



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 variables sociodemográficas
en médicos/as y enfermeras de una institución privada ubicada al norte
de la ciudad de Loja durante el año 2016-2017”**

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Maldonado González, Gianella Cecibel.

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

Ph.D

Marina del Rocío Ramírez Zhindón.

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: “Síndrome de *burnout* y su relación con variables sociodemográficas en médicos/as y enfermeras de una institución privada ubicada al norte de la ciudad de Loja durante el año 2016-2017” realizado por Gianella Cecibel Maldonado González, 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 Gianella Cecibel Maldonado González declaro ser autora del presente trabajo de titulación: “Síndrome de *burnout* y su relación con variables sociodemográficas en médicos/as y enfermeras de una institución privada ubicada al norte de la ciudad de Loja durante el año 2016-2017”, de la Titulación 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).....

Gianella Cecibel Maldonado González.

1106000233

DEDICATORIA

A mis padres Sergio y Dina, por su amor y apoyo incondicional.

A mi hermana Lisbet, mi mejor amiga, mi ejemplo a seguir.

A mi hermano Marlon por siempre impulsarme a ser mejor.

A mi sobrino Christopher por las sonrisas que me causa con sus ocurrencias.

Mediante este trabajo expreso mi gratitud y amor a mi familia lo más importante en mi vida y razón fundamental para anhelar llegar cada día más lejos, espero llenar su corazón de orgullo.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Técnica Particular de Loja, a mis docentes que me brindaron las herramientas para entender y amar la psicología.

A mi directora de tesis, PhD. Marina del Rocío Ramírez Zhindón, por brindarme su paciencia, apoyo y guía en este proceso.

A mis compañeras, especialmente Lorena y Nathaly, por los ánimos y apoyo brindado y con quienes comparto la ilusión de alcanzar esta meta.

A mis amigos/as quienes han sabido animarme y sacarme una sonrisa siempre.

A la institución de salud por abrirme sus puertas, y a los profesionales de la salud que muy amablemente aceptaron ser parte de esta investigación.

De manera especial agradezco a mis padres quienes han puesto su confianza y apoyo en mi sueño que es la psicología.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA	i
APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
INDICE DE CONTENIDOS	vi
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
Capítulo 1	5
Conceptualización y desarrollo del síndrome de <i>burnout</i>	5
1.1 Conceptualización del <i>burnout</i>	6
1.2 Desarrollo del síndrome de <i>burnout</i>	9
CAPÍTULO 2	14
CONSECUENCIAS Y MANIFESTACIONES DEL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>	14
2.2 Consecuencias individuales	15
2.2.1 Síntomas emocionales	15
2.2.2 Síntomas somáticos	16
2.3 Consecuencias para la organización	16
CAPÍTULO 3	18
MODELOS EXPLICATIVOS DEL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>	18
CAPÍTULO 4	22
PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>	22
4.1 América del Norte	23
4.2 Europa	24
4.3 América Latina	25

CAPÍTULO 5	29
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADAS AL SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>	29
5.1 Edad.....	30
5.2 Género	30
5.3 Estado civil	31
5.4 Número de hijos.....	32
5.5 Etnia.....	32
5.6 Remuneración.....	32
CAPÍTULO 6	34
METODOLOGÍA.....	34
6.1 Contexto de la investigación	35
6.2 Diseño de investigación	35
6.3 Objetivos	36
6.4 Preguntas de investigación:.....	36
6.5 Muestra	37
6.6 Procedimiento:	38
6.7 Instrumentos.	38
6.7.1 Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD- HOC.....	38
6.7.2 Inventario de <i>burnout</i> de Maslach (Maslach <i>burnout</i> Inventory) [MBI-HSS]	39
6.7.3 Cuestionario de Salud Mental (GHQ28); (Goldberg y Hillier, 1979; versión española de Muñoz, Vázquez-Barquero, Rodríguez, Pastrana y Varo, 1979)	39
6.7.4 Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE)	40
6.7.5 Cuestionario MOS de apoyo social. (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Steward, 1991; versión española Revilla, Luna del Castillo, Bailón y Medina, 2005)41	

6.7.6	Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A; Francis, Brown y Philipchalk, 1992; Versión española de Sandín, Valiente y Chorot, 1999).	42
6.8	Recursos	42
6.8.1	Humanos	42
6.8.2	Técnicos	42
6.8.3	Financieros	43
CAPÍTULO 7		44
ANÁLISIS DE DATOS		44
7.1	Características sociodemográficas	45
7.2	Características laborales	46
7.3	Clima laboral	48
7.3.1	Clima laboral en muestra de médicos/as	49
7.3.2	Clima laboral en muestra de enfermeras	51
7.4	Características del <i>burnout</i>	52
7.5	Dimensiones del <i>burnout</i>	53
7.6	Características clínicas	54
7.7	Características de afrontamiento	55
7.8	Características de apoyo social	56
7.9	Características de rasgo de personalidad	56
7.10	<i>Burnout</i> y su relación con variables sociodemográficas	57
7.11	Dimensiones del <i>burnout</i> y variables sociodemográficas	58
7.11.1	Dimensiones del <i>burnout</i> y género	58
7.11.2	Dimensiones del <i>burnout</i> y edad	59
7.11.3	Dimensiones del <i>burnout</i> y estado civil	60
CAPÍTULO 8		62
DISCUSIÓN		62
CONCLUSIONES		69
RECOMENDACIONES		79
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		96
ANEXOS		112

ÍNDICE DE TABLAS

CAPÍTULO 1

Conceptualización y desarrollo del síndrome de *burnout*

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

CAPÍTULO 3

Modelos explicativos del síndrome de *burnout*

Tabla 2. Modelos explicativos del síndrome de <i>burnout</i>	19
--	----

CAPÍTULO 7

Análisis de resultados

Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud	45
Tabla 2. Características laborales de los profesionales de la salud	46
Tabla 3. Percepción del clima laboral de los/as médicos.....	49
Tabla 4. Percepción del clima laboral de los/as enfermeros/as	51
Tabla 5. Resultados de los casos de <i>burnout</i> en los profesionales de la salud	52
Tabla 6. Resultados de las dimensiones del <i>burnout</i> en los profesionales de la salud	53
Tabla 7. Malestar emocional de los profesionales de la salud	54
Tabla 8. Estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud	55
Tabla 9. Percepción del apoyo social de los profesionales de la salud	56
Tabla 10. Rasgos de personalidad de los profesionales de la salud	56
Tabla 11. <i>Burnout</i> y su relación al género.....	57
Tabla 12. <i>Burnout</i> y su relación con la edad	57
Tabla 13. <i>Burnout</i> y su relación con el estado civil	57

Tabla 14. Agotamiento emocional y género	58
Tabla 15. Despersonalización y género	58
Tabla 16. Realización personal y género	59
Tabla 17. Agotamiento emocional y edad	59
Tabla 18. Despersonalización y edad	59
Tabla 19. Realización personal y edad	60
Tabla 20. Agotamiento emocional y Estado Civil	60
Tabla 21. Despersonalización y Estado civil	61
Tabla 22. Realización personal y Estado Civil	61

RESUMEN

La investigación se realizó en una institución privada de la ciudad de Loja, donde se evaluaron 44 profesionales de salud (25 médicos/as y 19 enfermeras), el objetivo general fue identificar la prevalencia del síndrome de *burnout* y las variables sociodemográficas (edad, género y estado civil). Se aplicó una batería para elaborar este estudio (ad hoc, MBI-HSS, GHQ-28, BRIEF-COPE, MOS y EPQR-A). El proceso metodológico contenía características cuantitativas, no experimentales, transaccionales y descriptivas. La muestra fue de accesibilidad, no probabilística y accidental.

Los resultados arrojaron que la prevalencia del *burnout* afectó al 4% de los profesionales de medicina. En cuanto a las dimensiones el 20% de médicos/as obtuvo alto agotamiento emocional, el 28% alto en despersonalización y el 48% niveles bajos en realización personal. El 15.8% de las enfermeras presentó niveles medios en agotamiento emocional, 5.3% niveles altos en despersonalización y en realización personal el 31.6% niveles bajos. Se encontró diferencias significativas en la variable de género y el síndrome de *burnout*.

PALABRAS CLAVES: *burnout*, agotamiento emocional, despersonalización, realización personal, variables sociodemográficas, género, edad, estado civil, prevalencia.

ABSTRACT

The investigation was realized in an institution deprived of Loja's city, where there were evaluated 44 professionals of health (25 doctors and 19 nurses), the general objective was to identify the prevalence of the syndrome of *burnout* and the socio-demographic variables (gender, age, civil state). A battery was applied to produce this study (AD-HOC, MBI-HSS, GHQ-28, BRIEF-COPE, MOS and EPQR-A). The methodological process contained quantitative, non-experimental, transactional and descriptive characteristics. The sample was of accessibility, non probabilistic and accidental.

The results showed that the prevalence of *burnout* affected the 4% of medical professionals. As for the dimensions, 20% of doctor's high emotional exhaustion, 28% high in depersonalization and 48% low levels in personal realization. The 15.8% of the nurses presented mean levels in emotional exhaustion, 5.3% high levels in depersonalization and personal realization the 31.6% low levels. One found significant differences in the variable of kind and the syndrome of *burnout*

KEYWORDS: *burnout*, emotional exhaustion, depersonalization, personal realization, socio-demographic variables, gender, age, civil state, prevalence.

INTRODUCCIÓN

El *burnout* es un estado de agotamiento físico y psicológico, que nace por la implicación prolongada a demandas emocionales dentro del trabajo, estas situaciones crónicas de exigencias psicológicas deteriora la calidad de vida laboral y personal de la persona que padece el síndrome (Pines y Aronson, 1988).

En cuanto al personal de salud son reconocidas las condiciones físicas y emocionales desgastantes a las cuales está expuesto, generalmente a esta profesión no se le presta el debido apoyo emocional o psicológico al ejercer sus labores habituales dentro del hospital. Como resultado del desgaste adquirido se verá afectada la calidad de vida y la calidad de servicio que se prestará (Contreras, Romero y Zacarias, 2008).

En la actualidad hay un aumento en la gravedad de casos de desarrollo del *burnout* lo cual además de afectar a quien lo padece, también repercute en su eficacia laboral influyendo negativamente en los niveles de productividad y satisfacción personal, siendo esto perjudicial para la organización que emplea a estas personas. (Feresín, 2009)

La importancia de realizar este estudio es por las graves consecuencias físicas y emocionales, además de perjudicar con la calidad de trabajo de la institución, por lo tanto investigar sobre la prevalencia este síndrome en personal de la salud podría influenciar para desarrollar las políticas sanitarias, en servicios preventivos para evitar casos de *burnout* en una población con alto riesgo como es la de la salud, reduciendo los costes derivados del síndrome de *burnout* a nivel personal y profesional, y sus efectos sobre la calidad de la atención sanitaria.

En la presente investigación se han desarrollado apartados que tienen como fin dar un mayor entendimiento acerca del *burnout* y resolver los objetivos planteados, los apartados están compuestos por: marco teórico, metodología, análisis de resultados, discusión, conclusiones, recomendaciones y bibliografía.

Al respecto, el primer apartado de marco teórico consta de 5 capítulos, en el primero conceptualización del *burnout*, en el segundo se hablará sobre el desarrollo y las fases del

burnout, en el tercero se entenderán las consecuencias del síndrome, en el cuarto se presentan los modelos explicativos del *burnout*, en el quinto la prevalencia del *burnout* a nivel de Europa y América, y por último en el sexto las variables asociadas al síndrome de *burnout*.

En lo que respecta a la metodología, se utilizó el método exploratorio de tipo descriptivo-transversal, además los siguientes objetivos a los cuales se pretende dar solución y han sido propuestos debido a las limitadas investigaciones dentro de nuestro contexto: a) Identificar la prevalencia del síndrome de *burnout* y sus tres dimensiones en médicos/as y enfermeras b) Conocer las características sociodemográficas, laborales así como las variables moduladoras y clínicas de los médicos/as y enfermeras. c) Identificar las variables sociodemográficas a la presencia del *burnout*, en médicos/as y enfermeras. d) Determinar el síndrome de *burnout* y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal) en relación a las variables sociodemográficas (edad, género y estado civil) a través de médicos/as y enfermeras. Gracias a la apertura de la Institución y a la colaboración de los profesionales se recolectó una muestra de accesibilidad, no probabilística y accidental de 44 profesionales (médicos/as y enfermeras), a quienes se les aplicó una batería que constó de 6 cuestionarios (AD-HOC, MBI-HSS, GHQ-28, BRIEF-COPE, MOS y EPQR-A).

En cuanto al capítulo de análisis de datos, se expone la interpretación de los resultados obtenidos por medio de los cuestionarios aplicados que fue de 4% de prevalencia del *burnout* en médicos/as, en las dimensiones el 20% obtuvo alto agotamiento emocional, el 28% alta despersonalización y el 48% niveles bajos en realización personal. El 15.8% de las enfermeras presentó niveles medios en agotamiento emocional, 5.3% niveles altos en despersonalización y en realización personal el 31.6% niveles bajos. Existen diferencias significativas en la variable de género y el síndrome de *burnout*.

En lo referente al apartado de conclusiones daremos respuesta a los objetivos planteados y con respecto al apartado de recomendaciones se menciona el impacto que se espera que cause la investigación y se propondrá un plan de prevención del síndrome de *burnout*.

CAPÍTULO 1

CONCEPTUALIZACIÓN Y DESARROLLO DEL SÍNDROME DE BURNOUT

1.1 Conceptualización del *burnout*.

El *burnout* es un término anglosajón, su versión al español es “estar quemado”. Cabe mencionar que esta terminología no tiene una traducción específica, sin embargo algunos autores se refieren al término con: “quemarse en el trabajo, estrés laboral crónico, desgaste profesional, estar agotado o desgastado en el trabajo”.

Al respecto, Freudenberger (1974) explica que el término de *burnout* hace referencia a un estado de agotamiento, y su sintomatología varía de persona a persona. La primera manifestación del “*burnout*” es la pérdida de motivación y la decepción de las altas perspectivas de sí mismos, también se manifiesta agresividad, trato aislado y cinismo, las personas culpan a los demás por las propias dificultades, se tornan insensibles, menos comprensivas, dando como resultado el daño psíquico y el deterioro en la atención a los clientes de la misma.

