 48.28% padecían de cansancio emocional, el 56.32% de despersonalización y el 8.05% con baja realización personal (Ortega, 2015).

Se realiza un estudio en médicos especialistas de México se ha tomado como muestra a 119 médicos y los resultados se manifestaron de la siguiente manera: la prevalencia fue para el agotamiento emocional del 51.3% para la despersonalización el 18.5%, mientras que para la baja realización personal conto con un 35.3% Beltrán, Montero, Moreno y Flores (2011).

A continuación se realizó un estudio en México en donde se tomó como muestra a 223 profesionales de enfermería, de los resultados obtenidos, agotamiento emocional el 3.3%, en la dimensión de despersonalización el 25%; por último, en la dimensión de realización personal se manifiesta el 76.7% Machado, Ramos, García y del Rocío Guerrero (2010).

Otra investigación que se menciona es la realizada por Aldrete, Navarro, González, Contreras y Pérez (2015) En México en donde se utilizó una muestra de 163

profesionales, dando como resultado que el 33.3% manifestaba agotamiento emocional, el 50.8% baja realización personal y el 17.9% despersonalización.

En Colombia se realiza un estudio con personal de enfermería, con una muestra de 44 profesionales dando como resultados que en la dimensión de agotamiento emocional se encontró un 48% en la dimensión de despersonalización se manifiesta un 50% y un 55% en baja realización personal Mejía Valencia y García Naranjo (2016).

En Santa Marta, Colombia Ferrel (2010) realizó un estudio utilizando una muestra de 56 médicos dando como resultado que en la dimensión de cansancio emocional cuenta con 94.6%, en despersonalización el 53.6% y en realización personal el 53.6%.

La siguiente investigación describe la prevalencia obtenida en 33 enfermeros de una clínica de la ciudad de Ibagué. Los hallazgos manifiestan que el 93.94% cuenta con agotamiento emocional, el 78.79% en la dimensión de despersonalización y la dimensión de realización personal se encuentra el 69.70% Salazar, Sanabria, Olivera, Cardoso y Cortés (2015).

4.4. Prevalencia del síndrome de *burnout* a nivel Nacional.

Dentro de las investigaciones que se han realizado a nivel nacional cabe destacar la realizada por Ramírez (2015) cuyo objetivo principal fue determinar la prevalencia del *burnout* y sus dimensiones, se efectuó en 24 provincias del Ecuador tomando como muestra a una población de 2.404 profesionales de medicina y enfermería dando como resultado que existe un 36.4% de prevalencia de *burnout* a nivel general, y en cuanto sus dimensiones: el 17.6% está relacionado al cansancio emocional, mientras que el 13.6% se relaciona con la dimensión de despersonalización y finalmente un 18.2% se lo relaciono a la baja realización personal.

Un estudio realizado por Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga (2009) en personal sanitario hispanoamericano y español utilizó una muestra de 11.530 profesionales de la salud de habla hispana, obteniendo los siguientes resultados: en España 14.9%, Argentina 14.4%, Uruguay 7.9%. Profesionales de Perú, Colombia, México, El Salvador y Guatemala presentaron prevalencias de 2.5% y 5.9% respectivamente, mientras que para Ecuador la prevalencia fue del 4.0%. En cuanto al tipo de profesión la prevalencia en médicos fue de 12.1% y para el personal de enfermería del 7.2%.

CAPÍTULO 5
VARIABLES ASOCIADAS AL SÍNDROME DE BURNOUT

5. Variables asociadas al síndrome de *burnout*

5.1. Variables laborales.

Existen variables organizacionales que están asociadas al *burnout*, entre los principales factores de riesgo está: el entorno físico, demanda laboral, los contenidos del puesto, el control laboral, las relaciones interpersonales laborales, la inseguridad laboral, el desempeño del rol y el estrés laboral. Siendo las demandas laborales y el estrés laboral las más estudiadas, en estas se distinguen 2 tipos: las cualitativas y las cuantitativas. La primera al tipo y contenido de los trabajos laborales; la profesión, especialidad, experiencia laboral, tipos de contrato, horas de trabajo, realización de turnos y la segunda a la carga laboral. Tanto la sobrecarga de trabajo tienden a ser desfavorables a diferencia de los niveles de trabajos moderados, ya que los niveles altos disminuyen el rendimiento cognitivo, aumentando el malestar afectivo (Pérez, 2010).

5.1.1. Profesión.

Con respecto a la variable de profesión estudios realizados por Aveiga, (2014); Deschamps, Olivares, Rosa Zabala y Asunsolo del Barco, (2011); Islas, Gutiérrez, Castellanos y Méndez, (2016) afirman que existe mayor prevalencia del síndrome de *burnout* en el personal médico a diferencia del personal de enfermería. Mientras que para (Herrera, Viveros y Brizio, 2013) el síndrome de *burnout* se manifiesta más en el personal de enfermería, ya que en su mayoría son mujeres, las que desempeñan este cargo.

En cuanto a las dimensiones (Aveiga, 2014; Ritter, Fernandes, Kirchner, Schmidt y Ubessi, 2012; Toscano, 2010) manifiestan que tanto la profesión de medicina, como enfermería se asocian con el agotamiento emocional.

5.1.2. Especialidad.

Con respecto a la especialidad que escoge el personal de salud se manifiesta que la misma no afecta significativamente para que se desencadene el síndrome de *burnout* ya que los profesionales deben estar preparados para asumir las molestias que tengan sus pacientes (Aveiga, 2014). Para (Díaz, 2016) menciona que la diferencia si se radica al escoger una especialidad, más aun cuando se trata en cardiología o cirugía.

En cuanto a las dimensiones (Jiménez, Lara, Muñoz, Chavez y Loo, 2014) afirman que la especialidad se asocia a la dimensión de agotamiento emocional y

despersonalización. Por su parte (Díaz, 2016) solo la relaciona con la despersonalización.

5.1.3. Experiencia laboral.

En lo que respecta a la variable de experiencia laboral (Aveiga, 2014; Aranda-Beltrán, Pando-Moreno, Torres-López, Salazar-Estrada y Franco-Chávez, 2005; Cotito, 2016; Karasek, 1998; Martínez y López 2005; Prado, 2016) manifiestan que a menor antigüedad en el puesto de trabajo, mayor es la probabilidad de desarrollar el síndrome de *burnout*, a diferencia de (Albendín, Gómez, Cañadas-de la Fuente, Cañadas, San Luis y Aguayo, 2016; Mora, Mora, Cabrera y Schmidt, 2016; Sobrequés, Cebriá, Segura, Rodríguez, García y Juncosa, 2003) quienes expresan que a mayor antigüedad en el puesto de trabajo mayor es la probabilidad de desarrollar el *burnout*. Por su parte (Islas, Gutiérrez, Castellanos y Méndez, 2016) afirman que la experiencia laboral no está asociada al desarrollo del *burnout*.

En cuanto a las dimensiones (Beltrán, Montero, Moreno y Flores, 2011; Mejía y García, 2016) explican que la experiencia laboral se asocia al agotamiento emocional. Mientras que para Prado (2016) y Ritter, Fernandes, Kirchner, Schmidt y Ubessi (2012) está asociada con el agotamiento emocional y la baja realización personal. Y para De la Cruz y Abellán (2015) esta se asocia a la dimensión de despersonalización.

5.1.4. Tipo de contrato.

Con respecto a la variable de contrato estudios exponen que el prestar servicios laborales sobre todo por contrato eventual a diferencia de algún nombramiento desencadena el *burnout*, sobre todo cuando el tiempo de terminar su contrato se acerca (Aveiga, 2014; Herrera, Viveros y Brizio, 2013; Islas, Gutiérrez, Castellanos y Méndez, 2016; Karasek, 1998; Valenzuela, 2010). Para Cotito (2016) el tipo de contrato no se asocia al síndrome de *burnout*.

En cuanto a las dimensiones Prado (2016) manifiesta que la variable de contrato, está relacionado con las dimensiones de agotamiento emocional y realización personal. Mientras que para Bernaldo y Labrador (2008) el contrato está asociado a las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y la baja realización personal.

5.1.5 Horas de trabajo.

En cuanto a la variable de horas de trabajo estudios realizados por Aveiga, (2014) y Valenzuela (2010) difieren que no existe influencia significativa para que se desarrolle

el *burnout*. Mientras que para Díaz (2016) y Karasek (1998) manifiesta que a mayor hora de trabajo, mayor es la posibilidad de desarrollar *burnout*.

En cuanto a la dimensión con la que está relacionada las horas de trabajo se asocia al agotamiento emocional (Díaz, 2016; Prado, 2016; Toscano, 2010), mientras que para (Jiménez, Lara, Muñoz, Chavez y Loo, 2014) las horas de trabajo están asociadas a la dimensión de agotamiento emocional y despersonalización; y, el trabajar menos horas se asocia con la dimensión conocida como despersonalización (Beltrán, Montero, Moreno y Flores, 2011).

5.1.6. Realizar turnos.

Con respecto a la variable de realizar turnos estudios afirman que existe mayor probabilidad de padecer *burnout* cuando se realizan turnos (Álvarez Arce, 2005; García, 2016; Gil-Monte Peiró, 1997) ya que el mismo impide que se desarrolle en los profesionales normalmente los hábitos saludables. Mientras que para (Díaz, 2016) no existe influencia para que se desarrolle el *burnout*.

En cuanto a las dimensiones con las que está relacionada el realizar turnos está asociada al agotamiento emocional (Gil-Monte y Peiró, 1997) y la baja realización personal (Mingóte Pérez, 2002).

CAPITULO 6
METODOLOGÍA

6. Metodología

El presente proyecto de investigación “Síndrome de *Burnout* y su relación con las variables laborales en el personal de salud en una institución pública de la ciudad de Machala durante el año 2016-2017”.