En lo posterior Maslach (1976) usa el término *burnout* para mencionar que luego de años de trabajo las personas terminaban “quemándose”, lo conceptualiza como estrés prolongado que provoca agotamiento y distanciamiento emocional con clientes y compañeros.

Más tarde Maslach y Jackson (1981) definen al *burnout* como un síndrome de agotamiento emocional, y explicaron que como los recursos emocionales de la persona se agotan estas se creen incapaces de dar lo mejor de sí mismos, desarrollan actitudes cínicas y sentimientos negativos en relación a los clientes, además existe la tendencia de autoevaluación negativa, llegando a sentir insatisfacción con sus logros y descontentos consigo mismos.

Así mismo Maslach y Jackson (1986) desarrollan el postulado de la teoría tridimensional, en donde exponen al *burnout* como un síndrome caracterizado por: agotamiento emocional, percepción de no entregar lo mejor de sí a los demás; despersonalización, actitudes y sentimientos negativos con las demás personas; baja realización personal: sentimientos negativos hacia sí mismo y a su trabajo, bajo rendimiento, no soporta presión, autoestima deteriorada.

Por otra parte Álvarez y Fernández (1991) mencionan que una persona sufre el síndrome de *burnout* cuando dentro de un contexto ya sea familiar, laboral o social, en el que se desenvuelve, ha excedido punto máximo de estrés prolongado, llegando a agotar la capacidad de adaptación de la persona a las nuevas exigencias que requiere este nuevo contexto.

Además, Maslach (1993) manifiesta que este es un síndrome que nace como respuesta a estresores crónicos dentro del campo laboral y se desarrolla como un síndrome psicológico.

Por su parte Mingote (1998), conceptualiza al *burnout* como un síndrome clínico-laboral provocado por la inadaptación al trabajo y sus síntomas se manifiestan por agotamiento emocional también se presentan físicamente como por ejemplo el cansancio, malestar, ansiedad, conductas adictivas, desmotivación y un menor rendimiento laboral, absentismo laboral, lo que afecta de manera negativa en la calidad de vida de la persona y en los servicios profesionales que presta.

Basados en una perspectiva psicosocial Gil-Monte y Peiró (1999) conceptualizan al *burnout* como una reacción al estrés prolongado, el cual está caracterizado por ideas de frustración profesional, la persona experimenta la sensación de agotamiento emocional y muestra actitudes negativas dirigidas a las personas con las que trabaja y a sus clientes.

Luego, Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) conceptualizan al *burnout* como un fenómeno de estrés y como una respuesta que se da a experiencias estresantes que se desencadenan en relación a factores emocionales e interpersonales prolongados dentro del contexto organizacional, y con las personas de su trabajo. Da principal importancia a la experiencia de agotamiento emocional, considerándolo como la manifestación más obvia del síndrome del *burnout*.

Mientras que Gil-Monte (2001) define al síndrome de *burnout* como respuesta al estrés prolongado, caracterizado por sentimientos y actitudes negativas hacia sus colegas y hacia a su rol laboral. Además la persona experimenta sentimientos de estar agotado emocionalmente.

Además Griffiths, Leka, y Cox (2004), mencionan que este síndrome nace como una reacción a las exigencias laborales que la persona no conoce, estas exigencias ponen en consideración la capacidad para enfrentar las mismas, siendo esto desencadenante del estrés. Puede causar deterioro de la salud física y mental de la persona que lo padece, dando lugar a comportamientos inadecuados dentro del trabajo.

Más tarde Maslach en 2009 presentan una definición más desarrollada en relación a las tres dimensiones, consideradas como claves predominantes en el campo del *burnout*, a) sentimientos de agotamiento emocional que constituye el componente de estrés individual básico del *burnout*, presencia de sobrecarga laboral en relación al conflicto personal que se desarrolla dentro del ámbito laboral, b) despersonalización y cinismo, que se manifiesta como respuesta negativa, la persona se comporta de manera insensible, o muy apática frente a varios aspectos del trabajo, pérdida de idealismo, deshumanización, calidad de desempeño disminuye, c) baja realización personal manifestada por los sentimientos de incompetencia, falta de logros y escasa productividad en el trabajo, los cuales son agravados por una carencia de recursos de trabajo, falta de apoyo social y oportunidades para desarrollarse profesionalmente.

Al respecto Martínez (2010) considera que si una persona se encuentra en constante estrés dentro del ámbito laboral, desarrolla el síndrome de *burnout*, ya que las estrategias que utiliza para afrontar el estrés no funcionan, y el intento por adaptarse efectivamente a las exigencias profesionales y personales fallan, en este contexto existe una sobre-exigencia prolongada dando como resultado la sensación de “estar quemado”.

Finalmente, desde una perspectiva psicológica del agotamiento, el síndrome de *burnout* se relaciona con el agotamiento crónico y niveles bajos de interés laboral, lo cual afecta directamente a la salud (Leiter, Bakker y Maslach, 2014).

En resumen, el *burnout* es un síndrome que aparece tras la exposición a situaciones crónicamente estresantes que surgen en el trabajo, al no poder adaptarse a estos escenarios estresantes la persona desarrollará *burnout* y presentará sentimientos de no dar lo mejor de sí misma, acompañado de indiferencia y aislamiento dentro de su medio laboral, finalizando con frustración laboral y baja autoestima, todo esto conlleva a que la persona

deteriore su rendimiento profesional que le producirá un daño psicológico.

1.2 Desarrollo del síndrome de *burnout*.

El síndrome de *burnout* no aparece repentinamente, este surge de manera progresiva y va incrementando su severidad, considerándose así un proceso paulatino y sus características principales pueden manifestarse en mayor o menor nivel (Álvarez y Fernández, 1991).

A continuación en la tabla 1 se presenta el desarrollo del síndrome de *burnout*, varios de los autores mencionados definen las fases del *burnout* en relación a las características tridimensionales, pese a que la perspectiva puede variar en base al orden de aparición del *burnout*, además encontraremos otros autores que han considerado más de tres fases de desarrollo. Mediante las fases propuestas por Maslach y Jackson (1981), Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983), Leiter y Maslach (1988), Klarreist (1990), también las fases expuestas por Álvarez y Fernández (1991), Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995), Ferrer (2002), Vega (2009) y finalmente Newstrom (2011), se puede definir con claridad la secuencia en la que se desarrolla el *burnout*.

Tabla 1. Desarrollo del síndrome de burnout

Autor	Año	Fases
Maslach y Jackson	1981	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="651 1361 1414 1547">1. Aumento de los sentimientos de agotamiento emocional, pues como los recursos emocionales se acaban la persona siente que no es capaz de ofrecer lo mejor de sí misma.<li data-bbox="651 1563 1414 1749">2. Desarrollo de actitudes cínicas y sentimientos negativos hacia los compañeros de trabajo como a los clientes, esto puede estar asociado con el agotamiento emocional.<li data-bbox="651 1765 1414 1859">3. Auto-evaluación negativa en relación al trabajo, la persona se considera incapaz de realizar sus

		labores, es decir la persona se siente insatisfecha con su rendimiento laboral y tiende a frustrarse profesionalmente.
Golembiewsk, Munzenrider y Carter	1983	<ol style="list-style-type: none"> 1. Despersonalización, en donde se desarrolla la aparición de estrategias de afrontamiento: distanciamiento laboral en relación a la situación que produce estrés, es decir la persona se presenta indiferente, cínica y rígida. 2. Baja realización personal, en donde se genera la pérdida de compromiso que se tenía hacia el trabajo en un principio, se genera por la sobrecarga laboral vinculada con la baja estimulación del rol en el puesto laboral. 3. Agotamiento emocional, esta fase se caracteriza por una autoimagen negativa, irritabilidad y fatiga.
Leiter y Maslach	1988	<ol style="list-style-type: none"> 1. Percepción de agotamiento emocional provocado por los estresores laborales. 2. Actitudes despersonalizadas frente a las personas con las que trabaja y atiende. 3. Pérdida del compromiso hacia su trabajo y deterioro de la realización personal y laboral.
Klarreist	1990	<p>El <i>burnout</i> es un síndrome que se desarrolla de manera progresiva y su orden no es necesariamente secuencial.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elevadas ilusiones y expectativas que la persona se proyecta hacia el trabajo. 2. Los sentimientos positivos se vuelven lo contrario y aparece la desilusión al darse cuenta de que no se

		<p>cumplen con las expectativas esperadas, esto acompañado de irritación e inseguridad.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Se percibe frustración y la persona tiende a culpar a los demás por su insatisfacción y a mostrarse cínico, irresponsable y se considera incapaz de cumplir con sus obligaciones y tareas laborales. 4. La despersonalización, está caracterizada por los sentimientos de fracaso, apatía y aislamiento, la persona se siente insatisfecha profesionalmente.
Álvarez y Fernández	1991	<ol style="list-style-type: none"> 1. Las exigencias laborales sobrepasan los recursos físicos y humanos produciendo el surgimiento del estrés, la persona experimenta la sensación de no poder dar más de sí. 2. El sobreesfuerzo en el que la persona no puede adaptarse psicológicamente a las demandas laborales produciría una respuesta emocional negativa acompañada por ansiedad y fatiga, para protegerse de esto la persona se aísla de quienes forman su entorno laboral, manifestando actitudes cínicas, despectivas, distantes e incluso culpa a terceros por su fracaso laboral. 3. Surgen los sentimientos de incompetencia personal y profesional hacia el trabajo, aparece luego de que la persona se cuestione su capacidad para atender las demandas eficazmente.
Gil-Monte, Peiró y Valcárcel	1995	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inicia con sentimientos de baja realización personal dentro del contexto laboral. 2. Experimenta altos niveles de agotamiento emocional. 3. Despersonalización desarrollada como estrategia de afrontamiento ante su vida laboral.

Ferrer	2002	<ol style="list-style-type: none"> 1. La ineficacia e ineficiencia acompañadas de sentimientos de cansancio físico y emocional que no tienen motivo. 2. Deterioro de las relaciones interpersonales, absentismo físico, incremento de errores. 3. Desmotivación, pérdida de dedicación e interés al trabajo, la persona experimentara cansancio, fatiga u otras manifestaciones del estrés.
Vega	2009	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se experimenta entusiasmo ante las perspectivas positivas del trabajo. 2. Estancamiento en donde la persona se siente ineficaz esto como resultado de un desequilibrio entre el esfuerzo y la recompensa del trabajo. 3. Frustración pues la persona experimenta desilusión de su trabajo y este empieza a carecer de sentido produciendo que la persona se irrite por cualquier motivo, por lo que se crean conflictos dentro del ámbito laboral. Además se deteriora la salud física y emocional. 4. Cambios de actitud y de conductas, se empieza a tratar a los clientes de manera distante, se desarrolla un afrontamiento defensivo-evitativo como mecanismo de defensa ante las demandas laborales que producen estrés. 5. Fase del quemado en donde la persona colapsa emocional y cognitivamente, provocando sentimientos de frustración e insatisfacción laboral, lo que produce consecuencias para la salud a largo plazo, además esto como consecuencia la persona podría renunciar a su empleo, el resultado de

		padecer el síndrome repercutirá en el ámbito laboral a lo largo de la vida de la persona.
Newstrom	2011	<ol style="list-style-type: none"> 1. Una tarea que el empleado percibe difícil producirá elevados niveles de ansiedad, al aumentar esta presión surgirá una tensión negativa en las emociones y conductas de la persona. 2. Cuando los niveles de tensión crecen la persona desarrollará síntomas de estrés que perjudica su desempeño laboral y deteriora su salud. 3. Finalmente el desgaste, situación en la que los empleados se agotan emocionalmente, adquieren actitudes cínicas en el ámbito laboral y se consideran incapaces de alcanzar sus metas laborales.

Fuente: Álvarez y Fernández (1991), Ferrer (2002), Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995), Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983), Klarreist (1990), Leiter y Maslach (1988), Maslach y Jackson (1981), Newstrom (2011), Vega (2009).

Elaborado por: Gianella C. Maldonado González.

Para concluir la mayoría de los autores concuerdan con las secuencia de aparición del síndrome de *burnout*, ellos coinciden que la primera fase se inicia con ideas de que la persona no puede dar lo mejor de sí, acompañado por sentimientos de cansancio físico y emocional, en la segunda fase las relaciones interpersonales se deterioran, y la persona se aislará, manifestando actitudes negativas, en la tercera y última fase el individuo estará frustrado con su trabajo, tendrá baja autoestima y su rendimiento laboral decaerá.

CAPÍTULO 2
CONSECUENCIAS Y MANIFESTACIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT

En este apartado se expone como el síndrome de *burnout* provoca serias consecuencias, manifestadas principalmente en la salud del individuo que lo padece, presentando sintomatologías emocionales y somáticas, así como también afectando el desempeño dentro de la institución en la que se encuentra.

2.2 Consecuencias individuales.

En relación a las consecuencias individuales del síndrome de *burnout* presenta dos manifestaciones sintomatológicas importantes: síntomas emocionales y síntomas somáticos.

2.2.1 Síntomas emocionales.

Para empezar Freundemberger (1974) expone que la sintomatología emocional está caracterizada por la irritabilidad, frustración, ira instantánea, llanto fácil, agotamiento e incluso paranoia. En lo que respecta al pensamiento la persona se vuelve “un libro cerrado”, terco, inflexible, no se puede razonar con él. Otro indicador es la actitud negativa, la persona se ve y actúa como si estuviese deprimida, incluso pasará más tiempo en el trabajo pero estará logrando menos.

También Gil-Monte y Peiró (1997) proponen consecuencias para el individuo en donde las manifestaciones emocionales se caracterizan por distanciamiento y aislamiento, ansiedad, además la persona actúa de manera negativa, cree que puede hacer todo pero se frustra al no lograrlo, presenta cinismo, apatía, hostilidad, es agresiva, irritable.

Por su parte Newstrom (2011) considera que varias personas desarrollan problemas que pueden llegar a ser permanentes a causa del estrés en el trabajo, como consecuencia las personas se vuelven estresadas, nerviosas y crónicamente preocupadas, se irritan con facilidad y son poco colaboradoras.

A continuación seguiremos mencionando a los autores que han considerado el desarrollo de síntomas somáticos como causa del síndrome de *burnout*.

2.2.2 Síntomas somáticos.

Al respecto Freundemberger (1974) describe entre los signos físicos manifestaciones como el agotamiento y fatiga, constante frío, dolores de cabeza frecuentes, problemas gastrointestinales, falta de sueño y aliento.