6.1. Diseño de investigación.

El diseño metodológico que fue utilizado para esta investigación es de tipo: descriptivo – transversal.

- **Descriptivo:** son estudios diseñados para evaluar de manera más independiente las variables y los conceptos que se desean medir con la mayor precisión posible. A su vez seleccionan temas y se recoge información para detallar lo que se investiga, puntualizando la frecuencia de una exposición (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).
- **Transversal:** son estudios diseñados para medir la prevalencia de una exposición y el resultado en una población definida (Hernández y Velasco, 2000).

Esta investigación también llega a ser de enfoque correlacional y cuantitativo ya que evalúa la relación entre dos o más variables y analiza los resultados numéricos de los instrumentos evaluados.

6.2. Objetivos.

6.2.1. *Objetivo general.*

Determinar el síndrome de *burnout*, sus tres dimensiones y la relación con las variables laborales asociadas a médicos/as y enfermeras/os de una institución pública de la ciudad de Machala, durante el año 2016.

6.2.2. *Objetivos específicos.*

- Identificar las variables sociodemográficas, laborales, moduladoras y clínicas de los médicos/as y enfermeras/os de una institución pública de la ciudad de Machala, durante el año 2016.
- Identificar la prevalencia del síndrome de *burnout* y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal) en médicos/as y enfermeros/as de la ciudad de Machala.

- Identificar las variables laborales que estén asociadas a la presencia del *burnout* y sus tres dimensiones en médicos/as y enfermeras/os.

6.3. Preguntas de investigación.

- 1) ¿Existe nivel de prevalencia del síndrome de *burnout* en los médicos y enfermeras que ejercen su profesión en una institución pública de la ciudad de Machala?
- 2) ¿Cuál de las tres dimensiones del síndrome de *burnout* es la que presenta mayor nivel de afectación para el personal de la salud?
- 3) ¿Cuáles son las variables laborales que están asociadas al síndrome de *burnout* en el personal de la salud?

6.4. Contexto.

Para establecer la muestra de estudio en esta investigación se fundamentó en el tipo de institución, es por esto que se ha tomado en cuenta una institución pública ya que la misma está sometida a una presión constante para los médicos/as y enfermeras/os, debido al número de pacientes que se presentan diariamente por su atención gratuita.

Para conocer más acerca de esta institución pública se realizará una pequeña reseña histórica, el 23 de abril de 1884 se creó la Provincia de El Oro y es en aquella sesión solemne en donde se hace mención a la necesidad de contar con un hospital.

A mediados del siglo XVIII, los pobladores de la parte baja de la Provincia de el Oro, como de la costa y por las características del clima, venían padeciendo graves enfermedades, las mismas que era socorrida por los Padres Jesuitas en la iglesia de la parroquia. Pero es para el año de 1893 que se presenta una epidemia de fiebre amarilla en la ciudad de Machala y ante la falta de un hospital, el municipio de esta ciudad dona una manzana de terreno la cual es trabajada por misioneros, religiosos que inician e impulsan la construcción del hospital. Y es en enero de 1913 en donde el esfuerzo de todo un pueblo se ve reflejado y se pone a servicio de la comunidad este centro de salud. Varios han sido los cambios que se ha desarrollado durante décadas en este hospital siendo en la actualidad uno de los principales centros de atención médica especializado para los orenses, el mismo cuenta con diferentes áreas de especialidades y los implementos necesarios para atender a la población.

6.5. Muestra.

La muestra objeto de estudio que se estableció para esta investigación fueron los profesionales de salud (médicos/as y enfermeras/os) de una institución pública de la ciudad de Machala durante el año 2016-2017.

La muestra invitada a participar fue de 50 profesionales de la salud (25 médicos/as y 25 enfermeras/os) sin embargo no todos accedieron al compromiso de contestar los instrumentos, por lo tanto la muestra procesada fue de 27 médicos/as y 19 enfermeras de una institución pública de la ciudad de Machala.

- **Criterios de inclusión:** ser profesionales de la salud (médicos/as o enfermeras/os), estar en servicio activo, contar como mínimo 2 años de experiencia profesional, dar su consentimiento informado para participar en la investigación.
- **Criterios de exclusión:** no estar de acuerdo en participar en la investigación, ser paramédico o auxiliar de enfermería, no encontrarse en la institución por asuntos profesionales.

6.6. Procedimiento.

Para la realización de esta investigación se siguió diferentes pasos:

- Se eligió los instrumentos a utilizar, tomando en cuenta los objetivos y preguntas para la investigación.
- Se realizó el acercamiento con la institución pública, a través de una carta institucional dirigida al director del departamento junto al consentimiento informado y la batería de cuestionarios psicológicos.
- Una vez aceptada la solicitud por el director, se procedió a solicitar la colaboración de los profesionales de salud, no sin antes haberles explicado los objetivos de la investigación y el desarrollo de los cuestionarios.
- Más tarde se procedió a la recolección de datos, los mismos que fueron aplicados tanto de manera colectiva como individual.
- Se procedió al ingreso de los datos al programa estadístico SPSS 23, con la finalidad de determinar la prevalencia del *burnout* y sus tres dimensiones en la muestra de médicos/as y enfermeras.
- Para el análisis de datos se realizó un estudio descriptivo de los datos recolectados, además para examinar la relación existente entre las variables laborales y el *burnout*, se utilizó las correlaciones de Pearson y pruebas de chi-

cuadrado.

6.7. Instrumentos de investigación.

Los instrumentos que han sido seleccionados para recolectar datos en esta investigación van acorde a los objetivos que se han planteado.

▪ **6.7.1. Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales ad hoc.**

El cuestionario ad-hoc es uno de los métodos más utilizados, es un cuestionario independiente y personalizado, dependiendo a la variable que se desea obtener información. Entre los datos que se van a tomar están: género, edad, número de hijos, etnia, estado civil, ingresos mensuales, experiencia profesional, sector en el que trabaja, tipo de contrato, número de pacientes, recursos institucionales y turnos.

▪ **6.7.2. Inventario de burnout de Maslach y Jackson (1986).**

El Inventario Maslach (1986), es un instrumento que sirve para medir el desgaste profesional, en el cual se plantea una serie de preguntas acerca de los sentimientos y actitudes del profesional en su puesto de trabajo. Este inventario consta de 22 ítems, los cuales están divididos en las 3 dimensiones del *burnout*: el agotamiento emocional, despersonalización experimentada y la dificultad para la realización personal, utiliza la escala de Likert con puntuaciones de 0 a 6.

La subescala de agotamiento emocional consta de 9 enunciados, valorando principalmente que tan cansado se encuentra el individuo emocionalmente por las exigencias del trabajo, tiene una puntuación máxima de 54.

La subescala de despersonalización experimentada consta de 5 ítems y mide las actitudes de distanciamiento y frialdad, tiene una puntuación máxima de 30.

La subescala de dificultad para la realización personal mide los sentimientos de realización personal en el puesto de trabajo, teniendo una valoración alta de 48.

Mientras tanto, consideraremos que las valoraciones bajas oscilan entre 1 y 33. El síndrome de *burnout* estará presente en aquellos individuos que puntúen alto en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización experimentada (Seisdedos, 1997).

El cuestionario es óptimo, y su alfa de cronbach se encuentra entre .70 a .90 (Maslach y Jackson, 1986).

- **6.7.3. Cuestionario de salud mental (GHQ-28); (Goldberg y Hillier, 1979; versión española de Muñoz, Vázquez-Barquero, Rodríguez, Pastrana y Varo, 1979).**

El GHQ-28 es una versión resumida (General Health Questionnaire, Goldberg en 1970). Este cuestionario es auto administrado, consta de 28 ítems los cuales están divididos en 4 subescalas, que medirán a su vez, el estado de salud mental de los profesionales, identificando dificultades psiquiátricas menores. Se enfoca en los cambios de la función normal, más que en rasgos concurrentes a lo largo de la vida.

- Síntomas somáticos: escalofríos, dolores de cabeza, etc.
- Ansiedad: dificultad para dormir, miedo, nerviosismo, etc.
- Disfunción social: emociones hacia las actividades que se realizan diariamente.
- Depresión: pensamientos de suicidio, sentimientos de debilidad.

Las propiedades psicométricas cuenta con el punto de corte de 5/6 indicador de la existencia de un caso probable = 84.6% y especificidad = 82% (Lobo, Pérez-Echeverría y Artal, 1986), y con un valor de alfa de cronbach de 0.89 (Lobo y Muñoz, 1996).

- **6.7.4. La escala multidimensional de evaluación de los estilos de afrontamiento (BRIEF-COPE).**

Es una escala multidimensional, que tiene su origen en el año 1989. Crespo y Cruzado (1997) publican una versión adaptada y validada en estudio español. Esta escala consta de 28 ítems, teniendo como objetivo evaluar los distintos tipos de respuestas de los profesionales ante situaciones dificultosas o el estrés.

- . Afrontamiento activo: actividades realizadas por el individuo con el objetivo de reducir el estrés.
- . Planificación: analizar cómo afrontar el estresor, planear los pasos a seguir para efectuar un afrontamiento activo.
- . Auto distracción: ocuparse en otros proyectos o actividades que sirven para evadir al estímulo estresor.
- . Uso de apoyo instrumental: la búsqueda de personal instruido o capacitado para dar un consejo de como tolerar la situación.
- . Uso de apoyo emocional: buscar apoyo, simpatía y comprensión en otras personas.
- . Replanteamiento positiva: aprender de una situación estresante, para que nos motive a crecer y perfeccionar.
- . Aceptación: concientizarse y ver que la situación en la que se vive es real.
- . Negación: rechazar la situación, que es origen de estrés.

- . Religión: participación en acciones religiosas en momentos de dificultad.
- . Culpa de sí mismo: culparse a sí mismo de la situación estresante que se esté viviendo.
- . Desahogo: descargar los sentimientos que produce la situación estresante.
- . Retirada de comportamiento: renunciar a los esfuerzos para sobrellevar la situación estresante.
- . Uso de sustancias: uso de alcohol, estupefacientes para evadir la situación.
- . Humor: reírse de la situación que produce estrés.

En las propiedades psicométricas cuenta con un alfa de cronbach de 0.50 y 0.80 para cada una de sus estrategias (Carver, 1997).

- **6.7.5. Cuestionario de MOS de apoyo social (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Steward, 1991; versión española Revilla, Luna del Castillo, Bailón y Medina, 2005).**

Es un cuestionario multidimensional, autoadministrado que consta de 20 ítems, los cuales están divididos en 4 dimensiones de apoyo social. Teniendo como objetivo indagar la extensión de la red social del individuo (Sherbourne y Cols, 1991).

- . Apoyo emocional: posibilidad de contar con alguien que te brinde un consejo o asesoramiento.
- . Apoyo instrumental: contar con ayuda en el hogar.
- . Relaciones sociales de ocio y distracción: relacionarse con otras personas.
- . Amor y cariño: manifestaciones de amor, comprensión, simpatía.

En las propiedades psicométricas consta de un alfa de cronbach de 0.97 y para las sub-escalas entre .91 y .96 (López, Cuenca, Viciano, Rodríguez, Martín, Acosta y Odriozola, 2000).

- **6.7.6. Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck. EPQR-A; Francis, Brown y Philipchalk, 1992; Versión española de Sandín, Valiente y Chorot, 1999).**

Este cuestionarios es una de las versiones abreviadas, debido a lo extenso del cuestionario original, evalúa la personalidad en 24 ítems que están divididos en 4 factores (Eysenck, 1981).

En lo que respecta al alfa de cronbach en relación a las dimensiones son las siguientes: neuroticismo 0.78, extraversión 0.74, psicoticismo 0.63 y sinceridad de 0.54 (Sandín, Valiente, Montes, Chorot y Germán, 2002).

- . Neuroticismo: puntuaciones altas, indican cambios de humor, ansiedad, desordenes psicosomáticos, mientras que puntuaciones bajas indican tono débil de respuesta, control emocional. Este factor permite medir si el individuo es estable o neurótico.
- . Extraversión: puntuaciones altas suponen que el individuo es impulsivo, sociable, optimista, mientras que puntuaciones bajas miden la tendencia al retraimiento, baja tendencia a la agresión, desconfianza y control.
- . Psicoticismo: puntuaciones altas indican que el individuo presenta crueldad, despreocupación, conflictividad, baja empatía.
- . Sinceridad: busca brindar una buena impresión, mide la veracidad de las respuestas.

6.8. Recursos.

6.8.1. Recursos humanos.

- . Directora de tesis
- . Tesista
- . Profesionales de la salud (médicos/as y enfermeras)

6.8.2. Recursos técnicos.

- . Computadora portátil
- . Impresora
- . Hojas de papel Bond A4
- . Cuestionarios
- . Insumos de oficina

6.8.3. Recursos financieros.

- . Matrícula del componente académico \$ 320.00
- . Impresiones \$10.00
- . Copias \$10.00
- . Transporte \$15.00

CAPITULO 7
RESULTADOS

7.1. Características sociodemográficas.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud

VARIABLES	Médicos/as		Enfermeras	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sexo				
Hombre	15.0	55.6	0.0	0.0
Mujer	12.0	44.4	19.0	100.0
	27.0	58.7	19.0	41.3
Edad				
<i>M</i>	32.3		42.8	
<i>DT</i>	11.6		11.7	
Max	62.0		57.0	
Min	23.0		23.0	
Número de hijos/as				
<i>M</i>	0.8		1.6	
<i>DT</i>	1.1		1.1	
Max	3.0		3.0	
Min	0.0		0.0	
Etnia				
Mestizo/a	23.0	85.2	18.0	94.7
Blanco/a	4.0	14.8	0.0	0.0
Afroecuatoriano/a	0.0	0.0	1.0	5.3
Indígena	0.0	0.0	0.0	0.0
Estado civil				
Soltero/a	19.0	70.4	10,0	52.6
Casado/a	3.0	11.1	3,0	15.8
Viudo/a	1.0	3.7	0,0	0.0
Divorciado/a	1.0	3.7	5,0	26.3
Unión libre	3.0	11.1	1,0	5.3

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral

Elaboración: Autora.

Dentro de la características sociodemográficas de los profesionales de la salud se muestran la variable de sexo como la primera, encontrando que en el personal médico el 55.6 % son hombres, mientras el 44.4% son mujeres. Mientras que para los profesionales de enfermería se encontró que el 100% de la muestra utilizada son mujeres.

En cuanto a la variable de edad la media en el personal médico es de 32 años edad comprendida entre 23 a 62 años; para el personal de enfermería la media es de 43 años edad comprendida entre 23 años a 57 años.

Respecto a la variable de número de hijos la media fue de 0.8 en el personal médico, mientras que la media fue de 1.6 en el personal de enfermería, manifestando que son las enfermeras quienes tienen mayor número de hijos a diferencia de los médicos, sin embargo para ambos grupos el mínimo fue de 0 hijos/as y el máximo de 3 hijos/as.

En relación a la variable etnia, la categoría con mayor porcentaje presentada en los profesionales de la salud fue mestiza, los porcentajes se manifestaron de la siguiente manera: en el personal médico el 85.2% y en el personal de enfermería con el 94.7%.

Respecto a la variable estado civil, en el personal médico el 70.4% de los profesionales son solteros y el 11.1% son casados y este mismo porcentaje en los profesionales que se encuentran en unión libre. En cuanto al personal de enfermería el 52.6% están solteras, el 15.8% casadas y el 5.3% se encuentran en unión libre.

7.2. Características laborales.

Tabla 2. Características laborales de los profesionales de la salud

VARIABLES	Médicos/as		Enfermeras	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Ingresos mensuales				
0 a 1000 dólares	9.0	33.3	10.0	52.6
1001 a 2000 dólares	11.0	40.7	9.0	47.4
2001 a 3000 dólares	7.0	25.9	0.0	0.0
3001 a 4000 dólares	0.0	0.0	0.0	0.0
4001 a 5000 dólares	0.0	0.0	0.0	0.0
5001 a 6000 dólares	0.0	0.0	0.0	0.0
Experiencia laboral				
<i>M</i>	7.4		17.5	
<i>DT</i>	8.8		10.9	
Max	38.0		30.0	
Min	2.0		2.0	
Tipo de contrato				
Eventual	4.0	14.8	2.0	11.1
Ocasional	5.0	18.5	2.0	11.1
Plazo fijo	7.0	25.9	1.0	5.6
Nombramiento	8.0	29.6	13.0	72.2

Servicios profesionales	3.0	11.1	0.0	0.0
Ninguno	0.0	0.0	0.0	0.0
Turnos				
Si	24.0	88.9	13.0	81.3
No	3.0	11.1	3.0	18.8

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral
Elaboración: Autora

La primera variable en analizar es la de ingresos mensuales en donde el personal médico cuenta con ingresos de 0 a 1000 dólares en un 33.3%, ingresos de 1001 a 2000 dólares en un 40.7%, ingresos de 2001 a 3000 en un 25.9%. Para el personal de enfermería el 52.6% obtiene ingresos desde 0 a 1000 dólares el 47.4% obtiene ingresos que van desde 1001 a 2000 dólares.

En cuanto a la variable de experiencia laboral en el personal médico, la media es de 7.4 con un mínimo de 2 años de experiencia profesional y un máximo de 38 años. Para el personal de enfermería la media es de 15.5 con un mínimo de 2 años de experiencia profesional y una máxima de 30 años.

Simultáneamente a la variable de tipo de contrato en el personal médico el 29.6% tienen nombramiento y el 14.8% tienen contrato eventual, mientras que el personal de enfermería el 72.2% tienen nombramiento y el 11.1% tienen contrato eventual; siendo la categoría de *nombramiento* prioritaria para ambos grupos.

En tanto a la variable de recursos institucionales el personal médico manifestó que la institución provee en un 3.7% totalmente los recursos y en un 77.8% medianamente; mientras que el personal de enfermería manifestó que la institución provee en un 15.8% totalmente los recursos y en un 47.4% medianamente, es decir, que ambos grupos ostentan que la institución suministra los recursos medianamente.

Por último, en la variable de realizar turnos, los profesionales de la salud manifestaron que el 88.9% del personal médico y el 81.3% del personal de enfermería realiza turnos; por tanto, en ambos grupos se aprecia que la categoría prioritaria es la realización de turnos.