Por otro lado Gil-Monte y Peiró (1997) exponen que entre las manifestaciones somáticas se desarrolla hipertensión, palpitaciones intensas, problemas inmunológicos y sexuales, úlceras, gastritis, insomnio, depresión, dolores de cabeza.

En cuanto al tema, Almario (2005) expone que el síndrome de *burnout* se manifiesta mediante síntomas somáticos, en donde la persona experimenta fatiga crónica, trastornos del sueño, úlceras y problemas gástricos.

También ocasiona deterioro en la salud física, como problemas cardiovasculares, hipertensión, palpitaciones, teniendo repercusiones graves a través del tiempo. Además la persona será más propensa a adquirir adicciones. Todo esto afectará su desempeño en la institución, lo que deteriora su calidad de respuesta profesional y laboral (Newstrom, 2011).

2.3 Consecuencias para la organización.

En relación a la temática Gil-Monte y Peiró (1997) menciona las siguientes condiciones en relación a las consecuencias para la organización: insatisfacción laboral, absentismo laboral, abandono del trabajo, desinterés, conflictos con compañeros, superiores e incluso clientes, deterioro de la eficacia de vida profesional.

Gil-Monte (2002) considera que las consecuencias más importantes dentro del ámbito organizacional son: deterioro de la calidad de servicios que presta y el alto índice de absentismo que existe entre los profesionales sanitarios, quienes se ven más afectados tomando en consideración que la ocupación se caracteriza por estar en constante estrés laboral.

Por su parte Almarino (2005) considera que las manifestaciones conductuales del síndrome de *burnout* están caracterizados por el ausentismo laboral y adicciones, emocionales, la persona desarrolla sentimientos de irritabilidad, desconcentración, distanciamiento emocional, lo que se verá afectado en su rendimiento para la organización.

Por otro lado Maslach (2009) menciona que dentro del ámbito organizacional las consecuencias del *burnout* son: deterioro de la eficacia laboral, ausentismo, cambios negativos en el desempeño, baja calidad al realizar el trabajo, la persona comete más errores y su capacidad de resolver problemas es casi nula, además tiende a tener conflictos con sus colegas.

También Martínez (2010) expone que las consecuencias para la organización son: deterioro de las relaciones laborales, aislamiento, absentismo, desorganización, aumento del uso de drogas, irresponsabilidad, pérdida de motivación, evitación profesional, todo esto perjudica al rendimiento de la persona y a la organización.

Finalmente, Carrillo-Esper, Gómez y Espinoza de los Monteros (2012) mencionan que las consecuencias para la organización es una de las manifestaciones clínicas del síndrome caracterizada por: malas relaciones personales entre compañeros, deterioro del desarrollo laboral, cometer errores regularmente, rivalidad, baja o casi nula motivación y frustración laboral.

En definitiva, las consecuencias individuales se manifiestan mediante dos síntomas, el primero es individual caracterizado por ansiedad, frustración, apatía, irritabilidad comportamientos negativos, lo que afecta su tranquilidad emocional y sus relaciones interpersonales, el otro síntoma es somático en el que los autores concuerdan que el agotamiento y fatiga son manifestaciones obvias además de frecuentes dolores de cabeza y problemas gastrointestinales. En lo que respecta a las consecuencias organizacionales estas se caracterizan por el absentismo y la insatisfacción laboral, ineficacia, lo que perjudica el rendimiento laboral de la persona.

CAPÍTULO 3
MODELOS EXPLICATIVOS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

En este apartado se exponen los modelos propuestos por Gil-Monte y Peiró (1997) quienes mencionan que el *burnout* puede clasificarse en base a cuatro teorías desarrolladas para explicar al síndrome, la tabla 2 presenta las teorías, la definición de cada una de ellas, los modelos propuestos y sus postulados, estos apartados se desglosan a continuación.

Tabla 2. Modelos explicativos del síndrome de *burnout*.

Teoría	Definición	Modelo	Postulados
Teoría del yo	Caracterizados por dar un papel principal a variables del “yo” (autoeficacia, autoconcepto, autoconfianza, entre otros) para explicar al síndrome.	Harrison (1983)	Mientras más motivación posea la persona, será mayor el nivel de eficacia, si la sensación de eficacia se deteriora frustrara la perspectiva de lograr los objetivos propuestos, esto afectará de manera negativa las perspectivas de la persona, desarrollando pensamientos de impotencia e inutilidad.
		Chermiss (1993)	Menciona que cuando no logra el éxito laboral la persona se aísla emocionalmente incrementando su apatía y desinterés, rechazando el valor del estímulo intrínseco de su trabajo.
		Thompson, Page y Cooper (1993)	La auto-conciencia juega un rol importante en el inicio del síndrome ya que es calificada como rasgo de personalidad y se define como la manera en que el individuo es capaz de manejar el estrés apreciado al ejecutar una labor, por lo tanto una persona con alta autoconciencia es más susceptible a la experiencia estresante.

Teoría del intercambio social	El síndrome de <i>burnout</i> tiene su inicio en la percepción de falta recompensas y desigualdad que la persona desarrolla, esto nace del proceso de comparación social al construir relaciones interpersonales.	Buunk y Shaufeli (1993)	Existen tres variables que dan inicio a el síndrome de <i>burnout</i> ; a) falta de comprensión de lo que se debe sentir, pensar y actuar en base a los requerimientos laborales., b) percepción de igualdad basándose en un equilibrio de lo que la persona entrega y lo que recibe de los demás., c) la falta de control de los resultados que tendrá su accionar dentro del contexto laboral. En base a la afiliación social y comparación entre pares, la persona afectada por el síndrome no buscara apoyo en escenarios estresantes y rechaza el apoyo por temor a la crítica.
		Hobfoll y Fredy (1993)	Lo que provoca estrés dentro del trabajo amenaza los recursos para enfrentar los mismos, el estrés surge cuando la persona aprecia que su motivación está frustrándolo y provoca inseguridad sobre sus habilidades profesionales, estropea su éxito laboral.
Teoría organizacional	En este modelo se destaca la importancia que juegan los estresores dentro del ambiente organizacional y de las estrategias de	Cox, Kuk y Leiter (1993)	Posibilidad de que la “salud organizacional” sea una variable para el desarrollo del síndrome de <i>burnout</i> , esto determinado por la relación e integración de los métodos psicosociales, y por cómo la estructura y políticas empresariales son percibidas por los empleados. Según los autores el síndrome nace como respuesta a las inadecuadas estrategias de afrontamiento utilizadas para controlar el estrés.

	<p>afrontamiento aplicadas ante la vivencia del síndrome de <i>burnout</i>.</p>	<p>Winnubst (1993)</p>	<p>El síndrome se produce por una estructura organizacional débil lo cual conlleva a un enfrentamiento entre miembros, disfunción de rol y problemas interpersonales. Da relevancia a la cultura, clima laboral y apoyo social que se presta dentro del trabajo como puntos claves en el inicio del síndrome. Toma en cuenta la posibilidad de que a partir del apoyo social se puede mediar las disfunciones de la organización.</p>
<p>Teoría estructural</p>	<p>El estrés es consecuencia del desequilibrio de la capacidad y respuesta que la persona da a las exigencias requeridas.</p>	<p>Gil-Monte y Peiró (1997)</p>	<p>El <i>burnout</i> nace cuando la persona no se adapta a las exigencias de su rol, en donde la respuesta de afrontamiento ante el estrés percibido es inadecuada.</p>

Fuente: Gil-Monte y Peiró (1997).

Elaborado por: Gianella C. Maldonado González.

En síntesis, existen cuatro teorías elaboradas para describir el *burnout*, la primera pone como eje fundamental a la persona para describir el síndrome, la segunda menciona un proceso de comparación social en base a la percepción de inequidad en las recompensas, la tercera considera importante el papel de los estresores y las estrategias para combatirlos, la última teoría habla de la inadaptación de la persona a las exigencias requeridas.

CAPÍTULO 4
PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT

El personal de salud es una profesión de riesgo a padecer *burnout*, considerando que su labor es importante para quienes reciben sus servicios, hay que tomar en cuenta que el estrés al que está frecuentemente expuesto el personal de salud facilita el desarrollo del síndrome de *burnout* (Pérez, 2005).

Por lo tanto el trabajo que realizan estos profesionales es desgastante tanto física y emocionalmente ya que están expuestos a situación de vida y muerte. Como resultado del síndrome el profesional en salud se verá afectado en su bienestar psicológico, la calidad laboral y el servicio que brinda. (Ortega y López, 2004).

Además las condiciones a las que está expuesto el profesional de salud facilitan la aparición del *burnout*, situaciones estresantes como la falta de personal, exceso de trabajo, trabajar en horarios inflexibles, laborar en turnos, estar en constante contacto con enfermedades, sufrimiento y muerte, interacción con pacientes de mal carácter, y decidir situaciones complejas (Gil-Monte, 2001).

A continuación expondremos varios estudios realizados a nivel de América del Norte, Europa y América Latina, en donde se ha detectado una alta prevalencia del *burnout* en personal de salud, aunque la comunidad científica discrepa con los resultados por lo que no hay un consenso de los niveles de afectación del *burnout*.

4.1 América del Norte.

Un estudio realizado por Shanafelt et al. (2012) a 7288 médicos de Estados Unidos de los cuales el 45.8% presentó mayor riesgo de *burnout*. En relación a las dimensiones el 35.2% obtuvo altos niveles en agotamiento emocional, el 29.4% altos niveles en relación a despersonalización y el 12.4% niveles bajos en realización personal.

También Lang, Pfister y Siemens (2010) en Estados Unidos, evaluó a 187 profesionales en enfermería del ejército, quienes mostraron puntuaciones moderada/alta en agotamiento emocional con 25 puntos, despersonalización con 39 puntos y realización personal puntuación baja de 8.

Otro estudio de Walters, Matthews y Dailey (2014) evaluó a 158 médicos de las fuerzas armadas de Estados Unidos, de ellos el 69.8% obtuvieron niveles altos en agotamiento emocional, el 67.9% en despersonalización, el 28.3% en niveles bajos en realización personal.

4.2 Europa.

Martins et al. (2014), realizaron un estudio a una muestra de 142 médicos y enfermeros de Portugal, el 3% presentó *burnout*, un 13% presentaba alto riesgo para desarrollarlo. En relación a las dimensiones puntuó en un nivel medio en agotamiento emocional con 18, al igual que realización personal con 38, mientras que despersonalización puntuó bajo con 3.

Así mismo en Portugal un estudio comparativo realizado por Ribeiro, Gomes y Silva (2010) en el que evaluaron a 73 enfermeros y 68 médicos, la prevalencia en relación a las dimensiones del burnout se evidenció en agotamiento emocional el 12% en médicos y el 9.8% en enfermeros, en despersonalización el 3% médicos y 1.4% enfermeros y en baja realización personal 1.5% médicos y 2.8% enfermeros. Los médicos presentaron mayores niveles de *burnout*.

Dias, Queirós y Carlotto (2010) evaluaron a 224 profesionales de salud de Portugal, entre ellos médicos, enfermeros, se encontró que en ambos grupos solamente el 2.7% presentaba elevado nivel de agotamiento emocional, 0.9% altos niveles de despersonalización y el 59.8% bajos niveles de realización personal. Los enfermeros presentaron mayor agotamiento emocional y realización personal. Además el grupo de profesionales portugueses manifestó mayor agotamiento emocional y despersonalización.

En Francia Chaput et al. (2015) valoraron a 52 médicos en cirugía quienes obtuvieron puntajes elevados en las dimensiones de despersonalización con el 25% y agotamiento emocional con el 13.5%, mientras que el 48.1% puntuó bajo en realización personal.

Rua, Body, Marret y Ouldamer (2015) realizaron un estudio a médicos obstétricos y ginecólogos en Francia, el 19.45% presentó moderados niveles de agotamiento emocional, el 33.33% moderados niveles de despersonalización y el 11.11% moderados niveles en

realización personal.

En España se han realizado varios estudios tales como el de Beloy et al. (2010) aplicado 435 enfermeros, en donde el 60.5% presentaron altos nivel de agotamiento emocional, en relación a la despersonalización el 30.9% y el 29.6% puntuó bajo nivel en realización personal.

Otro estudio es el de Estallo, Alberdi y Moyano (2014) realizado al personal de enfermería de España. Se observó la prevalencia del síndrome en el 31.81%, en relación a las dimensiones se evidenció niveles altos en agotamiento emocional con 40.9%, despersonalización con 45.5% y en la realización personal con 31.8%.

4.3 América Latina

A nivel de América latina también se han ejecutado investigaciones como las realizadas en México como el de Álvarez, Palacios, García y Hernández (2014) que evaluó la prevalencia del *burnout* en 458 profesionales, tanto médico y de enfermería, como resultado el 74.6% presentó síndrome de *burnout*, en relación a las dimensiones el porcentaje de personas que puntuó niveles medio fue: en agotamiento emocional el 19.9%, en despersonalización el 9.5% y en realización personal el 13.9%. En este estudio la muestra más afectada por el síndrome fueron las enfermeras.

Otro estudio realizado por Terrones-Rodríguez, Cisneros-Pérez y Arreola-Rocha (2016) a 116 médicos residentes de México en donde la prevalencia de *burnout* fue 89.6%, se obtuvo 41.3% altos niveles de agotamiento, 54.31% altos niveles de despersonalización y 41.3% niveles bajos de realización personal.

En México, Magalhães et al. (2015) investigaron a 241 médicos anesestesiólogos, obtuvieron una prevalencia del 10.4% y en base a las dimensiones niveles bajos en satisfacción personal con el 47,7%, y niveles altos en despersonalización con 28,3% y en agotamiento emocional con 23,1%.

Así mismo en México Beltrán, Montero, Moreno y Flores (2011) realizaron una investigación a 119 médicos en donde la prevalencia del *burnout* en sus dimensiones fue de 51.3% para agotamiento emocional, 31.1% para baja realización personal y 18.5% para despersonalización.

Valdiviezo y López (2017) evaluaron a 35 médicos de una unidad de atención en México, el 14% presentó *burnout*, en las dimensiones el 14.3% mostró elevado agotamiento emocional; 11.4%, elevada despersonalización y 74.3%, bajo realización personal.