7.3. Clima laboral de los/as médicos/as.

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

VARIABLES	Médicos/as							
	Nada		Poco		Bastante		Totalmente	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Percepción de valoración								
Pacientes	0.0	0.0	4.0	14.8	16.0	59.3	7.0	25.9
Familiares de pacientes	1.0	3.8	5.0	19.2	13.0	50.0	7.0	26.9
Compañeros de profesión	3.0	11.5	3.0	11.5	13.0	50.0	7.0	26.9
Directivos de la institución	3.0	12.0	9.0	36.0	10.0	40.0	3.0	12.0
Satisfacción laboral								
Con el trabajo que realiza	0.0	0.0	0.0	0.0	7.0	25.9	20.0	74.1
Interacción con los pacientes	0.0	0.0	0.0	0.0	12.0	44.4	15.0	55.6
Apoyo directivos de la institución	2.0	7.4	14.0	51.9	8.0	29.6	3.0	11.1
Colaboración compañeros de trabajo	1.0	3.7	2.0	7.4	19.0	70.4	5.0	18.5
Experiencia laboral	2.0	7.4	3.0	11.1	13.0	48.1	9.0	33.3
Situación económica	3.0	11.1	11.0	40.7	11.0	40.7	2.0	7.4

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral
Elaboración: Autora

En cuanto a la *percepción de valoración* en referencia a la variable pacientes el 59.3% de los médicos/as se encuentran bastante valorados, mientras que el 50% del se encuentran bastante valorados por los familiares del paciente y compañeros profesión; por último, el 59.3% de los médicos/as se encuentran bastante valorados por los directivos de la institución.

Con respecto a la *satisfacción laboral*, el 74.1% de los médicos/as se sienten totalmente valorados con el trabajo que realizan, mientras que el 55.6% del personal médico se está totalmente valorado en cuando interactúan con los pacientes y el 70.4% de los médicos/as se encuentran bastante valorados en cuanto a colaboración con compañeros de trabajo.

7.4. Clima laboral de las enfermeras.

Tabla 4. Percepción del clima laboral de las enfermeras

VARIABLES	Enfermeras							
	Nada		Poco		Bastante		Totalmente	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Percepción de valoración								
Pacientes	0.0	0.0	2.0	11.1	13.0	72.2	3.0	16.7
Familiares de pacientes	0.0	0.0	6.0	33.3	8.0	44.4	4.0	22.2
Compañeros de profesión	0.0	0.0	4.0	23.5	10.0	58.8	3.0	17.6
Directivos de la institución	0.0	0.0	9.0	52.9	5.0	29.4	3.0	17.6
Satisfacción laboral								
Con el trabajo que realiza	0.0	0.0	0.0	0.0	3.0	15.8	16.0	84.2
Interacción con los pacientes	0.0	0.0	0.0	0.0	3.0	15.8	16.0	84.2
Apoyo directivos de la institución	0.0	0.0	8.0	44.4	6.0	33.3	4.0	22.2
Colaboración compañeros de trabajo	0.0	0.0	4.0	21.1	10.0	52.6	5.0	26.3
Experiencia laboral	0.0	0.0	0.0	0.0	6.0	31.6	13.0	68.4
Situación económica	4.0	21.1	1.0	5.3	10.0	52.6	4.0	21.1

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral

Elaboración: Autora

En la percepción de valoración, la variable de pacientes muestra que el 72.2% de enfermeras se encuentran bastante valoradas, con respecto a sus compañeros de profesión el 58.8% manifiesta sentirse bastante valorado, mientras que los directivos de la institución valoran poco con un 52.9%.

La satisfacción laboral presentó que el 84.2% de enfermeras se sienten totalmente valoradas con el trabajo que realizan e interacción con sus pacientes, por otro lado el 52.6% se sienten bastante valoradas por la colaboración que le prestan sus compañeros de trabajo y situación económica; por último, el 68.4% de enfermeras se sienten totalmente valoradas con la experiencia profesional.

7.5. Dimensiones del *burnout* en los profesionales de la salud.

Tabla 5. Resultados de las dimensiones del *burnout* en los profesionales de la salud

Variable	Médicos/as		Enfermeras	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Agotamiento emocional				
Bajo	11.0	40.7	12.0	63.2
Medio	6.0	22.2	5.0	26.3
Alto	10.0	37.0	2.0	10.5
Despersonalización				
Bajo	12.0	44.4	16.0	84.2
Medio	7.0	25.9	2.0	10.5
Alto	8.0	29.6	1.0	5.3
Realización personal				
Bajo	13.0	48.1	8.0	42.1
Medio	7.0	25.9	5.0	26.3
Alto	7.0	25.9	6.0	31.6

Fuente: Cuestionario MBI

Elaboración: Autora

En cuanto a la dimensión de agotamiento emocional en el personal médico señaló el 37.0% presenta un nivel alto, el 22.2% medio y el 40.7% bajo, mientras que el personal de enfermería se presentó el 10.5% de nivel alto, el 26.3% medio y el 63.2% bajo para esta dimensión.

La dimensión de despersonalización en el personal médico se presentó un 29.6% de nivel alto, el 25.9% medio y el 44.4% bajo, por otra parte en el personal de enfermería el 5.3% obtuvo un nivel alto, el 10.5% medio y el 84.2% bajo.

Por último en la baja realización personal se presentó el 25.9% con nivel alto, el 25.9% medio y el 48.1% bajo, mientras que para el personal de enfermería mostro un 31.6% de nivel alto, el 26.3% medio y el 42.1% bajo en esta misma dimensión.

7.6. Casos de *burnout* en los profesionales de la salud.

Tabla 6. Resultados de los casos de *burnout* en los profesionales de la salud

Variable	Médicos/as		Enfermeras	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Burnout				
Caso	3.0	11.1	0.0	0.0
No caso	24.0	88.9	19.0	100.0

Fuente: Cuestionario MBI
Elaboración: Autora

De acuerdo a los resultados de los casos de *burnout* en los profesionales de la salud, se evidencia el 11.1% de *burnout* solamente en los médicos/as.

7.7. Malestar emocional de los profesionales de la salud

Tabla7. Malestar emocional de los profesionales de la salud

Variable	Médicos/as		Enfermeras	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Síntomas somáticos				
Caso	13.0	48.1	6.0	31.6
No caso	14.0	51.9	13.0	68.4
Ansiedad				
Caso	17.0	63.0	7.0	36.8
No caso	10.0	37.0	12.0	63.2
Disfunción social				
Caso	2.0	7.4	0.0	0.0
No caso	25.0	92.6	19.0	100.0
Depresión				
Caso	3.0	11.1	1.0	5.3
No caso	24.0	88.9	18.0	94.7

Fuente: Cuestionario de salud general (GHQ-28)
Elaboración: Autora

En cuanto al malestar emocional que sufren los profesionales de la salud, los resultados son manifestados de la siguiente manera: en la subescala de síntomas somáticos para el personal médico fue el 48.1%, mientras que en el personal de enfermería fue el 31.6%.

En la subescala de ansiedad para el personal médico fue el 63%, mientras que para el personal de enfermería fue el 36.8%; en la subescala de disfunción social para el personal médico fue el 7.4%, mientras que para el personal de enfermería no presentaba disfunción social; por último, en la subescala de depresión en el personal médico fue el 11.1%, y para el personal de enfermería fue el 5.3%, dando como resultado que el malestar emocional es presentado mayormente en el personal médico.

7.8. Estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud.

Tabla 8. Estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud

Variables	Médicos/as				Enfermeras			
	M	DT	Max	Min	M	DT	Max	Min
Auto distracción	4.2	2.5	8.0	2.0	3.4	2.2	8.0	1.0
Afrontamiento activo	4.3	2.5	8.0	2.0	3.9	2.0	8.0	1.0
Negación	2.9	1.9	8.0	1.0	2.6	1.6	7.0	1.0
Uso de sustancias	2.6	1.5	6.0	2.0	2.1	0.6	4.0	1.0
Uso de apoyo emocional	3.1	2.0	8.0	1.0	2.9	1.5	8.0	1.0
Uso de apoyo instrumental	3.7	2.1	8.0	2.0	2.9	2.0	8.0	1.0
Retirada de comportamiento	3.2	2.0	8.0	2.0	2.4	1.6	8.0	1.0
Desahogo	3.4	2.0	8.0	1.0	2.1	0.9	8.0	1.0
Replanteamiento positivo	3.9	2.5	8.0	1.0	2.9	2.1	8.0	2.0
Planificación	4.2	2.5	8.0	1.0	3.1	2.0	6.0	1.0
Humor	3.6	2.2	8.0	2.0	2.2	1.1	6.0	1.0
Aceptación	4.1	2.1	8.0	2.0	2.5	1.8	6.0	1.0
Religión	3.9	1.9	8.0	2.0	2.8	2.1	6.0	2.0
Culpa de sí mismo	3.9	1.8	8.0	2.0	2.2	0.9	6.0	1.0

Fuente: Cuestionario de afrontamiento de (BRIEF-COPE/28)

Elaboración: Autora

Las estrategias de afrontamiento que más predominan en el personal de la salud fueron:

Afrontamiento activo con una media de 4.3 en el personal médico y el personal de enfermería con 3.9 de afrontamiento activo.

Otra estrategia de afrontamiento sobresaliente fue la de auto distracción con una media de 4.2 en el personal médico y del 3.4 en el personal de enfermería.

La planificación es otra de las estrategias utilizadas por los profesionales de la salud. En el personal médico la media fue de 4.2 mientras que en el personal de enfermería se presenta un porcentaje mejor de 3.1.

La aceptación como estrategia de afrontamiento en el personal médico fue de 4.1 como media y en el personal de enfermería la media de 2.5.

7.9. Apoyo social de los profesionales de la salud.

Tabla 9. Percepción del apoyo social 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
Apoyo emocional	80.5	19.0	100.0	37.5	77.5	17.8	100.0	40.0
Apoyo instrumental	79.8	42.8	100.0	40.0	74.5	19.2	100.0	50.0
Amor y cariño	84.8	18.1	100.0	45.0	78.4	22.6	100.0	25.0

Fuente: Cuestionario de apoyo social de Moss
Elaboración: Autora

Para los profesionales de la salud la percepción del apoyo social se manifestó con puntajes mayores en amor y cariño, representada en el personal médico por el 84.8, mientras que en el personal de enfermería se manifestó con una media de 22.6.

7.10. Rasgos de personalidad de los profesionales de la salud.

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	1.9	1.4	5.0	0.0	1.8	2.1	6.0	0.0
Extroversión	4.0	1.7	6.0	1.0	3.7	1.9	6.0	0.0
Psicosisismo	2.0	0.9	4.0	1.0	1.4	1.3	4.0	0.0

Fuente: Cuestionario de personalidad (EPQR-A)
Elaboración: Autora

El rasgo más alto de personalidad en los profesionales de la salud, es el de extraversión con una media de 4.0 ($dt = 1.7$) en el personal médico y una media de 3.7 ($dt = 1.9$) en personal de enfermería.

7.11. Correlación entre el *burnout* y las horas de trabajo.

Tabla 11. Correlación del burnout con las horas de trabajo

Correlaciones			
		Horas de trabajo diarias	Burnout
Burnout	Correlación de Pearson	.509**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	<i>n</i>	46	46

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

Con respecto a las horas de trabajo diario de los profesionales de la salud podemos establecer $r(46) = .509$, $p = .000$ que existe una correlación, es decir que a mayor horas de trabajo mayor es el *burnout*.

7.12. Correlación entre el agotamiento emocional y las horas de trabajo.

Tabla 12. Correlación de la dimensión de agotamiento emocional con las horas de trabajo

Correlaciones			
		Horas de trabajo diarias	Agotamiento Emocional
Agotamiento Emocional	Correlación de Pearson	.291*	1
	Sig. (bilateral)	.050	
	<i>n</i>	46	46

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

Al respecto con las horas de trabajo de los profesionales de la salud y la dimensión del *burnout* de agotamiento emocional, se puede establecer que existe una correlación significativa $r(46) = .291$, $p = .050$.

7.13. Correlación entre despersonalización y las horas de trabajo.

Tabla 13. Correlación de la dimensión de despersonalización con las horas de trabajo

Correlaciones			
		Horas de trabajo diarias	Despersonalización
Despersonalización	Correlación de Pearson	.488**	1
	Sig. (bilateral)	.001	
	<i>n</i>	46	46

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

Al respecto con las horas de trabajo de los profesionales de la salud y la dimensión del *burnout* de despersonalización, se puede establecer que existe una correlación significativa $r(46) = .488, p = .001$.

7.14. Correlación entre la realización personal y las horas de trabajo.

Tabla 14. Correlación de la dimensión de realización personal con las horas de trabajo

Correlaciones			
		Horas de trabajo diarias	Realización Personal
Realización Personal	Correlación de Pearson	.299*	1
	Sig. (bilateral)	.043	
	<i>n</i>	46	46

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

Al respecto con las horas de trabajo de los profesionales de la salud y la dimensión del *burnout* de realización personal, se puede establecer que existe una correlación significativa $r(46) = .299, p = .043$.

7.15. Correlación del *burnout* con la experiencia laboral.

Tabla 15. Correlación del *burnout* con la experiencia laboral

		Correlaciones	
		Experiencia laboral	Burnout
Burnout	Correlación de Pearson	-.376*	1
	Sig. (bilateral)	.010	
	<i>n</i>	46	46

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

Con respecto a la experiencia laboral de los profesionales de la salud podemos establecer $r(46) = -.376$, $p = .010$ que existe una correlación, para desarrollar el *burnout*.

7.16. Correlación entre el agotamiento emocional y la experiencia laboral.

Tabla 16. Correlación de la dimensión de agotamiento emocional con la experiencia laboral

		Correlaciones	
		Experiencia laboral	Agotamiento Emocional
Agotamiento Emocional	Correlación de Pearson	-.408**	1
	Sig. (bilateral)	.005	
	N	46	46

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

Al respecto la experiencia laboral de los profesionales de la salud y la dimensión del *burnout* de agotamiento emocional, se puede establecer que existe una correlación significativa $r(46) = -.408$, $p = .005$.

7.17. Correlación entre la despersonalización y la experiencia laboral.

Tabla 17. Correlación de la dimensión de despersonalización con la experiencia laboral

Correlaciones			
		Experiencia laboral	Despersonaliz ación
Despersonalización	Correlación de Pearson	-.434**	1
	Sig. (bilateral)	.003	
	<i>n</i>	46	46

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

Al respecto con la experiencia laboral de los profesionales de la salud y la dimensión del *burnout* de despersonalización, se puede establecer que existe una correlación significativa $r(46) = -.434$, $p = .003$.

7.18. Correlación entre la realización personal y la experiencia laboral.

Tabla 18. Correlación de la dimensión de realización personal con la experiencia laboral

Correlaciones			
		Experiencia laboral	Realización Personal
Realización Personal	Correlación de Pearson	.105	1
	Sig. (bilateral)	.488	
	<i>n</i>	46	46

Con respecto a la experiencia laboral de los profesionales de la salud y la dimensión de realización personal, se puede establecer que no existe correlación al relacionarla con esta dimensión.

7.19. Turnos de trabajo asociado al *burnout*.

Tabla 19. Turnos de trabajo asociado al *burnout* de los profesionales de la salud

		Turnos de trabajo			
		Si		No	
		<i>n</i>	% de columna	<i>n</i>	% de columna
Burnout	No caso	34	91.9%	6	100.0%
	Caso	3	8.1%	0	0.0%

En cuanto a la variable de turnos de trabajo, se obtuvo como resultado que el 8.1% de los profesionales de la salud que realizan turnos presentaron *burnout* a diferencia de los que no realizan turnos.

7.20. Pruebas de chi-cuadrado de Pearson en turnos de trabajo.

Tabla 20. Pruebas de chi-cuadrado de Pearson en turnos de trabajo de los profesionales de la salud

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson		
		Turnos de trabajo
Burnout	Chi-cuadrado	.523
	df	1
	Sig.	.470 ^{a,b}

Como resultado de pruebas de chi-cuadrado, no existe una diferencia estadísticamente significativa entre los turnos de trabajo que realizan los profesionales de la salud con el *burnout* $\chi^2(1, n=46) = .523, p = .470^{a,b}$.

CAPITULO 8
DISCUSIÓN

8.1. Discusión.

El objetivo principal de este proyecto de tesis es determinar el síndrome de *burnout*, sus tres dimensiones y la relación con las variables laborales asociadas a médicos y enfermeras de una institución pública de la ciudad de Machala, durante el año 2016-2017.

En cuanto a la variables sociodemográficas más relevantes están la de sexo en donde se presentó en el personal médico una representación del 55.6% fueron hombres y el 44.4% mujeres, mientras que en el personal de enfermería se presentó una representación total de 100% de mujeres que laboran en la institución pública, coincidiendo con el Instituto Nacional de Estadística y Censo INEC (2015) en donde se registra una mayor representación de mujeres.

En relación a la edad de los profesionales de la salud se manifestó que la edad promedio para los médico/as fue de 32 años, mientras que para las enfermeras la edad promedio fue de 42 años, datos semejantes al portal que expone el Ministerio de Salud Pública (MSP, 2010).

En relación a la etnia, la categoría mestiza obtuvo el mayor porcentaje en el personal médico con el 85.2%, mientras que para el personal de enfermería la etnia mestiza es manifestada por el 94.7%, datos encontrados en el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2015) refieren que la raza mestiza es la más predominante.

En cuanto al malestar emocional, para los profesionales de la salud las representaciones más significativas fueron dadas para las variables de síntomas somáticos y ansiedad, datos similares a los estudios realizado por López (2010) y Schaufeli y Enzmann (1998).

En relación a las estrategias de afrontamiento, la variable más predominante, utilizada por los profesionales de la salud, fue la de afrontamiento activo, y como lo mencionan Valdes, Austria-Corrales, Herrera-Kiengelher y Carlos (2010) es una estrategia de afrontamiento positiva y manejada como agente protector ante el *burnout*.

En cuanto a la percepción del apoyo social de los profesionales de la salud, la variable más predominante fue la de amor y cariño, variable objetiva para que se desarrolle un ambiente de trabajo favorable (Beltrán, Moreno y Reyes, 2014).

En relación a los rasgos de personalidad de los profesionales de la salud se manifestó la extroversión con puntajes altos, la misma que es favorable ya que los profesionales se sienten más activos, sociables y optimistas (Eysenck, 1981).

En relación a las variables laborales, los ingresos mensuales de los profesionales de la salud varían, siendo el ingreso de 1001 a 2000 dólares en el que en su mayoría recibe el personal médico en un 40.7%, mientras que para las enfermeras los ingresos mensuales en su mayoría son del 0 a 1000 dólares con un 52.6%, datos similares encontrados en el portal del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IIEES, 2013).

Con respecto a la variable de experiencia laboral en los profesionales de la salud, se registró que en ambos grupos tanto médicos/as como enfermeras la experiencia mínima es de 2 años, datos que se corroboran con las investigaciones de Aveiga, (2014); Aranda, Pando, Salazar y Chávez (2005); Cotito (2016); Karasek (1998); Martínez y López (2005) y Prado (2016), mientras que a mayor antigüedad en el puesto de trabajo en los profesionales de la salud varían desde 30 a 38 años, datos que son similares a las investigaciones de Albendín, Gómez, Cañadas-de la Fuente, Cañadas, San Luis y Aguayo (2016); Mora, Mora, Cabrera y Schmidt (2016) y Sobrequés, Cebriá, Segura, Rodríguez, García y Juncosa (2003).

En cuanto al tipo de contrato en los profesionales de la salud se presentó en menor nivel el contrato de tipo eventual con el 14.8% en el personal médico y el 11.1% en el personal de enfermería, datos que son similares y citados en otras investigaciones (Aveiga, 2014; Herrera, Viveros y Brizio, 2013; Karasek, 1998; Valenzuela, 2010); mientras que para la mayoría de los profesionales de la salud el tipo de contrato que predominó es el de nombramiento con un 29.6% en el personal médico y un 72.2% en el personal de enfermería datos encontrados en la Ley Orgánica de Servicio Público (LOSEP, 2016).