Mientras que en Chile, Aldrete, Navarro, González, Contreras y Pérez (2015) estudió a 163 enfermeros de los cuales el 33.3% manifestó alto agotamiento emocional, el 50.8% baja realización personal y el 17.9% alta despersonalización.

Otra investigación en Chile elaborado por Coloma y Chailán (2013) aplicado a 82 profesionales entre ellos médicos, enfermeros, técnicos de enfermería y auxiliares de servicio, obtuvo resultados relevantes que indican que el 18.3% manifestó elevados niveles de agotamiento emocional, el 15.9% niveles elevados en despersonalización y el 23.2% baja realización personal. El 3.6% presentó síndrome de *burnout*.

Otros resultados importantes en Chile se evidencio en la investigación realizada por Melita, Cruz y Merino (2008) a 91 enfermeros los cuales presentó en relación a las dimensiones, medio/alta, con promedios de 19.58% en agotamiento emocional, 8.15% en despersonalización y 34.85% en baja realización profesional.

También el trabajo realizado por Holmes, dos Santos, Farías y Costa (2014) investigaron a 45 enfermeros de Brasil, de los cuales el 15.5% presentaron elevado riesgo de padecer el síndrome, en relación a las dimensiones: el 53.3% presentaron elevados niveles de agotamiento emocional, el 11.1% de despersonalización y baja realización personal.

Otro estudio ejecutado en Brasil elaborado por de Oliveira Santos et al. (2014) a 11 técnicos de enfermería, el 73% mostró medio/alto niveles en agotamiento, el 27% en despersonalización y el 91% baja realización personal.

En Brasil Fernandes; de Sousa; Rodrigues y Marziale (2012) investigó a 50 enfermeros y auxiliares, el 10% presentó altos niveles en agotamiento emocional, 20% altos niveles de despersonalización y 14% bajo nivel de realización personal.

En Colombia, Berdejo (2014), evaluó a 133 médicos, los cuales presentaron riesgo elevado y medio en relación a las dimensiones del *burnout*, el 78.9% en agotamiento emocional, 60.8% en despersonalización y el 10.5% baja realización personal.

Otra investigación realizada en Colombia es la de Ferrel, Sierra y Rodríguez (2010) realizaron su investigación a 56 médicos especialistas, y obtuvo que existe un elevado nivel de agotamiento emocional con 94.6%, moderado nivel en despersonalización con 53.6%, y el 55.4% presentaron baja realización personal.

También Muñoz y Velázquez (2016), valoró a 114 enfermeros del servicio de Hospitales de tercer nivel de Bogotá, en relación a realización personal el 16.3% puntuó bajo, en agotamiento emocional el 26.5% presentó niveles altos y el 38.8% niveles elevados en despersonalización.

En Perú Vásquez, Maruy y Verne (2014) evaluó a 54 profesionales médicos y enfermeros; la prevalencia del síndrome fue de 3.76%, en relación a las dimensiones el 12.97% manifestó altos niveles de agotamiento emocional, el 11.12% en despersonalización altos niveles y el 14.81% bajos niveles de realización personal.

Arias y Carpio (2016) investigaron a 47 profesionales de enfermería en Perú en donde el 49% manifestó elevados niveles de *burnout*, en base a las dimensiones el 21.3% obtuvo altos niveles en agotamiento emocional, el 49.8% altos niveles en despersonalización y con baja realización el 21.3%.

Otro estudio realizado por Silva (2016) en Perú, en donde se evaluó a 64 médicos, quienes manifestaron la prevalencia del *burnout* con 7.8%, la dimensión de agotamiento emocional el 29.7% puntuó con niveles altos, en despersonalización el 39.1% con niveles altos, y en realización personal el 37.5% con niveles altos.

También Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga (2009) realizó un estudio en personal de salud hispanoamericano, la muestra fue de 11.530 entre médicos, enfermeros odontología, psicología y nutrición, los resultados mostraron alta prevalencia en España con 14.9%, Argentina con 14.4% y Uruguay con 7.9%. Mientras que los profesionales de los países de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador se evidenció una prevalencia de 2.5% y 5.9%. En base a la profesión el *burnout* obtuvo mayor prevalencia en medicina con 12.1%.

A nivel nacional existe un estudio realizado por Ramírez (2015) en el cual se tomó una muestra de 2404 profesionales de la salud de 24 provincias del Ecuador, la prevalencia del síndrome es de 36.4% y los resultados indicaron que existe prevalencia en relación a las dimensiones del 17.6% en agotamiento emocional, 13.6% en despersonalización y 18.2% en baja realización personal.

CAPÍTULO 5
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS ASOCIADAS AL SÍNDROME DE
BURNOUT.

El síndrome de *burnout* en el personal de salud es desarrollado por variables tanto físicas, psicológicas y sociales. Las condiciones de trabajo influyen sobre la calidad de vida profesional y calidad de trabajo que ofrecen las organizaciones de sanidad, además de las actitudes negativas que adquiere la persona hacia sus pares y clientes, el síndrome afecta de manera específica a quienes prestan los servicios en el ámbito de la salud por los riesgos laborales, debido a que trabajan en continua interacción con personas y con dolor humano, además de variables como la presión, y trabajo de turnos. (Gil-Monte, 2001)

Con respecto a las variables de carácter personal, éstas influyen como facilitadores o inhibidores del síndrome del *burnout* sobre la persona entre ellas encontramos las variables sociodemográficas como edad, género, estado civil, número de hijos, etnia y remuneración que pueden contribuir en el desarrollo del síndrome (Sandoval, 2000).

5.1 Edad

En referencia al síndrome de *burnout* y la variable de edad, estudios exponen que a mayor edad mayor *burnout* (Beltrán et al., 2011; Carballal, 2014). Por otro lado otras investigaciones (Agudelo et al., 2013; Aveiga, 2014; Cotito, 2016; Chérrez, 2015; Jara, 2016; Maidana, Carduz, Sanabria, y Thiel, 2011; Sánchez, 2014) atribuyen a que a menor edad, mayor prevalencia del *burnout*. Mientras que algunos estudios no encuentran diferencias significativas en relación a la edad (Arteaga-Romaní, Junes-González y Navarrete-Saravia, 2014; Carrillo, Solano, Martínez y Gómez, 2013; Ortega, 2015; García y Herrero, 2008).

Mientras que investigaciones (Agudelo et al., 2013; Beltrán et al., 2011; Fernandes et al., 2012; Fernández-Sánchez, Juárez-García, Arias-Galicia, y González-Zermeño, 2010; López, 2013; Pérez, 2013; Ramírez et al., 2010; Sánchez, 2014) encontraron que la edad tiene relación con la dimensión de agotamiento emocional. Mientras que se considera que la edad influye con baja realización personal (Cardenas, 2013; Torres, 2015).

5.2 Género

En lo que respecta a la variable de género estudios (Arias y Castro, 2013; Castillo, Orozco, y Alvis, 2015; Carballal, 2014; Cotito, 2016; Chérrez, 2015; Jiménez, Lara, Muñoz, Chavez, y

Loo, 2014; López, 2013; Martínez, 2012; Vásquez, et al, 2014) demuestran que el género femenino influye en el padecimiento del *burnout*, pero otros estudios (Delgado, Vega, Sanabria y Figueredo, 2010; Méndez, Secanilla, Martínez, y Navarro, 2011; Magalhães et al., 2015; Rodríguez et al. 2011) presentan resultados en donde se otorgan mayor niveles del síndrome de *burnout* al género masculino. Mientras que investigaciones (Paredes y Sanabria-Ferrand, 2008; Díaz, 2016; Arteaga-Romani, Junes-Gonzales y Navarrete-Saravila, 2014) no encuentran relación entre esta variable y el *burnout*.

En base a las dimensiones del *burnout*, investigaciones (Durán y García, 2013; Falgueras et al., 2015; Grau et al., 2009; Pérez, 2013; Sánchez, 2014) mencionan que el género femenino presenta mayor agotamiento emocional, mientras que otras investigaciones (Berdejo, 2014; Durán y García, 2013; Méndez et al., 2011) mencionan que el género masculino presenta mayor realización personal, otros autores (Dias et al., 2010; Durán y García, 2013; López, 2013; Navarro-González, Ayechu-Díaz y Huarte-Labiano, 2015; Ramírez y Lee, 2011; Torres, 2015; Velázquez et al., 2010; Falgueras, et al. 2015) le otorgan mayores niveles de despersonalización a los hombres.

5.3 Estado civil

En cuanto a la variable de estado civil, los estudios (Cabrera, 2011; Carballal, 2014; Pereda, Márquez, Hoyos, Yánes, 2009; Rodríguez, Cruz, y Merino, 2008; Rodríguez et al., 2011) revelan que los profesionales con pareja presentaron mayor riesgo de alteraciones en las escalas del *burnout*. Otros estudios (Abreu, 2011) manifestaron que tanto el personal soltero como casados presentan mayor nivel en relación al *burnout*. Además estudios (Brito, Cabrera, Cedillo, 2012; Cotito, 2016; Chérrez, 2015; Jara, 2016; Maidana et al., 2011; Prado, 2016) consideran que existe mayor prevalencia de *burnout* en quienes no tienen pareja. Por el contrario investigaciones (Cogollo-Milanés et al., 2010; Ochomogo y Barrera, 2011, López, González, Morales, y Espinoza, 2007) no observaron relación significativa entre la variable de estado civil con síndrome de *burnout*.

En base a las dimensiones, estudios (Roth, Pinto, 2015) mencionan que existe relación entre baja realización personal con estar soltero, mientras que otros estudios (Alvarado, Chávez, Moreno, Beltrán y Perales, 2010; Cardenas, 2013) consideran que la dimensión de

baja realización personal es común en personas casadas o unión libre. En cuanto a personas viudas, separadas o solteras presentaron mayor despersonalización (Arias y Castro, 2013; Dias et al., 2010; Hernández, 2015). Y quienes tienen pareja o casados presentaron mayor agotamiento emocional (López, 2013; Palma y Joquera, 2011).

5.4 Número de hijos.

En base al número de hijos, un estudio (Martín, Fernández, Gómez, y Martínez, 2001; Moreno, González, y Garrosa, 2002) menciona influencia significativa en relación al número de hijos del profesional con puntuaciones altas de *burnout*. Otras investigaciones (Brito et al., 2012; Dias et al., 2010; Prado, 2016) consideran que *burnout* está relacionado con la variable de no tener hijos. Por el contrario (Cebriá et al., 2014; López, 2013; Mariños, Otero, Málaga, y Tomateo, 2011) menciona que no se observa una relación significativa entre esta variable con síndrome de *burnout*.

Estudios (Días et al., 2010; Durán y García, 2013) manifiestan que las personas sin hijos son más propensas a tener despersonalización, aunque también (Durán y García, 2013) se expone que los profesionales con hijos presentan mayor agotamiento emocional.

5.5 Etnia.

En lo que respecta a la variable etnia, una investigación (Ramírez, 2015) al comparar la etnia mestiza con otras etnias observó que las otras etnias corren mayor riesgo de no sentirse realizados en comparación a la etnia mestiza.

5.6 Remuneración

En cuanto a esta variable, investigaciones (Brito et al., 2012; Cordova, 2016; Henao, Strauss, Moreno y Molina, 2014; Sarría, Ferrer, Rodríguez, y Estacholi, 2014) consideran que los profesionales no remunerados presentan *burnout*.

En base a las dimensiones, estudios (Henao et al., 2014) exponen que la variable no remuneración está asociada al agotamiento emocional.

CAPÍTULO 6
METODOLOGÍA

6.1 Contexto de la investigación

La presente investigación evaluó al personal médico y de enfermería de una institución de salud privada ubicada al norte de la ciudad de Loja, la cual presta servicios de alto nivel en lo científico, tecnológico y humano. Esta entidad ofrece: hospitalización, laboratorio, cirugía, farmacia, gastroenterología, fisioterapia, cuidados intensivos, consulta externa, entre otros. Cuenta con modernos equipamientos e instrumentos médicos, además las instalaciones son amplias y actualizadas para prestar un servicio oportuno y de calidad. Los profesionales son altamente capacitados y eficientes, su compromiso va mucho más allá de lo laboral pues el lazo con los pacientes se refleja en la entrega y respeto por ellos.

6.2 Diseño de investigación

El método empleado en el presente estudio fue exploratorio, en donde se examina un tema que no se ha estudiado antes o se ha abordado en otros contextos, analiza información desde otras perspectivas con el fin de elaborar mejor la investigación (Hernández, 1994).

El diseño de la investigación presentó las siguientes características: **cuantitativa**, la información analizada de los instrumentos aplicados fue numérica, **no experimental** ya que no se manipularon las variables, por lo tanto se observaron los fenómenos en su ambiente real, **transaccional (transversal)** pues se analizó el nivel de las variables en un momento dado, **descriptivo** porque los temas que se seleccionaron sirvieron para recoger la información con la que se detalló la investigación, **exploratorio** en donde se examinó un tema no estudiado antes, y se analiza para realizar un mejor trabajo y **correlacional** puesto que se valoró la relación que hay entre variables asociadas al fenómeno estudiado (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

El tipo de investigación utilizada fue descriptiva-transversal, pues las variables seleccionadas recogieron la información que sirvió para desarrollar el estudio, además la información recolectada se la obtuvo en un momento dado.

6.3 Objetivos

La investigación tuvo como objetivo general:

- o Identificar la prevalencia del síndrome de *burnout* y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización) en médicos/as y enfermeras de una institución privada ubicada al norte de la ciudad de Loja, durante el año 2016-2017.

También contó con tres objetivos específicos;

- o Conocer las características sociodemográficas, laborales así como las variables moduladoras y clínicas de los médicos/as y enfermeras de una institución privada ubicada al norte de la ciudad de Loja, durante el año 2016-2017.
- o Identificar las variables sociodemográficas (edad, género y estado civil) a la presencia del *burnout*, en médicos/as y enfermeras de una institución privada ubicada al norte de la ciudad de Loja, durante el año 2016-2017.
- o Determinar el síndrome de *burnout* y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal) en relación a las variables sociodemográficas (edad, género y estado civil) a través de médicos/as y enfermeras de una institución privada ubicada al norte de la ciudad de Loja, durante el año 2016-2017.