Para la variable de turnos, en ambos grupos se aprecia que la categoría prioritaria es la realización de turnos el 88.9% en médicos/as y el 81.3% en enfermeras, datos congruentes para las investigaciones de Álvarez (2005) y Gil-Monte Peiró (1997). En tanto el 11.1% restante del personal médico y el 18.8% del personal de enfermería no realizan turnos, investigación similar a la investigación de Díaz (2016) que comparte que no existe dominio para que se desarrolle el *burnout*.

Como objetivo específico para esta investigación está identificar la prevalencia del síndrome de *burnout* y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal) en médicos y enfermeras de la ciudad de Machala.

Dando como resultado que el número de casos existentes de *burnout* en el personal de salud en este caso solo se manifiesta en el personal médico con un 11.1% de los profesionales, en donde estudios Aveiga (2014); Deschamps, Olivares, Rosa Zabala y Asunsolo del Barco (2011) e Islas, Gutiérrez, Castellanos y Méndez (2016) afirman que existe mayor prevalencia del síndrome de *burnout* en el personal médico a diferencia del personal de enfermería.

Para el personal médico en cuanto a las dimensiones, presentaron lo siguiente: en agotamiento emocional se encontró un 37.0% alto, y para la dimensión de despersonalización se encontró un 29.6% alto, estos datos son similares al estudio realizado por Dyrbye, West, Satele, Boone, Tan, Sloan y Shanafelt (2014) en profesionales de medicina. Por último, la dimensión de baja realización personal se registró el 48.1% de nivel bajo para esta dimensión, datos similares con el estudio realizado por Chaput, Bertheuil, Jacques, Smilevitch, Bekara, Soler y Grolleau (2015).

El segundo objetivo específico de esta investigación es identificar las variables laborales que estén asociadas a la presencia del *burnout* y sus tres dimensiones en médicos y enfermeras.

Con respecto a la variable de horas de trabajo diario que realizan los profesionales de la salud, se establece que existe una correlación entre el síndrome de *burnout* y esta variable $r(46) = .509$, $p = .000$, es decir, que a mayor número de horas de trabajo, mayor es la posibilidad de desarrollar el *burnout*, este dato es oportuno con estudios realizados anteriormente por Díaz (2016) y Karasek (1998).

En cuanto a sus dimensiones, en la muestra se manifestó que existe una correlación significativa con sus 3 dimensiones. Entre las horas de trabajo diario que realizan los profesionales de la salud, con la dimensión de agotamiento emocional, esta información que es similar a estudios realizados anteriormente por Díaz (2016); Prado (2016) y Toscano (2010). En la muestra se manifestó así mismo una correlación significativa entre la dimensión de despersonalización y de agotamiento emocional, información que es similar a la investigación de Jiménez, Lara, Muñoz, Chavez y Loo (2014). También se reveló en la muestra que existe una correlación significativa para la dimensión de baja realización personal.

Con respecto a la experiencia laboral de los profesionales de la salud podemos establecer que existe una correlación entre el *burnout* con esta variable, al predecir que esta es una clave para desarrollar el síndrome de *burnout*, como es manifestado

por las siguientes investigaciones Aveiga (2014); Aranda, Pando, Salazar y Chávez (2005); Cotito (2016); Karasek (1998); Martínez y López (2005) y Prado (2016).

Con respecto a las dimensiones del *burnout* se establece que existe una correlación significativa para la dimensión de agotamiento emocional, datos similares a otras investigaciones Beltrán, Montero, Moreno y Flores (2011) y Mejía y García (2016) en donde manifiestan que esta dimensión se ve afectada en su mayoría por los profesionales de menor experiencia laboral. También en la muestra se manifestó una correlación significativa con la dimensión de despersonalización dato similar encontrado en el estudio de De la Cruz y Abellán (2015). Mientras que para la dimensión de realización personal en esta muestra, se puede establecer que no existió correlación al relacionarla con esta dimensión.

En cuanto a la variable de turnos de trabajo, da como resultado que no existe una correlación significativa ya que el porcentaje de esta variable es mínima, esta información es similar al estudio realizado por Díaz (2016).

CONCLUSIONES

Las características más importantes para los profesionales de la salud fueron las siguientes:

- . Con respecto a las características sociodemográficas de los médicos/as se manifestó la edad comprendida entre 32 años, con al menos 1 hijo/a, mestizos/as y solteros/as y en las enfermeras la edad comprendida fue de 42 años, con al menos 1 hijo/a, mestizas y solteras.
- . Se concluye que las características laborales, en los médicos/as en referencia a los ingresos mensuales fueron de 1001 a 2000 dólares, con una experiencia laboral de 2 a 38 años, con contrato de nombramiento y la realización de turnos.
- . En cuanto a las enfermeras, los ingresos mensuales fueron de 1000 dólares, con una experiencia laboral de 2 a 30 años, con contrato de nombramiento y la realización de turnos.
- . En cuanto a las variables clínicas, los profesionales de la salud presentaron puntuaciones significativas en síntomas somáticos y ansiedad, como estrategia es utilizado el afrontamiento activo, en la percepción de apoyo social amor y cariño y la extraversión, como rasgo de personalidad.
- . Uno de los objetivos específicos es identificar la prevalencia del síndrome de *burnout* y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal) en médicos/as y enfermeras/os de la ciudad de Machala con respecto a este tema, la prevalencia del *burnout* en los profesionales de la salud fue baja con el 11.1% de la muestra y se manifestó únicamente en los médicos/as de la institución pública de la ciudad de Machala.
- . En cuanto a las dimensiones del *burnout* en los médicos se presentó el 37.0% alto de agotamiento emocional, el 29.6% alto en despersonalización y el 44.4% bajo de realización personal. Para las enfermeras se encontró el 10.5% alto de agotamiento emocional, el 5.3% alto en despersonalización y el 42.1% bajo de realización personal.

- . Finalmente, se identificó las variables laborales que estén asociadas a la presencia del *burnout* y sus tres dimensiones en médicos/as y enfermeras/os y pues, entre las variables asociadas al *burnout* y los profesionales de la salud están: horas de trabajo diario, mostrando correlación significativa para sus tres dimensiones, la experiencia laboral mostrando correlación significativa para las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización.
- .

RECOMENDACIONES

A pesar de que los porcentajes fueron mínimos de burnout en esta investigación, es necesario desarrollar las siguientes recomendaciones:

- . Cuando un profesional comienza a desarrollar *burnout* por la sobrecarga de trabajo, empieza a asilarse del resto del grupo, muchas veces manifiesta un trato frío hacia los pacientes y sus compañeros de trabajo, por tanto se recomienda efectuar una labor en equipo para reintegrarlo, así mismo podrían realizarse actividades recreativas para eliminar la tensión.
- . Es necesario que la Universidad Técnica Particular de Loja, continúe con investigaciones acerca de este síndrome, ya sea en otros centros de salud públicos o privados, ya que las mismas son escasas en el Ecuador y no permiten establecer relaciones significativas acerca de la prevalencia del *burnout*.
- . Se deberían implementar políticas de la salud ocupacional, así mismo un plan a desarrollarse de estrategias de afrontamiento, para evitar que el *burnout* se desarrolle dentro de los centros de salud.

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 Nº 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 y enfermeras 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 consciente 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 período 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 Nº 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 Nº 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, sobre generalización y visión catastrófica, y luego se enseñará varias alternativas para disminuir el malestar que estas proveen.

Sesión Nº 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

Sesión nº 5: Ejercicio físico

El ejercicio físico es favorable para la salud en general y por consiguiente factible para disminuir el estrés. El objetivo principal es explicar a los profesionales de la salud que a través del ejercicio físico pueden lograr una mejor respuesta ante los estresores que son manifestados a diario. Para esta sesión se explicará que los ejercicios físicos más provechosos para prevenir el burnout, son los aeróbicos, los mismos que al realizarlos genera que el organismo reduzca los niveles de estrés. En esta sesión también se indicará la manera de cómo realizarlos y a su vez se contestaran las dudas que tengan los profesionales de la salud, sobre la actividad manifestada.

Sesión Nº 6: 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 nº 7: Pautas para mejorar el ambiente del centro.

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 nº 8: Actividades gratificantes y sociales.

El objetivo de esta sesión es explicar 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 están, reuniones que puedan realizar los profesionales 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 Nº 9: 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 Nº 10: Apoyo social

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 ORGANIZACIONALES

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

Sesión Nº 11: Estrategias para la organización

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 Nº 12: 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 tiempos libres, mantener hábitos de sueño, alimentación equilibrada.

BIBLIOGRAFÍA

Albee, G. (2000). Commentary on prevention and counseling psychology. *The Counseling Psychologist*, 28(6), 845-853.

Albendín, L., Gómez, J. L., Cañadas-de la Fuente, G. A., Cañadas, G. R., San Luis, C., y Aguayo, R. (2016). Prevalencia bayesiana y niveles de burnout en enfermería de urgencias. Una revisión sistemática. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48(2), 137-145.

Alcaraz, C. (2006). Frecuencia y factores de riesgo asociados al síndrome de Burnout en un hospital de segundo nivel (tesis doctoral). Universidad de Colima, México.

Alcántara, S. M., y Serrano, M. D. L. P. (2013). Consecuencias de las políticas neoliberales sobre el trabajo y la salud de académicos universitarios: el burnout como fenómeno emergente. *Psicología y Salud*, 19(2), 197-206.

Aldrete Rodríguez, M. G., Navarro Meza, C., González Baltazar, R., Contreras Estrada, M. I., y Pérez Aldrete, J. (2015). Factores psicosociales y síndrome de burnout en personal de enfermería de una unidad de tercer nivel de atención a la salud. *Ciencia & trabajo*, 17(52), 32-36.

Agrelo, V. L. L. (2013). Rasgos, trastornos de personalidad y comorbilidad psiquiátrica de profesionales sanitarios con síndrome de burnout (tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid. Recuperada de: <http://eprints.ucm.es/21683/1/T34525.pdf>

Álvarez, A. Arce, M. (2005) Síndrome de Burnout en médicos de hospitales públicos de la ciudad de Corrientes. *Revista de Postgrado de la VI Cátedra de Medicina*, enero (141), 27-30. Argentina.

Álvarez Gallego, E., y Fernández Ríos, L. (1991). El Síndrome de " Burnout" o el desgaste profesional. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 11(39), 257-265.

Álvarez, R. F. (2011). El síndrome de burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa. *Éxito empresarial*, 160, 1-4.

Arauco, G. (2008). Síndrome de Burnout en enfermeras del Hospital Nacional Especializado " Víctor Larco Herrera" (tesis de pregrado). Recuperada de: http://200.62.146.130/bitstream/cybertesis/495/1/Arauco_pg.pdf

Aranda-Beltrán, C., Pando-Moreno, M., Torres-López, T., Salazar-Estrada, J., y Franco-Chávez, S. (2005). Factores psicosociales y síndrome de burnout en médicos de familia. México. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 66, No. 3, pp. 225-231). UNMSM. Facultad de Medicina.

Aveiga, M. (2014). "Influencia de los factores sociodemográficos y laborales en la prevalencia del síndrome de burnout en el personal de salud que labora en el hospital provincial docente Ambato durante el período enero-abril 2014" (tesis de pregrado). Universidad Técnica de Ambato, Ecuador. Recuperada de: <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/8387>

Beltrán, C. A., Montero, B. Z., Moreno, M. P., y Flores, J. E. S. (2011). Síndrome de Burnout, Variables Sociodemográficas y Laborales en Médicos Especialistas del Hospital Valentín Gómez Farias, México. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 1(1), 13-17.

Beltrán, C. A., Moreno, M. P., y Reyes, M. B. P. (2014). Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o burnout: una revisión. *Psicología y salud*, 14(1), 79-87.

Bernaldo, M., y Labrador, F. J. (2008). Relaciones entre estrés laboral, burnout y síntomas psicopatológicos en los servicios de urgencia extra hospitalaria del área 9 de Madrid. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 4, 53-61.

Blanchard, P., Truchot, D., Albiges-Sauvin, L., Dewas, S., Pointreau, Y., Rodrigues, M., y Kantor, G. (2010). Prevalence and causes of burnout amongst oncology residents: a comprehensive nationwide cross-sectional study. *European journal of cancer*, 46(15), 2708-2715.

Buunk, B. P., y Schaufeli, W. B. (1993). Burnout: A perspective from social comparison theory.

Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief cope. *International journal of behavioral medicine*, 4(1), 92-100.

Chaput, B., Bertheuil, N., Jacques, J., Smilevitch, D., Bekara, F., Soler, P., y Grolleau, J. L. (2015). Professional burnout among plastic surgery residents: can it be prevented Outcomes of a national survey. *Annals of plastic surgery*, 75, 2-8.

Cherniss, C. (1982). Cultural trends: Political, economic and historical roots of problem. En W. Paine (Ed.). *Job, Stress and burnout: Research, theory and intervention perspectives* (pp. 56-70). Beverly Hills: Sage Publications.

Cherniss, C. (1993). *The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout*. W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds). Washington, DC: Taylor y Francis.

Coloma, M. M., y Chailán, P. M. (2013). Síndrome de burnout en el equipo de salud de una unidad de cuidados intensivos, Concepción. *Revista Chilena de Medicina Intensiva*, 28(1), 13-18.

Cotito, J. (2016). Prevalencia y factores asociados al síndrome de Burnout en médicos asistentes del hospital René Toche Groppo septiembre-noviembre de 2015 (tesis de posgrado). Ricardo Palma, Perú. Recuperada de: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/500>

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). UK: Taylor y Francis.

Crespo, M., y Cruzado, J. A. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de conducta*, 23(92), 797-830.

De la Cruz, S. P., y Abellán, M. V. (2015). Desgaste profesional, estrés y satisfacción laboral del personal de enfermería en un hospital universitario1. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3).

De Oliveira Santos, J., de Oliveira, F. B., Moreira, M. R. C., Júnior, J. F. L., da Costa, I. P., y Moreira, M. A. S. P. (2014). Burnout syndrome in nursing technicians of basic health units. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 6, 42-49. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2014.v6i5.42-49>

Deschamps Perdomo, A., Olivares Román, S. B., Rosa Zabala, K. L. D. L., y Asunsolo del Barco, Á. (2011). Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(224), 224-241.

Dias, S., Queirós, C., y Carlotto, M. S. (2010). Síndrome de burnout e fatores associados em profissionais da área da saúde: um estudo comparativo entre Brasil e Portugal. *Aletheia*, (32), 4-21.

Díaz, J. (2016). Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2015 (tesis de postgrado). Universidad

Mayor de San Marcos, Perú. Recuperada de:
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4634>

Dyrbye, L. N., West, C. P., Satele, D., Boone, S., Tan, L., Sloan, J., y Shanafelt, T. D. (2014). Burnout among US medical students, residents, and early career physicians relative to the general US population. *Academic Medicine*, 89(3), 443-451.

Edelwich, J. Y Brodsky, A. (1980): Burnout: Stages of Disillusionment in the Helping Professions. Nueva York: Human Sciences Press.

Eysenck, M. W. (1981). Learning, memory and personality. In *A model for personality* (pp. 169-209). Springer Berlin Heidelberg.

Fernández, J. M. D., Clavero, F. H., Gutiérrez, M. D. C. V., Segura, I. P., Bagur, M. L. M., y Fernández, J. D. (2012). Síndrome de desgaste profesional en trabajadores de atención a la salud en el área sanitaria de Ceuta. *Atención primaria*, 44(1), 30-35.

Ferrel, R. (2010). Síndrome de desgaste profesional (burnout) en médicos especialistas de un hospital universitario, de la ciudad de Santa Marta, Colombia. *Duazary*, 7(1), 29.

Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of social issues*, 30(1), 159-165.

García, L. A. (2016). *Niveles y factores de riesgo de Burnout en profesionales de enfermería de urgencias* (Doctoral dissertation, UNED).

Gil-Monte, P. R. (2007). *El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (burnout): Una perspectiva histórica*. Madrid: Ediciones Pirámide

Gil-Monte, P. R. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 1(1), 19-33.

Gil-Monte, P.R., y Peiró, J. M. (1997). *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. Győr, Hungría.

Goldberg, D. P., y Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine*, 9(01), 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. *The Journal of applied behavioral science*, 19(4), 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, (2), 215-230. Doi: 10.1590/S1135-57272009000200006

Harrison, W. D. (1983). A social competence model of burnout. En B. A. Farber (Ed.) (1985), *Stress and burnout in the human services professions*. (2a. Ed.) (pp.29-39). New York: Pergamon Press.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2003). Metodología de la investigación. *La Habana: Editorial Félix Varela*, 2.

Hernández, B., y Velasco-Mondragón, H. E. (2000). Encuestas transversales. *Salud pública de México*, 42(5), 447-455.

Herrera, M. E. O., Viveros, G. R. O., y Brizio, P. G. C. (2013). Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente. *Psicología y Salud*, 17, 5-16.

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

Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC, 2015). Hombres y mujeres del Ecuador en cifras III. Recuperado de: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Socioeconomico/Mujeres_y_Hombres_del_Ecuador_en_Cifras_III.pdf

Islas, R. A. C., Gutiérrez, F. J. C., Castellanos, J. L., y Méndez, K. P. (2016). Síndrome de burnout en médicos docentes de un hospital de 2.º nivel en México. *Educación Médica*.

Jiménez, B. M., Lara, R. M. M., Muñoz, A. R., Chavez, A. P., y Loo, M. M. M. (2014). El síndrome de burnout en una muestra de psicólogos mexicanos: prevalencia y factores sociodemográficos asociados. *Psicología y salud*, 16(1), 5-13.

Karasek, R. (1998). Demand/control model: a social, emocional and phisiological approach to stress risk and active behavior development. In *Encyclopedia of Occupational Health and Safety*: Sweden: International Organization of Labor.

Lee, R. T. y Ashforth, B. E. (1993). A further examination of managerial burnout: Toward an integrate model. *Journal of Organizational Behavior*, 14, 3-20.

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

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.

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

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 Montesinos, M. J. (2010). Consecuencias Psicosociales del trabajo en personal de Enfermería como indicadores subjetivos de rendimiento desde el enfoque de la gestión de los Recursos Humanos. (Tesis doctoral). Recuperada de <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/10059/1/LopezMontesinos.pdf>

Machado, I. B., Ramos, R. E., García, M. L. L., y del Rocío Guerrero, M. G. (2010). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de una Unidad de Psiquiatría. *Obtenido de: www. medigraphic. org. mx: http://www. medigraphic. com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene112f. pdf* Montaña, (2014).

Magalhães, E., Oliveira, Á. C. M. D. S., Govêia, C. S., Ladeira, L. C. A., Queiroz, D. M., y Vieira, C. V. (2015). Prevalence of burnout syndrome among anesthesiologists in the Federal District. *Revista brasileira de anestesiologia*, 65(2), 104-110.