6.4 Preguntas de investigación:

- o ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la muestra investigada?.
- o ¿Cuál es la prevalencia del síndrome de *burnout* en los profesionales de salud (médicos/as y enfermeras) de una institución privada ubicada al norte de la ciudad de Loja, durante el año 2017?.
- o ¿Cuál de las tres dimensiones del síndrome de *burnout* es la que presenta un alto nivel?.

- o ¿Cuál es la relación entre las dimensiones del *burnout* (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) y las variables sociodemográficas (edad, género y estado civil)?.

6.5 Muestra

La población objeto de este estudio fue el personal médico y de enfermería que laboran en una institución de salud privada ubicada al norte de la ciudad de Loja.

La muestra fue de accesibilidad, no probabilística y accidental, la muestra recolectora de información fueron 50 profesionales de la salud (25 médicos/as y 25 enfermeros/as), sin embargo por falta de tiempo no todos los profesionales pudieron colaborar, por lo tanto la muestra procesadora de información fue de 44 profesionales de la salud (25 médicos/as y 19 enfermeras) de una institución de salud privada ubicada al norte de la ciudad de Loja, quienes cumplieron con los criterios de inclusión de muestra.

La investigación se adecuó a las normas éticas respetando el acuerdo de Helsinki, el estudio no representó riesgo alguno para los participantes, y se garantizó absoluta confidencialidad de los datos personales otorgados en el consentimiento informado.

Los criterios considerados para seleccionar la muestra fueron:

Criterios de inclusión: Ser profesional de medicina/enfermería, actualmente ejercer la profesión, estar de acuerdo en participar en la investigación, tener 3 años mínimo de experiencia profesional y firmar consentimiento informado.

Criterios de exclusión: Ser técnico o auxiliar de enfermería/medicina, no firmar el consentimiento informado, no tener tiempo.

6.6 Procedimiento:

La información para realizar el estudio se obtuvo mediante el siguiente procedimiento, en primera instancia se analizó el tema de investigación tomando en cuenta las pocas investigaciones realizadas sobre este síndrome en nuestro contexto y las profesiones más vulnerables que son los profesionales de la salud, en base a esto se plantearon los objetivos de la investigación para luego seleccionar los instrumentos en base a los objetivos y a la muestra, se elaboró la solicitud para requerir el permiso correspondiente a la institución de salud, se realizó un acercamiento con los directivos de la establecimiento a quienes se les presentó la solicitud elaborada con la finalidad de que se permita recolectar los datos en la institución de salud, al obtener el visto bueno de los directivos se determinó el horario para la aplicación de la batería, en consideración a esto se procedió a buscar a médicos/as y enfermeras dentro del establecimiento para pedir la colaboración dándoles a conocer la finalidad de la investigación, a quienes aceptaban participar se pidió el consentimiento informado y se explicó los parámetros de la batería para que puedan realizarla de la mejor manera, al culminar este proceso se depuró la información descartando los cuestionarios incompletos y los que no tenían el consentimiento informado, finalmente el procesamiento de datos se realizó a través de la matriz SPSS-23 con descriptivo xi-cuadrado y se procedió a analizar los datos usando las puntuaciones continuas de correlación de Pearson.

6.7 Instrumentos.

Los instrumentos fueron utilizados para recolectar la información que permitió cumplir con los objetivos trazados.

6.7.1 Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC.

Enfocado en obtener información sociodemográficas (género, edad, número de hijos, etnia, estado civil, ingresos mensuales, experiencia profesional, sector de trabajo, tipo de contrato, turnos, número de pacientes, recursos institucionales y clima laboral).

6.7.2 Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory) [MBI-HSS]

En lo que respecta al inventario de *burnout* de Maslach [MBI-HSS] versión española de Seisdedos (1997) el cuestionario evalúa las tres dimensiones del *burnout*: a) agotamiento emocional (indica nivel de cansancio y si la persona está exhausta por su trabajo), b) despersonalización (niveles de distanciamiento laboral), c) realización personal (niveles de satisfacción en el trabajo), este cuestionario utiliza la escala de Likert con puntuaciones de 0 a 6.

Este instrumento está constituido por 22 ítems: agotamiento emocional, compuesta por 9 ítems (1,2,3,6,8,13,14,16,20); despersonalización, compuesta por 5 ítems (5,10,11,15,22) y realización personal, compuesta por 8 ítems (4,7,9,12,17,18,19,21). Las puntuaciones máximas son en agotamiento emocional 54, despersonalización 30 y realización personal 48. Pese a que no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la presencia o ausencia del *burnout* se toman las puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización, mientras que se consideran las puntuaciones bajas en realización personal. (Maslach y Jackson, 1986; versión española de Seisdedos, 1997).

En cuanto a las propiedades psicométricas, el cuestionario es óptimo si el coeficiente alfa de Cronbach se encuentra entre 0.7 y 0.9 (González, Lacasta, y Ordoñez, 2008).

6.7.3 Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28); (Goldberg y Hillier, 1979; versión española de Muñoz, Vázquez-Barquero, Rodríguez, Pastrana y Varo, 1979)

Este es un cuestionario auto-administrado, utilizado para conocer como la persona aprecia su estado de salud. Está compuesto por 28 ítems utilizados para comprobar la existencia de problemas psiquiátricos menores y estado de la salud mental del encuestado. En lo que respecta a las propiedades psicométricas cuenta con el punto de corte de 5/6 indicador de la existencia de un caso probable, con sensibilidad = 84.6% y especificidad = 82% (Lobo, Pérez-Echeverría y Artal, 1986), y con un valor de alfa de Cronbach de 0.89. Evalúa por

medio de cuatro sub-escalas:

- a Síntomas somáticos: Dolores de cabeza, escalofríos, agotamiento entre otros.
- b Ansiedad: Nerviosismo, pánico, dificultades para dormir.
- c Disfunción social: Sentimientos hacia las actividades que realiza durante el día.
- d Depresión: Sentimientos de desvalorización, pensamientos de muerte.

6.7.4 Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE)

Esta escala multidimensional, está compuesto por 28 ítems, tiene como objetivo conocer las diferentes respuestas de la persona ante problemas estresantes y situaciones complicadas. (Vargas, Herrera, Rodríguez y Sepúlveda, 2010) los tipos de afrontamiento que evalúa son:

- a) Afrontamiento activo: Actividades y acciones ejecutadas para solucionar el problema.
- b) Auto-distracción: Centrarse en actividades que no permitan pensar en el problema y así olvidarlo.
- c) Negación: Rechazar lo que está ocurriendo para no enfrentar el problema.
- d) Uso de sustancias: Ingerir sustancias para esquivar y no hacer frente al problema. poder afrontarla.
- e) Uso de apoyo emocional: Buscar en terceros afecto y apoyo.
- f) Uso de apoyo instrumental: Busca ayuda en guías que expliquen la situación problemática por la que se está pasando.
- g) Retirada de comportamiento: Hacer a un lado el problema, sin asumirlo dejando que se resuelva solo.

- h) Desahogo: Desahogo de los sentimientos que ha provocado el problema.
- i) Replanteamiento positiva: Sacar algo bueno del problema aprendiendo de él.
- j) Planificación: Formulación de un proceso a seguir para controlar el problema.
- k) Humor: Quitarle importancia al problema para no pensar en ello.
- l) Aceptación: Reconocer el problema y aceptarlo de manera tranquila.
- m) Religión: Refugio en espiritualidad.
- n) Culpa de sí mismo: Auto culparse de los problemas por los que se atraviesa.

En cuanto a 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 MOS de apoyo social. (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Steward, 1991; versión española Revilla, Luna del Castillo, Bailón y Medina, 2005)

El cuestionario creado por Survey; Sherbourne y Steward, 1991; versión española Revilla, Luna del Castillo, Bailón y Medina, (2005) es autoadministrado y consta de 20 ítems utilizados para conocer la extensión de la red social que posee la persona, utiliza una escala de Likert de 5 puntos, que va de 1 (nunca) a 5 (siempre), consta de un alfa de Cronbach de 0.97 y para las subescalas entre 0.91 y 0.96. Identifica cuatro dimensiones de apoyo social:

1. Apoyo emocional: Alguien que preste guía y consejo.
2. Apoyo instrumental: Alguien que presta ayuda en casa.
3. Amor y cariño: Alguien para comunicarse, con quien distraerse en tiempo de ocio y brinde afecto.

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

El cuestionario de personalidad consta de 24 ítems los cuales evalúan la personalidad en base a tres factores: neuroticismo, extroversión y psicoticismo. Cuenta con un formato de respuesta de SI y NO, las puntuaciones para cada una de las sub-escalas son de 0 y 6, a mayor puntuación mayor es la presencia del rasgo.

El alfa de Cronbach en relación a las dimensiones son: extraversión 0.74, neuroticismo 0.78, psicoticismo 0.63 y sinceridad de 0.54 (Sandín, Valiente, Montes, Chorot y Germán, 2002).

6.8 Recursos

6.8.1 Humanos.

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

6.8.2 Técnicos.

- o Computadora.
- o Programa de análisis.
- o Batería de instrumentos psicológicos (Cuestionario ad hoc de variables sociodemográficas, inventario de *burnout* de Maslach [MBI-HSS], Salud Mental (GHQ-28), escala de evaluación de estilos de afrontamiento (BRIEF-COPE), cuestionario MOS de apoyo social, cuestionario revisado de personalidad de Eysenck. EPQR-A).

6.8.3 *Financieros.*

ACTIVIDAD	INVERSIÓN
Impresiones.	50
Fotocopias.	20
Transporte.	20
Internet.	15
Matrícula del componente académico	882.56
TOTAL	987.56

CAPÍTULO 7
ANÁLISIS DE DATOS

7.1 Características sociodemográficas.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud

VARIABLES	Médicos/as		Enfermeras	
	n	%	n	%
Género				
Hombre	14.0	56.0	0.0	0.0
Mujer	11.0	44.0	19.0	100.0
Total de profesionales de la salud	25.0	56.8	19.0	43.2
Edad				
<i>M</i>	39.1		42.8	
<i>DT</i>	10.3		9.6	
Max	58.0		64.0	
Min	27.0		30.0	
Número de hijos/as				
<i>M</i>	1.3		2.0	
<i>DT</i>	1.1		0.9	
Max	3.0		3.0	
Min	0.0		0.0	
Etnia				
Mestizo/a	25.0	100.0	19.0	100.0
Blanco/a	0.0	0.0	0.0	0.0
Afroecuatoriano/a	0.0	0.0	0.0	0.0
Indígena	0.0	0.0	0.0	0.0
Estado civil				
Soltero/a	11.0	44.0	7.0	36.8
Casado/a	9.0	36.0	8.0	42.1
Viudo/a	0.0	0.0	0.0	0.0
Divorciado/a	4.0	16.0	4.0	21.1
Unión libre	1.0	4.0	0.0	0.0

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral
Elaborado por: Gianella Maldonado González

En la tabla 1 de las características sociodemográficas, la variable de sexo presentó que en los profesionales de medicina el 56% son hombres y el 44% son mujeres, mientras que en los profesionales de enfermería el 100% son mujeres.

En la variable edad los médicos/as tienen una edad promedio de 39 años, con un mínimo de 27 años y máximo de 58, en cuanto a las enfermeras la edad promedio es de 42 años, con

un mínimo de 30 y máximo de 64.

En cuanto al número de hijos los médicos/as tiene un promedio de 1 hijo, y las enfermeras un promedio de 2 hijos.

Respecto a la variable etnia el 100% de ambas muestras (médicos/as y enfermeras) optó por la categoría mestizo.

En lo que respecta al estado civil, los médicos/as manifiestan como categorías sobresalientes que el 44% es soltero y el 36% es casado. Y en las enfermeras el 36.8% es soltero, y el 42.1% casado.

7.2 Características laborales.

Tabla 2. Características laborales de los profesionales de la salud

VARIABLES	Médicos/as		Enfermeras	
	n	%	n	%
Ingresos mensuales				
0 a 1000	7.0	28.0	4.0	21.1
1001 a 2000	11.0	44.0	15.0	78.9
2001 a 3000	5.0	20.0	0.0	0.0
3001 a 4000	2.0	8.0	0.0	0.0
4001 a 5000	0.0	0.0	0.0	0.0
5001 a 6000	0.0	0.0	0.0	0.0
Experiencia profesional				
<i>M</i>	12.8		16.5	
<i>DT</i>	9.4		6.9	
Max	29.0		29.0	
Min	3.0		5.0	
Sector en el que trabaja				
Público	0.0	0.0	0.0	0.0
Privado	22.0	88.0	19.0	100.0
Ambos	3.0	12.0	0.0	0.0
Tipo de contrato				
Eventual	1.0	4.2	0.0	0.0
Ocasional	1.0	4.2	2.0	10.5
Plazo fijo	4.0	16.7	1.0	5.3
Nombramiento	18.0	75.0	16.0	84.2
	46			

Servicios profesionales	0.0	0.0	0.0	0.0
Ninguno	0.0	0.0	0.0	0.0
N° de pacientes/día				
<i>M</i>	15.2		22.0	
<i>DT</i>	6.1		8.2	
Max	30.0		35.0	
Min	0.0		7.0	
Recursos Institucionales				
Totalmente	13.0	52.0	6.0	31.6
Medianamente	10.0	40.0	11.0	57.9
Poco	2.0	8.0	2.0	10.5
Nada	0.0	0.0	0.0	0.0
Turnos				
Si	6.0	24.0	15.0	78.9
No	19.0	76.0	4.0	21.1

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral
Elaborado por: Gianella Maldonado González

En la tabla 2 de características laborales los ingresos mensuales predominantes en los médicos/as es de 1001 a 2000 USD (44%), seguida por 0 a 1000 USD (28%), en cuanto a las enfermeras los ingresos dominantes son similares de 1001 a 2000 USD (78.9%), seguida por 0 a 1000 USD (21.1%).

Respecto a la experiencia profesional los médicos/as presentan un promedio de 12 años de experiencia con un mínimo 3 años y un máximo 29 años. En base a las enfermeras tienen un promedio de experiencia laboral de 16 años, con un mínimo 5 años y un máximo de 29 años.

En cuanto al sector en el que trabaja, en los médicos/as la categoría predominante es la de sector privado con 88%, y ambos (privado y público) con 12%. Mientras que el 100% de las enfermeras pertenece al sector privado.

En el tipo de contrato, los médicos/as tienen como categoría dominante nombramiento (75%), seguida por contrato plazo fijo (16.7%), respecto a las enfermeras la categoría sobresaliente es nombramiento (84.2%), seguida por contrato ocasional (10.5%).

En lo concerniente al número de pacientes atendidos al día, los médicos/as atienden un promedio de 15 pacientes, con un máximo de 30 pacientes al día. Mientras que las enfermeras atienden a un promedio de 22 pacientes al día, con un mínimo de 7 pacientes y un máximo de 35 pacientes.

Respecto a los recursos institucionales los médicos/as optaron por la categoría totalmente con 52%, seguida por medianamente con 40%. Y las enfermeras medianamente con el 57.9%, seguida por totalmente con el 31.6%.

En cuanto a si la persona trabaja en turnos, el 24% de los médicos/as afirmó trabajar en turno y el 76% no, mientras que las enfermeras el 78.9% trabaja en turnos y el 21.1% no.

7.3.1 Clima laboral en muestra de médicos/as

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

VARIABLES	Médicos/as							
	Nada		Poco		Bastante		Totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Percepción de valoración								
Pacientes	1.0	4.0	3.0	12.0	14.0	56.0	7.0	28.0
Familiares de pacientes	0.0	0.0	4.0	16.0	14.0	56.0	7.0	28.0
Compañeros de profesión	1.0	4.0	2.0	8.0	14.0	56.0	8.0	32.0
Directivos de la institución	1.0	4.0	6.0	24.0	13.0	52.0	5.0	20.0
Satisfacción laboral								
Con el trabajo que realiza	0.0	0.0	1.0	4.0	10.0	40.0	14.0	56.0
Interacción con los pacientes	1.0	4.0	0.0	0.0	15.0	60.0	9.0	36.0
Apoyo directivos de la institución	2.0	8.0	6.0	24.0	13.0	52.0	4.0	16.0
Colaboración compañeros de trabajo	0.0	0.0	6.0	24.0	10.0	40.0	9.0	36.0
Experiencia laboral	0.0	0.0	2.0	8.0	13.0	52.0	10.0	40.0
Situación económica	0.0	0.0	9.0	36.0	13.0	52.0	3.0	12.0

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral
Elaborado por: Gianella Maldonado González

En la tabla 3 se describe la percepción de valoración en los médicos/as, en cuanto a la valoración de los pacientes, el 56% de los médicos/as se siente bastante valorado.

En cuanto a la percepción de valoración de familiares de los pacientes, el resultados sobresaliente es el 56% que menciona sentirse bastante valorado.

En lo que concierne a la percepción de valoración por los compañeros de profesión, el 56% se siente bastante valorado.

En relación a la percepción de valoración por los directivos de la institución el 52% de los médicos/as se siente bastante valorado.

En base a la satisfacción laboral con el trabajo que se realiza el 56% se siente totalmente satisfecho con el trabajo que realiza.

En la satisfacción con la interacción con los pacientes el 60% se siente bastante satisfecho con la relación paciente-médico.

En cuanto a la satisfacción con el apoyo directivo de la institución el 52% se siente bastante satisfecho.

Al respecto de la satisfacción con la colaboración de compañeros de trabajo el 36% está totalmente satisfecho y el 40% bastante satisfecho.

En lo concerniente a la satisfacción con la experiencia laboral el 52% se siente bastante satisfecho con esta categoría.

Por último, en la satisfacción con la situación económica el 52% bastante satisfecho, lo que significa que la remuneración salarial solventa sus necesidades.

7.3.2 Clima laboral en muestra de enfermeras.

Tabla 4. Percepción del clima laboral de las enfermeras

VARIABLES	Enfermeras							
	Nada		Poco		Bastante		Totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Percepción de valoración								
Pacientes	0.0	0.0	4.0	21.1	9.0	47.4	6.0	31.6
Familiares de pacientes	0.0	0.0	5.0	26.3	9.0	47.4	5.0	26.3
Compañeros de profesión	0.0	0.0	4.0	21.1	10.0	52.6	5.0	26.3
Directivos de la institución	1.0	5.3	5.0	26.3	10.0	52.6	3.0	15.8
Satisfacción laboral								
Con el trabajo que realiza	0.0	0.0	0.0	0.0	6.0	31.6	13.0	68.4
Interacción con los pacientes	0.0	0.0	0.0	0.0	7.0	38.9	11.0	61.1
Apoyo directivos de la institución	0.0	0.0	4.0	21.1	12.0	63.2	3.0	15.8
Colaboración compañeros de trabajo	0.0	0.0	6.0	31.6	9.0	47.4	4.0	21.1
Experiencia laboral	0.0	0.0	1.0	5.3	8.0	42.1	10.0	52.6
Situación económica	0.0	0.0	5.0	26.3	13.0	68.4	1.0	5.3

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral
Elaborado por: Gianella Maldonado González

En la tabla 4 se analiza la percepción de valoración en las enfermeras, en base a la variable de percepción de valoración por los pacientes, en donde la categoría con mayor porcentaje es bastante valorado con el 47.4%

En lo referente a la valoración de familiares de los pacientes, el 47.4% de las enfermeras se sienten bastante valoradas.

En cuanto a la valoración por los compañeros de profesión el 52.6% de las enfermeras se sienten bastante valorado.

En la percepción de valoración por los directivos de la institución el 52.6% se siente bastante valorado por los directivos.

En lo que respecta a la variable satisfacción laboral con el trabajo que se realiza el 68.4% está totalmente satisfecho con el trabajo que realiza.

En la satisfacción con la interacción con los pacientes el 61.1% está totalmente satisfecho con la relación paciente-enfermera.

En base a la satisfacción con el apoyo directivo de la institución el 63.2% está bastante satisfecho con el apoyo recibido.

En lo concerniente a la satisfacción con la colaboración de compañeros de trabajo el 47.4% está bastante satisfecho.

En la satisfacción de la experiencia laboral el 52.6% está totalmente satisfecho, con la experiencia profesional que ha realizado.

Por último, en base a la situación económica el 68.4% dijo estar bastante satisfecho, lo que quiere decir que el ingreso obtenido lo que liquida las necesidades de las enfermeras.

7.4 Características del *burnout*.

Tabla 5. Resultados de los casos de *burnout* en los profesionales de la salud

Variable	Médicos/as		Enfermeras	
	n	%	n	%
<i>Burnout</i>				
Caso	1.0	4.0	0.0	0.0
No caso	24.0	96.0	19.0	100.0

Fuente: Cuestionario MBI

Elaborado por: Gianella Maldonado González

Al analizar la tabla 5 se encuentra que el 4% de los médicos/as presenta síndrome de *burnout* al contrario en la muestra de enfermeras en donde ninguna muestra el síndrome.

7.5 Dimensiones del *burnout*.

Tabla 6. Resultados de las dimensiones del *burnout* en los profesionales de la salud

Variable	Médicos/as		Enfermeras	
	n	%	n	%
Agotamiento emocional				
Bajo	15.0	60.0	16.0	84.2
Medio	5.0	20.0	3.0	15.8
Alto	5.0	20.0	0.0	0.0
Despersonalización				
Bajo	15.0	60.0	14.0	73.7
Medio	3.0	12.0	4.0	21.1
Alto	7.0	28.0	1.0	5.3
Realización personal				
Bajo	12.0	48.0	6.0	31.6
Medio	6.0	24.0	8.0	42.1
Alto	7.0	28.0	5.0	26.3

Fuente: Cuestionario MBI

Elaborado por: Gianella Maldonado González

En lo que respecta a la tabla 6 de las dimensiones del *burnout*, los médicos/as presentan: el 60% niveles bajo, el 20% niveles altos/medios en agotamiento emocional, el 60% bajos niveles, el 12% niveles medios y 28% niveles altos en despersonalización, y en realización personal el 48% niveles bajos, el 24% niveles medios y el 28% niveles altos.

En cuanto a las enfermeras, las dimensiones del *burnout* el 15.8% presenta niveles medios en agotamiento emocional y el 84.2% niveles bajos, en despersonalización el 73.7% niveles bajos, el 21.1% niveles medios y el 5.3% tiene niveles altos, y en relación realización personal el 31.6% muestra niveles bajos, el 42.1% niveles medios y el 26.3% niveles altos.

7.6 Características clínicas.

Tabla 7. Malestar emocional de los profesionales de la salud

Variable	Médicos/as		Enfermeras	
	n	%	n	%
Síntomas somáticos				
Caso	10.0	40.0	3.0	15.8
No caso	15.0	60.0	16.0	84.2
Ansiedad				
Caso	11.0	44.0	3.0	15.8
No caso	14.0	56.0	16.0	84.2
Disfunción social				
Caso	1.0	4.0	0.0	0.0
No caso	24.0	96.0	19.0	100.0
Depresión				
Caso	2.0	8.0	2.0	10.5
No caso	23.0	92.0	17.0	89.5

Fuente: Cuestionario de salud general (GHQ-28)

Elaborado por: Gianella Maldonado González

En relación a la tabla 7 sobre malestar emocional, el 40% de los médicos/as presenta síntomas somáticos y el 60% no. En cuanto a las enfermeras un 15.8% muestra sintomatología y el 84.2% no.

Con respecto a la ansiedad los médicos/as manifiestan con un 44% sintomatología y el 56% sin sintomatología. En cuanto a las enfermeras el 15.8% presenta sintomatología y el 84.2% sin sintomatología.

En disfunción social los resultados muestran que el 4% de médicos/as presenta sintomatología y el 96% no. Mientras que el 100% de enfermeras no manifiestan sintomatología.

En cuanto a depresión el 8% de médicos/as posee sintomatología, y el 92% no. En referencia a las enfermeras el 10.5% muestra sintomatología y el 89.5% sin sintomatología.

7.7 Características de afrontamiento.

Tabla 8. Estrategias de afrontamiento 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
Auto distracción	4.4	2.5	8.0	2.0	3.3	1.7	8.0	2.0
Afront. activo	4.6	2.7	8.0	2.0	3.8	1.9	8.0	2.0
Negación	2.7	1.6	6.0	1.0	2.4	1.0	6.0	2.0
Uso de sustancias	2.1	1.0	3.0	2.0	2.0	0.0	2.0	2.0
Apoyo emocional	3.0	1.8	6.0	2.0	2.5	1.2	8.0	2.0
Apoyo instrumental	3.3	2.0	7.0	2.0	2.9	1.0	8.0	2.0
Retirada	2.7	1.7	6.0	2.0	2.3	0.6	8.0	2.0
Desahogo	3.5	2.1	7.0	2.0	2.6	1.1	6.0	2.0
Replant. positivo	4.4	2.6	8.0	2.0	3.3	1.7	6.0	2.0
Planificación	4.6	2.7	8.0	2.0	3.0	1.1	6.0	2.0
Humor	3.1	1.9	8.0	2.0	2.5	0.8	6.0	2.0
Aceptación	4.7	1.8	8.0	2.0	3.3	1.6	6.0	2.0
Religión	4.6	2.2	8.0	2.0	3.3	1.7	5.0	2.0
Culpa de si mismo	3.6	1.4	7.0	2.0	2.6	0.9	5.0	2.0

Fuente: Cuestionario de salud general (GHQ-28)

Elaborado por: Gianella Maldonado González

En la tabla 8 se observan las estrategias de afrontamiento más usadas por los médicos/as las cuales son: la aceptación con una puntuación media de 4.7, seguidas por el afrontamiento activo, planificación y religión, estas últimas con una puntuación media de 4.6.

Mientras que las estrategias de afrontamiento sobresalientes en las enfermeras son: el afrontamiento activo con una puntuación media de 3.8, continuado por la auto-distracción, replanteamiento positivo y aceptación, todas estas con una media de 3.3.

7.8 Características de apoyo social.

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	77.3	22.1	100.0	20.0	82.8	18.6	100.0	25.0
A. instrumental	75.8	41.8	100.0	20.0	81.6	21.2	100.0	35.0
Amor y cariño	78.0	23.4	100.0	20.0	83.4	16.8	100.0	45.0

Fuente: Cuestionario de salud general (GHQ-28)

Elaborado por: Gianella Maldonado González

Al respecto de la percepción del apoyo social, podemos observar en la tabla 9 que la variable predominante en los médicos/as fue el amor y cariño con una media de 78, con puntuaciones mínimas de 20.0 y máximas de 100.0, en lo que concierne a las enfermeras también se evidenció que la variable sobresaliente fue amor y cariño con una media de 83.4, con un mínimo de 45.0 y máximo de 100.0.

7.9 Características de rasgo de personalidad.

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

Variables	Médicos/as				Enfermeras			
	<i>M</i>	<i>DT</i>	Max	Min	<i>M</i>	<i>DT</i>	Max	Min
Neuroticismo	2.1	1.5	6.0	0.0	1.6	1.3	4.0	0.0
Extroversión	4.4	1.8	6.0	1.0	4.4	1.5	6.0	1.0
Psicoticismo	1.8	1.1	4.0	1.0	1.4	0.9	3.0	0.0

Fuente: Cuestionario de salud general (GHQ-28)

Elaborado por: Gianella Maldonado González

En la tabla 10 se muestra que el rasgo de personalidad predominante en los médicos/as es la extroversión con puntuación media de 4.4, así mismo la muestra de enfermeras mostró que el rasgo de personalidad dominante es extroversión mostrando la misma media de 4.4.

7.10 *Burnout* y su relación con variables sociodemográficas

Tabla 11. *Burnout* y su relación al género

<i>Burnout</i>	Género				$\chi^2(1, N=44)$	<i>p</i>
	Masculino		Femenino			
	N	%	N	%		
No caso	13	92.9	30	100.0	2.193	.139
Caso	1	7.1	0	0.0		

Fuente: MBI, cuestionario sociodemográfico.

Elaborado por: Gianella Maldonado González

En la variable de género, el sexo masculino presenta un caso con *burnout* equivalente al 7.1%, mientras que el sexo femenino no registró ningún caso. No se encontró diferencia significancia en esta variable $\chi^2(1, N=44)$ 2.193, *p* .139.

Tabla 12. *Burnout* y su relación con la edad

<i>Burnout</i>	Edad				$\chi^2(1, N=44)$	<i>p</i>
	Menores a 40		Mayores a 40			
	N	%	N	%		
No caso	26	100.0	17	94.4	1.478	.224
Caso	0	0.0	1	5.6		

Fuente: MBI, cuestionario sociodemográfico.

Elaborado por: Gianella Maldonado González.