Martínez L., C. y López S., G. (2005). Características del síndrome de burnout en un grupo de enfermeras mexicanas. *Archivos en Medicina Familiar*, 7(1), 6-9.

Maslach, C. (2009). Comprendiendo el Burnout. *Ciencia y Trabajo*, pp. 37-38. Berkeley: Universidad de California.

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

Maslach, C., Jackson, S. E., y Leiter, M. P. (1986). Maslach Burnout Inventory. Palo Alto.

Maslach, C. Maslach, C., Jackson, S. E., y Leiter, M. P. (1986). Maslach Burnout Inventory. Palo Alto., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1986). Maslach Burnout Inventory. Palo Alto.

Maslach, C. y Schaufeli, W. B. (1993): Historical and conceptual development of burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.). *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 1-16). UK: Taylor & Francis.

Maslach, C., Schaufeli, W. B., y Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52, 397-422.

Mejía Valencia, D., y García Naranjo, L. A. (2016). Síndrome De Burnout En Personal Asistencial De Un Hospital De Manizales–Año 2016.

Mingote, J. Pérez, S. (2002). *Estrés en la Enfermería. El cuidado del cuidador...*Madrid, Ediciones Díaz de Santos.

Ministerio de Salud Pública (MSP, 2010). Datos esenciales de salud: Una mirada a la década 2000-2010. Recuperado de: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/05/Datos-esenciales-de-salud-2000-2010.pdf>

Mora, C. A. A., Mora, L. S., Cabrera, J. S., y Schmidt, H. F. (2016). Comparación entre los predictores del estrés laboral según el nivel de actividad física, edad, género y antigüedad laboral en un grupo de funcionarios administrativos del sector público costarricense. *MHSALUD: Revista en Ciencias del Movimiento Humano y Salud*, 13(1).

Ley Orgánica de Servicio Público (LOSEP, 2016). Recuperado de: http://www.seguridad.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2016/04/ley_organica_del_servicio_publico.pdf

Ortega, M. (2015). Prevalencia de síndrome de burnout en internos de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (tesis de posgrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú. Recuperada de: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4031>

- Pérez, A. (2010). El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, (112), 42-80.
- Pines, A. (1993): Burnout: an existential perspective. (W.B. Schaufeli, C. Maslach, y T. Marek (Eds.), *Professional Burnout: Developments in Theory and Research*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Poghosyan, L., Clarke, S. P., Finlayson, M., y Aiken, L. H. (2010). Nurse Burnout and Quality of Care: Cross-National Investigation in Six Countries. *Res Nurs Health*, 33(4), 288-298.
- Prado, J. F. U. (2016). Estudio confirmatorio de la escala mexicana de desgaste ocupacional (EMEDO): Un instrumento de burnout para mexicanos. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*, 26(1), 7-21.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Montes, M. O., y Germán, M. A. S. (2002). Versión española del cuestionario EPQR-Abreviado (EPQR-A)(I): Análisis exploratorio de la estructura factorial. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(3), 195-205.
- Schaufeli, W., y Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. CRC press.
- Selmanovic, S., Ramic, E., Brekalo-Lazarevic, S., y Alic, A. (2011). Stress at work and burnout syndrome in hospital doctors. *Medical archives*, 65(4), 221.
- Sherbourne, C. D., y Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social science & medicine*, 32(6), 705-714.
- Quiceno, J., y Vinaccia Alpi, S. (2007). BURNOUT:"SÍNDROME DE QUEMARSE EN EL TRABAJO (SQT)". *Acta colombiana de psicología*, 10(2), 117-125.
- Ramirez, R. (2015). Burnout de profesionales de la salud del Ecuador (tesis doctoral). Santiago de Compostela, España. Recuperada de: file:///C:/Users/Hp-PC/Downloads/rep_1118.pdf
- Rissardo, M. P., y Gasparino, R. C. (2013). Exaustão emocional em enfermeiros de um hospital público. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, 128-132.
- Ritter, R. S., Fernandes Stumm, E. M., Kirchner, R. M., Schmidt Piovesan Rosanelli, C. L., y Ubessi, L. D. (2012). Correlaciones de variables del Inventario de Burnout de Maslach en profesionales de urgencia hospitalaria. *Enfermería Global*, 11(27), 210-223.

- Rosales, M. S. (2015). Relación entre el síndrome de Burnout y la calidad de vida del profesional de enfermería de la Clínica Good Hope, julio 2009. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*, 3(1).
- Roth, E. (2015). Síndrome de burnout, personalidad y satisfacción laboral en enfermeras de la Ciudad de La Paz. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 8(2).
- Rua, C., Body, G., Marret, H., y Ouldamer, L. (2015). Prevalence of burnout among obstetrics and gynecology residents. *Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction*, 44, 83-87.
- Ruiz, C. O., y Ríos, F. L. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal Clinical and Health Psychology*, 4,137-160.
- Salanova Soria, M., y Llorens Gumbau, S. (2008). Estado actual y retos futuros en el estudio del burnout.
- Salazar, J. A. A., Sanabria, Y. M. S., Olivera, M. F. M., Cardoso, J. L. R., y Cortés, J. D. O. (2015). Prevalencia del síndrome de Burnout en personal de enfermería de una clínica de la ciudad de Ibagué. *PSICOGENTE*, 16(29).
- Sánchez Alonso, P., y Sierra Ortega, V. M. (2014). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería en UVI. *Enfermería Global*, 13(33), 252-266.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Montes, M. O., Chorot, P., y Germán, M. A. S. (2002). Versión española del cuestionario EPQR-Abreviado (EPQR-A) (II): Replicación factorial, fiabilidad y validez. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 7, 195-205.
- Seisdedos, N. (1997). *MBI Inventario "Burnout de Maslach"*. Madrid: Ediciones TEA.
- Schaufeli, W. B., Maslach, C. E., y Marek, T. E. (1993). *Professional Burnout: recent developments in theory and research*, 1-16.
- Shanafelt, T. D., Gradishar, W. J., Kosty, M., Satele, D., Chew, H., Horn, L. y Sloan, J. (2014). Burnout and career satisfaction among US oncologists. *Journal of Clinical Oncology*, 32(7), 678-686.

Shanafelt, T. D., Gradishar, W. J., Kosty, M., Satele, D., Chew, H., Horn, L., Clark, B., Hanley, A., Chu, Q., Phippen, J. Sloan, J., y Raymond, M. (2014). Burnout and career satisfaction among US oncologists. *Journal of Clinical Oncology*, 32, 678-686.

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

Silva, J. B., Fernández, D. Y. B., y Zapata, C. P. M. (2015). Factores asociados al síndrome de burnout en docentes de enfermería, Medellín-Colombia 2008. *Revista Investigaciones Andina*, (21), 36-48.

Sobrequés, J., Cebriá, J., Segura, J., Rodríguez, C., García, M., y Juncosa, S. (2003). La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Atención primaria*, 31(4), 227-233.

Sos Tena, P., Sobreques Soriano, J., Segura Bernal, J., Manzano Mulet, E., Rodríguez Muñoz, C., García García, M., y Cebrià, J. (2002). Desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Barcelona. *Medifam*, 12(10), 17-25.

Thompson, M. S., Page, S. L. y 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. (2010). Características demográficas y laborales asociadas al Síndrome de Burnout en profesionales de la salud¹. *Pensamiento psicológico*, 8(15), 39-51.

Valdivia, R., y Méndez, S. (2003). Factores asociados al síndrome burnout en médicos y enfermeras del hospital nacional sur este de EsSalud del Cusco. *Sítua*, 12(23), 11-22.

Valdes, C. B., Austria-Corrales, F., Herrera-Kiengelher, L., y Carlos, 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(3), 137-142.

Valenzuela Salvador, A. H. (2010). Síndrome de Burnout de identificación de los Factores de riesgo asociados en los trabajadores asistenciales de los establecimientos de salud de la Red de Salud Barranco Chorrillos Surco (Enero–Junio 2009).

Vásquez, 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). Washington DC: Hemisphere.

ANEXOS

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTES Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Departamento de Psicología

Investigador responsable: Rocío Ramírez Zhindón

Estudiante de la UTPL: Nathaly Apolo

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 Machala.

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 Machala; 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

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.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El/la abajo firmante, declara conocer el Proyecto “Burnout en profesionales de la salud en la ciudad de Machala” 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

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				
¿Está satisfecho con la valoración global de su experiencia				
¿Está satisfecho está 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.

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							
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							
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.							

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.

A1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma? 1. Mejor que lo habitual. 2. Igual que lo habitual. 3. Peor que lo habitual. 4. Mucho peor que lo habitual.	B1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño? 1. No, en absoluto. 2. No más de lo habitual. 3. Bastante más que lo habitual. 4. Mucho más que lo habitual.
A2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un energizante? 1. No, en absoluto. 2. No más de lo habitual. 3. Bastante más que lo habitual. 4. Mucho más que lo habitual.	B2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de corrido toda la noche? 1. No, en absoluto. 2. No más de lo habitual. 3. Bastante más que lo habitual. 4. Mucho más que lo habitual.
A3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada? 1. No, en absoluto. 2. No más de lo habitual. 3. Bastante más que lo habitual. 4. Mucho más que lo habitual.	B3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión? 1. No, en absoluto. 2. No más de lo habitual. 3. Bastante más que lo habitual. 4. Mucho más que lo habitual.
A4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo? 1. No, en absoluto. 2. No más de lo habitual. 3. Bastante más que lo habitual. 4. Mucho más que lo habitual.	B4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado? 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.

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 esto en lo absoluto	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 desagradables.	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, dormir o ir de compras.	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

CUESTIONARIO DE MOS DE APOYO SOCIAL

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.					

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 hartó/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?		