Con respecto a la variable edad vemos en la tabla 12 que el 5.6% mayores a 40 años presenta *burnout*, mientras que los menores a 40 años no registró ningún caso. No se encontró diferencias significativas en esta variable. $\chi^2(1, N=44)$ 1.478, *p* .224

Tabla 13. *Burnout* y su relación con el estado civil

<i>Burnout</i>	Estado civil				$\chi^2(1, N=44)$	<i>p</i>
	Sin pareja		Con pareja			
	N	%	N	%		
No caso	26	100.0	17	94.4	1.478	.224
Caso	0	0.0	1	5.6		

Fuente: MBI, cuestionario sociodemográfico.

Elaborado por: Gianella Maldonado González

Al analizar la variable estado civil, en la tabla 13 se muestra que el 5.6% de profesionales que tiene pareja presenta *burnout*, en cambio quienes no tienen pareja no registran ningún caso. No se encontró diferencias significativas en esta variable $\chi^2(1, N=44) 1.478, p .224$.

7.11 Dimensiones del *burnout* y variables sociodemográficas.

7.11.1 Dimensiones del *burnout* y género.

Tabla 14. Agotamiento emocional y género

Agotamiento emocional	Género				$\chi^2(1, N=44)$	<i>p</i>
	Masculino		Femenino			
	N	%	N	%		
Bajo/medio	11	78.6	28	93.3	2.065	.151
Alto	3	21.4	2	6.7		

Fuente: MBI, cuestionario sociodemográfico.
Elaborado por: Gianella Maldonado González

Con respecto al género y su relación con las dimensiones, en la tabla 14 se encontró que en agotamiento emocional el 78.6% del género masculino obtuvo niveles bajos y el 21.4% niveles altos, mientras que el 93.3% del género femenino mostró niveles bajos y el 6.7% niveles altos. No se encontró diferencias significativas $\chi^2(1, N=44) 2.06, p .121$.

Tabla 15. Despersonalización y género

Despersonalización	Género				$\chi^2(1, N=44)$	<i>p</i>
	Masculino		Femenino			
	N	%	N	%		
Bajo/medio	9	64.3	27	90.0	4.243	.039
Alto	5	35.7	3	10.0		

Fuente: MBI, cuestionario sociodemográfico.
Elaborado por: Gianella Maldonado González

En la dimensión de despersonalización, la tabla 15 muestra que el 64.3% del género masculino muestra niveles bajos y el 35.7% niveles altos, mientras que el 90% del género femenino presenta niveles bajos y el 10% niveles altos en esta dimensión. Se encontró diferencias significativas en esta dimensión $\chi^2(1, N=44) 4.243, p .039$.

Tabla 16. Realización personal y género

Realización personal	Género				$\chi^2(1, N=44)$	<i>p</i>
	Masculino		Femenino			
	N	%	N	%		
Bajo/medio	10	71.4	22	73.3	0.17	.895
Alto	4	28.6	8	26.7		

Fuente: MBI, cuestionario sociodemográfico.
Elaborado por: Gianella Maldonado González.

En realización personal el 71.4% del género masculino muestra niveles bajos y el 28.6% niveles altos, mientras que el género femenino el 73.3% presenta niveles bajos y el 26.7% niveles altos. No se encontró diferencias significativas $\chi^2(1, N=44) 0.17, p .895$.

7.11.2 Dimensiones del *burnout* y edad.

Tabla 17. Agotamiento emocional y edad

Agotamiento emocional	Edad				$\chi^2(1, N=44)$	<i>p</i>
	Menores a 40		Mayores a 40			
	N	%	N	%		
Bajo/medio	23	88.5	16	88.9	.002	.965
Alto	3	11.5	2	11.1		

Fuente: MBI, cuestionario sociodemográfico.
Elaborado por: Gianella Maldonado González.

En la tabla 17 se manifiesta que en agotamiento emocional el 88.5% de los menores a 40 años presenta niveles bajos y el 11.5% niveles altos, mientras que el 88.9% de los mayores a 40 años muestra niveles bajos y el 11.1% niveles altos. No se encontró diferencias significativas $\chi^2(1, N=44) 0.02, p .965$.

Tabla 18. Despersonalización y edad

Despersonalización	Edad				$\chi^2(1, N=44)$	<i>p</i>
	Menores a 40		Mayores a 40			
	N	%	N	%		
Bajo/medio	20	76.9	16	88.9	1.024	.312
Alto	6	23.1	2	11.1		

Fuente: MBI, cuestionario sociodemográfico.
Elaborado por: Gianella Maldonado González.

En la dimensión de despersonalización el 76.9% los mayores a 40 años tiene niveles bajos y el 23.1% niveles altos, mientras que el 88.9% de los mayores a 40 años obtuvo niveles bajos y el 11.1% niveles altos en esta dimensión. No se encontró diferencias significativas en esta dimensión. $\chi^2(1, N=44) 1.024, p .312$.

Tabla 19. Realización personal y edad

Realización personal	Edad				$\chi^2(1, N=44)$	<i>p</i>
	Menores a 40		Mayores a 40			
	N	%	N	%		
Bajo/medio	17	65.4	15	83.3	1.728	.189
Alto	9	34.6	3	16.7		

Fuente: MBI, cuestionario sociodemográfico.
Elaborado por: Gianella Maldonado González

En la tabla 19 se observa que en lo referente a realización personal el 65.4% de los menores a 40 años muestra niveles bajos y el 34.6% niveles altos, el 83.3% de mayores a 40 años presenta niveles bajos y el 16.7% niveles altos. No se encontró diferencias significativas $\chi^2(1, N=44) 1.728, p .189$.

7.11.3 Dimensiones del *burnout* y estado civil.

Tabla 20. Agotamiento emocional y Estado Civil

Agotamiento emocional	Estado Civil				$\chi^2(1, N=44)$	<i>p</i>
	Sin pareja		Con pareja			
	N	%	N	%		
Bajo/medio	23	88.5	16	88.9	.002	.965
Alto	3	11.5	2	11.1		

Fuente: MBI, cuestionario sociodemográfico.
Elaborado por: Gianella Maldonado González.

En lo que respecta a estado civil se encontró que el 88.5% de los profesionales sin pareja presenta niveles bajos en agotamiento emocional y el 11.5% niveles altos, mientras que el 88.9% de los profesionales con pareja muestra niveles bajos y el 11.1% niveles altos en esta dimensión. No se encontró diferencias significativas $\chi^2(1, N=44) 0.02, p .965$.

Tabla 21. Despersonalización y Estado civil

Despersonalización	Estado Civil				$\chi^2(1, N=44)$	<i>p</i>
	Sin pareja		Con pareja			
	N	%	N	%		
Bajo/medio	22	84.6	14	77.8	.334	.563
Alto	4	15.4	4	22.2		

Fuente: MBI, cuestionario sociodemográfico.

Elaborado por: Gianella Maldonado González

La tabla 21 muestra que en la dimensión de despersonalización los profesionales sin pareja el 84.6% exhibe niveles bajos y el 15.4% niveles altos, mientras que los profesionales con pareja niveles bajos con 77.8% y niveles altos con 22.2%. No se encontró diferencias significativas en esta dimensión. $\chi^2(1, N=44) 334, p .563$.

Tabla 22. Realización personal y Estado Civil

Realización personal	Estado Civil				$\chi^2(1, N=44)$	<i>p</i>
	Sin pareja		Con pareja			
	N	%	N	%		
Bajo/medio	17	65.4	15	83.3	1.728	.189
Alto	9	34.6	3	16.7		

Fuente: MBI, cuestionario sociodemográfico.

Elaborado por: Gianella Maldonado González

En lo que referente a la dimensión de realización personal la tabla 22 muestra que en los profesionales sin pareja el 65.4% presenta niveles bajos y el 34.6% niveles altos, mientras que los profesionales con pareja el 83.3% niveles bajos y el 16.7% niveles altos, no se encontró diferencias significativas $\chi^2 (N=44) 1.728, p .189$.

CAPÍTULO 8
DISCUSIÓN

Las características sociodemográficas y laborales en la presente investigación mencionan que en la muestra de médicos/as la tendencia de esta profesión fue mayor en el género masculino con 56% que el género femenino con 44%, lo que difiere con los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC] (2010), en donde se muestra que en el censo realizado a estudiantes de pregrado de la Universidad Central del Ecuador el 63.5% de mujeres se inclinó a estudiar medicina y de los hombres el 36.5%. En lo que concierne a la profesión de enfermería se encontró que el 100% de la muestra pertenece al género femenino mismo que se relaciona con los datos del estudio mencionado anteriormente del INEC (2010), en donde el 91.4% de mujeres presentó tendencia a esta profesión mayor al 8.6% de los hombres que estudia enfermería.

En relación a la edad de los médicos/as mostraron un mínimo de 27 años y máximo de 58 años, y un promedio de 39 años, mientras que las enfermeras presentaron un mínimo de 30 años y máximo de 64, con una media de 42 años, resultados que demuestran el predominio de jóvenes en el área de medicina más que en enfermería.

Los médicos/as tenían un promedio de 1 hijo, media ligeramente baja al promedio de 1.6 a nivel de la provincia de Loja (INEC, 2010), en la muestra de enfermeras fue de 2 hijos promedio, media un tanto alta al 1.6 mencionado anteriormente.

En cuanto a la etnia, tanto médicos/as como enfermeras se consideran mestizos, lo que se relaciona con los datos del INEC (2010) que manifestó que en la provincia de Loja el 90.2% de la población se identifica con la etnia mestiza.

Los resultados en la variable de estado civil prestaron que los médicos/as mostraron una tendencia del 44% a permanecer solteros, relacionado con los datos que arrojó el INEC (2010) en la provincia de Loja que menciona que el 41.1% fueron solteros. En cuanto a las enfermeras el 42.1% evidenció una tendencia a estar casado lo que se relaciona con los datos del INEC (2010) en la provincia de Loja del 41.7% a casarse.

Los ingresos económicos que los médicos/as y enfermeras reciben mensualmente es de 1001 a 2000 USD en ambas profesiones lo que solventaría la canasta básica, que según el INEC (2016), en la provincia de Loja se encuentra en 703,45 USD.

En lo concerniente a la experiencia laboral, los médicos/as mostraron tener un mínimo de 3 años de experiencia y máximo de 29, las enfermeras presentaron un mínimo de 5 años y máximo de 29 años de experiencia, en relación al INEC (2014) este registró que en la población general del Ecuador, el 53.2% posee hasta 5 años y el 11.7% más de 21 años de experiencia laboral.

El sector en el trabajan ambas muestras (médicos/as y enfermeras) es el privado, lo que se relaciona con los datos del INEC (2010) que menciona que el 19.9% de la población de la provincia de Loja trabaja como empleado privado.

En cuanto al tipo de contrato, ambas profesiones se inclinaron por el nombramiento, el 75% en médicos/as y el 84.2% en enfermeras. El INEC (2014) menciona que el 9.8% de la población empleada tiene el tipo de contrato por nombramiento.

Al respecto de las características clínicas se encontró índices bajos en relación al malestar emocional en ambas profesiones, a excepción de los médicos/as en donde el 40% mostró síntomas somáticos y el 44% presentó ansiedad, lo se asemeja en las investigaciones de Mascarúa-Lara, Vázquez-Cruz, y Córdova-Soriano (2014), y Aguirre, López, Flores (2011), quienes encontraron elevados niveles de ansiedad en médicos.

La estrategia de afrontamiento utilizada en mayor porcentaje por los médicos/as es la aceptación con una media de 4.7, mientras que las enfermeras mencionaron utilizar el afrontamiento activo con una media de 3.8. El uso de ambas estrategias mencionadas es positivo, pues son la mejor manera de encontrar una solución, además protege a la persona de los efectos y desarrollo del *burnout* (Cruz-Valdes et al., 2010).

La percepción del apoyo social del promedio de 78 médicos/as y 83.4 enfermeras es el amor y cariño, ambas profesiones presentaron tendencia en esta categoría, según Sherbourne y Stewart (1991), este es un apoyo afectivo en donde se percibe muestras de amor y

comprensión, las cuales son usados como mecanismos de defensa que disminuyen efectos del síndrome.

En cuanto a los rasgos de personalidad, tanto médicos/cas como enfermeras presentaron una tendencia a la extroversión, ambas profesiones con un promedio de 4.4. Según Eynseck (1982) estas personas tienden a ser más activos, sociables, comunicativos, etc, ya que busca estimulación externa puesto que los niveles de estimulación de la corteza cerebral es bajo.

En lo concerniente a la prevalencia del *burnout* en los profesionales de medicina, se identificó una prevalencia baja con el 4%, lo cual contrasta con investigaciones como las Martins et al. (2014) que presentaron una prevalencia similar con 3%, y Silva (2016), con una prevalencia baja de 7.8%. Y disiente con la investigación de Shanafelt et al. (2012) quienes encontraron una elevada prevalencia del síndrome de 45.8%.

La prevalencia en los profesionales de enfermería, ninguno presentó el síndrome de *burnout*, lo que es opuesto a los estudios realizados por Estallo et al. (2014) en donde se halló una prevalencia alta de 31.81, y de Holmes et al. (2014) quienes encontraron prevalencia del *burnout* en el 15.5% de enfermeras.

El grupo más afectado entre ambos profesionales son los médicos/as (4%), lo cual es similar con las investigaciones de Ribeiro et al. (2010), Grau et al. (2009), Martins et al. (2014) y Maticorena-Quevedo, Beas, Anduaga-Beramendi, y Mayta-Tristán (2016).

En lo concerniente a la prevalencia del síndrome de *burnout* y sus tres dimensiones se presentó que:

En cuanto a las dimensiones del *burnout*, los médicos/as presentan en agotamiento emocional el 20% niveles altos, de despersonalización el 28% niveles altos y en realización personal el 48% niveles bajos, lo que es semejante con resultados similares de Magalhães et al. (2015) obtuvieron niveles altos en despersonalización con 28,3% y en agotamiento emocional con 23,1% y bajos niveles de satisfacción personal con el 47,7%, y de Chaput et al. (2015) hallaron en despersonalización con el 25% y agotamiento emocional con el

13.5%, y el 48.1% bajo realización personal. Difiere con estudios de Valdiviezo y López (2017) en donde el 14.3% presentó elevado agotamiento emocional; 11.4%, elevada despersonalización y 74.3%, bajo realización personal. Y discrepa con Terrones-Rodríguez et al. (2016) que encontró 41.3% altos niveles de agotamiento emocional, 54.31% altos niveles de despersonalización y 41.3% niveles bajos de realización personal.

Al respecto las enfermeras muestran en agotamiento emocional el 15.8% niveles medios, despersonalización el 5.3% niveles altos y realización personal 31.6% niveles bajos, lo cual se contrasta con investigaciones que obtuvieron resultados similares como la de Melita et al. (2008) de 19.58% en agotamiento emocional, 8.15% en despersonalización y 34.85% en baja realización profesional. Y discrepa con otras investigaciones como las Arias y Carpio (2016) donde el 21.3% obtuvo altos niveles en agotamiento emocional, el 49.8% altos niveles en despersonalización y con baja realización el 21.3%.

En lo que respecta a las variables sociodemográficas (edad, género y estado civil) a la presencia del *burnout*, en médicos/as y enfermeras de la ciudad de Loja, se encontró:

En cuanto a la primer variable de género, no se encontró una diferencia significativa entre hombres y mujeres en relación con el *burnout* lo que coincide con las investigaciones de Paredes y Sanabria-Ferrand (2008), Díaz (2016) y Arteaga-Romani et al. (2014) al contrario de las investigaciones de Arias y Castro (2013), Castillo et al. (2015), Carballal (2014), Cotito, (2016), Chérrez (2015), Jiménez et al. (2014), López (2013), Martínez (2012) y Vásquez et al. (2014) quienes mencionan que el género femenino influye en el padecimiento del *burnout*.

En lo que respecta a la variable de edad no se encontró una diferencia significativa entre quienes eran menores a 40 años y quienes eran mayores a 40 años y su relación al *burnout*, podemos contrastar lo mencionado con las investigaciones realizadas por Arteaga-Romani et al. (2014), Ortega (2015), Carrillo et al. (2013), y García y Herrero (2008) quienes coinciden con el resultado obtenido.

En base a si el estado civil influye con el *burnout* se encontró que no existe diferencia significativa entre los profesionales con pareja y los profesionales sin pareja, lo que se

verifica con las investigaciones realizadas por Cogollo-Milanés et al. (2010), Ochomogo y Barrera (2011) y López et al. (2007) que tampoco observaron una relación significativa entre esta variable y el síndrome de *burnout*. Y contradice a los resultados de Brito et al. (2012), Chérrez (2015), Jara (2016), y Prado (2016) que menciona que existe mayor prevalencia de *burnout* en quienes no tienen pareja.

En cuanto a los niveles de síndrome de *burnout* en relación a variables sociodemográficas (edad, género y estado civil) a través de sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal) se halló que:

El género y las dimensiones del *burnout* existen diferencias significativas entre ellas, el 35.7% del género masculino mostró altos niveles en la dimensión de despersonalización, lo cual se evidencia en los estudios de Dias et al. (2010), Durán y García (2013), López (2013), Navarro-González et al. (2015), Ramírez y Lee (2011), Torres (2015), Velázquez et al. (2010) y Falgueras et al. (2015) que otorgan mayores niveles de despersonalización al género masculino. Los resultados antes mencionados no concuerdan con las investigaciones de Durán y García (2013); Falgueras et al. (2015) Grau et al. (2009), Pérez (2013), Sánchez (2014), que obtuvieron que el género femenino presentó mayores niveles en agotamiento emocional.

En base a la edad y las dimensiones del *burnout* no se encontró diferencias significativas entre ambas, pero se evidenció que el 83.3% mayores a 40 años presentaron niveles bajos en realización personal lo cual se contrasta con las investigaciones de Cardenas (2013) y Torres (2015) quienes consideran que la edad influye en la baja realización personal. Estos datos discrepan con las investigaciones de Agudelo et al. (2013), Beltrán et al. (2011), Fernandes et al. (2012), Fernández-Sánchez et al. (2010), López (2013), Pérez (2013), Ramírez et al. (2010) y Sánchez (2014), que obtuvieron que la edad está asociada a la dimensión de agotamiento emocional.

En lo que concierne a la variable de estado civil y su relación a las dimensiones del *burnout*, no existen diferencias significativas, pero se obtuvo que el 83.3% de los profesionales con pareja mostró bajos niveles en la dimensión realización personal lo que se evidencia con los

estudios realizados por Alvarado et al. (2010), y Cardenas (2013) estos autores consideran que la dimensión de baja realización personal es común en personas casadas o unión libre. Estos datos difieren con los encontrados en las investigaciones de López (2013) y Palma y Joquera (2011) en la que los profesionales con pareja presentaron mayor agotamiento emocional.

CONCLUSIONES

Mediante los resultados obtenidos en esta investigación, podemos concluir lo siguiente:

El perfil sociodemográfico de los profesionales en medicina que colaboraron en la investigación fue el de un hombre, edad promedio de 39 años, con 1 hijo, mestizo y soltero. En lo que concierne a los profesionales de enfermería el perfil sociodemográfico fue de una mujer, edad media de 43 años, con al menos 2 hijos, mestiza y casada.

Al respecto del perfil laboral de los profesionales de medicina fue un ingreso mensual de 1001 a 2000 dólares, con un mínimo de experiencia laboral de 3 años y un máximo de 29 años, que trabaja en el sector privado, con tipo de contrato de nombramiento, atiende a un máximo de 30 pacientes al día, no trabaja en turnos y está totalmente de acuerdo con los recursos de la institución. En cuanto a las enfermeras reciben un ingreso mensual de 1001 a 2000 dólares, tienen mínimo de experiencia laboral de 5 años y un máximo de 29 años, trabaja en el sector privado, el tipo de contrato que posee es nombramiento, que atiende a mínimo 7 y máximo de 35 pacientes al día, si trabaja en turnos y está medianamente de acuerdo con los recursos institucionales.

El perfil de la percepción de valoración de los médicos/as fue sentirse bastante valorado por los pacientes, familiares de pacientes, compañeros, directivos de la institución. En base a la satisfacción laboral fue estar totalmente satisfecho con el trabajo que se realiza, y medianamente satisfecho con interacción con los pacientes, apoyo de directivos de la institución, colaboración de compañeros, experiencia laboral y situación económica. En cuanto a las enfermeras fue sentirse bastante valorado por los pacientes, familiares de pacientes, compañeros, directivos de la institución. En relación a la satisfacción laboral fue de estar totalmente satisfecho con el trabajo que se realiza, con interacción con los pacientes, y experiencia laboral, y medianamente satisfecho con el apoyo de directivos de la institución, colaboración de compañeros, y situación económica.

En lo concerniente a estrategias de afrontamiento la más usada por los médicos/as fue la aceptación, mientras que las enfermeras fue el afrontamiento activo.

La percepción de apoyo social tanto en médicos/cas como enfermeras es la del amor y cariño. Y el rasgo de personalidad predominante en ambas profesiones es la extroversión

- o Prevalencia del síndrome y de las dimensiones del *burnout*.

En la investigación se encontró que la prevalencia del *burnout* afectó al 4% de los profesionales de medicina.

En cuanto a las dimensiones del *burnout*, el 20% de médicos obtuvo niveles altos en agotamiento emocional, el 28% experimentó niveles altos en despersonalización y el 48% presentó niveles bajos en realización personal.

En lo concerniente a la muestra de enfermeras los niveles encontrados fueron inferiores a los obtenidos por los médicos, en las enfermeras el 15.8% presentó niveles medios en agotamiento emocional, el 5.3% experimentó niveles altos en despersonalización y en realización personal el 31.6% informaron niveles bajos.

- o Variables sociodemográficas y *burnout*.

En la presente investigación no se encontró diferencias significativas entre las variables sociodemográficas estudiadas (género, edad y estado civil) y el síndrome de *burnout*.

- o Variables sociodemográficas asociadas a las dimensiones del síndrome de *burnout*.

Respecto al género y la dimensión del *burnout* despersonalización se encontraron diferencias significativas, y no se registraron diferencias significativas en relación al *burnout* y variables edad y estado civil.

En cuanto a las dimensiones, el género masculino obtuvo niveles elevados en la dimensión de despersonalización.

RECOMENDACIONES

- o Desarrollar políticas sanitarias en las instituciones de salud con el fin de prevenir el desarrollo del síndrome de *burnout* e intervenir en casos de riesgo de adquirir el síndrome, ya que este además de afectar a la persona también disminuye los niveles de productividad y atención al paciente, lo que perjudica la calidad de atención que brinda la institución.
- o Se recomienda realizar seguimientos sobre este síndrome evaluando eventualmente a los profesionales de la salud de manera en que se pueda detectar e intervenir a tiempo en casos con *burnout*.
- o Realizar investigaciones basadas en el síndrome de *burnout* para que de esta manera se pueda identificar factores que facilitan la aparición del *burnout*, lo que se podrá utilizar para prevenir y tratar este síndrome.
- o Se sugiere aplicar el siguiente programa de prevención, elaborado con el fin de promover estrategias y habilidades que disminuyan las posibilidades del desarrollo del síndrome y promover técnicas de prevención que reduzcan las posibilidades de padecer el síndrome.

PLAN DE INTERVENCIÓN

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

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

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

ESTRATEGIAS A NIVEL INDIVIDUAL

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

- **Sesión N° 1: Ejercicio físico, respiración y relajación**

La realización del ejercicio físico moderado ayuda a disminuir los niveles de estrés estimulando una sensación tranquilizante en la persona. En esta sesión se manifestará a los médicos 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, reteniendo por un periodo corto de tiempo hasta exhalarlo por la boca de forma lenta repitiendo por varias ocasiones.

La técnica de relajación tiene como objetivo disminuir los niveles de estrés y tensión psicológica. Se considera que pueden emplearse dos técnicas: en la primera se debe

diferenciar lo que es relajación de lo que es tensión para de esta manera poder controlar el estado de tensión, luego se tensa los músculos de forma consciente para posteriormente relajarlos; la segunda técnica es de relajación breve y se la usa para intervenir en momentos de ansiedad y estrés que son parte de la sintomatología que presenta el *burnout*, su objetivo es que la persona se relaje en una situación cotidiana y en un breve periodo de tiempo.

- **Sesión N° 2: Manejo de tiempo**

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

- **Sesión N° 3: Reestructuración cognitiva**

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

- **Sesión N° 4: Solución de problemas**

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

ESTRATEGIAS A NIVEL GRUPAL

Objetivo: Fortalecer las relaciones entre compañeros de modo que se generen redes de apoyo en el contexto laboral que aporte como fuente de apoyo y solución de problemas.

- **Sesión N° 6: Asertividad.**

La asertividad, es la habilidad que tiene cada persona para expresar sus opiniones o pensamientos en un momento oportuno, para esto se utilizará la técnica de asertividad del disco rayado, para luego realizar un role-playing acerca de las situaciones que pueden vivirse a diario entre el profesionales de la salud con sus superiores o entre compañeros de trabajo.

- **Sesión N° 7: Mejorar el ambiente del centro.**

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

- **Sesión N° 8: Actividades gratificantes y sociales.**

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 N° 9: Comunicación asertiva**

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 está interactuando. También se trabajará con postura adecuada, gestos, entonación, volumen de voz prudentes para referirse a los demás, de modo que esto sea manifestación de respeto entre todos.

- **Sesión N° 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 N° 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 N° 12: Cierre.**

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, F. (2011). Síndrome de agotamiento emocional en profesionales de la unidad de cuidados intensivos. *Multiciencias*, 11, 370 - 377.

Agudelo Cardona., Castaño Castrillón., Arango., Durango Rodríguez., Muñoz Gallego., Ospina González., ... y Taborda Merchán. (2013). *Prevalencia y factores psicosociales asociados al Síndrome de Burnout en médicos que laboran en Instituciones de la ciudad de Manizales y la Virginia (Colombia)*. 2011. Universidad de Manizales. Facultad de Medicina. Recuperado de: [http://ridum.umanizales.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/6789/875/artic%20burnout%20medicos%20mani.pdf?sequence=1&isAllowed=yhttp://ridum.umanizales.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/6789/875/artic burnout medicos mani.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://ridum.umanizales.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/6789/875/artic%20burnout%20medicos%20mani.pdf?sequence=1&isAllowed=yhttp://ridum.umanizales.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/6789/875/artic%20burnout%20medicos%20mani.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Aguirre, R., López, J., y Flores, R. (2011). Prevalencia de la ansiedad y depresión de médicos residentes de especialidades médicas. *Revista Fuente Año*, 3. 28-33.

Aldrete, M., Navarro, C., González, R., Contreras, M., y Pérez, 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, 32-36.

Almario, B. (2005). El síndrome de burnout: un riesgo permanente en el trabajo de enfermería. *Práctica Profesional*, 2.

Alvarado, M., de Chávez, D., Moreno, M., Beltrán, C., y Perales, C. (2010). Presencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeras del hospital general ISSSTE zacatecas y factores que lo asocian. 3er. Foro de las Américas en investigación sobre Factores Psicosociales. Estrés y salud mental en el trabajo.

Álvarez, E., y Fernández, R. (1991). El Síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional (1): revisión de estudios. *Revista Asociación Española Neuropsiq.* 11.

Álvarez, H., Palacios, S., García, M., y Hernández, J. (2014). Síndrome de Burnout, funcionalidad familiar y factores relacionados en personal médico y de enfermería de un hospital de Villahermosa, Tabasco, México. *Horizonte sanitario*, 12, 45-57.

Arias, L., y Carpio T. (2016). Síndrome de burnout en personal de enfermería de Arequipa Burnout syndrome in the nursing staff from Arequipa. *Revista Cubana Salud Pública*, 42.

Arias, P., y Castro, M. (2013). *Prevalencia del síndrome de Burnout y factores sociodemográficos y laborales asociados en enfermeros (as) profesionales del Hospital Nacional de Niños durante el mes de septiembre 2012*. (Tesis posgrado). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis38.pdf><http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis38.pdf>

Arteaga-Romaní, Junes-Gonzales, y Navarrete-Saravia. (2014). Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal de Salud. *Revista Médica Panacea*, 4, 40-44.

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 pregrado). Universidad Técnica de Ambato. Ecuador. Recuperado de: <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/8387/1/AVEIGA%20FLORES%20MARICELA%20ELIZABETH.pdf><http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/8387/1/AVEIGA%20FLORES%20MARICELA%20ELIZABETH.pdf>

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

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

Berdejo, H. (2014). *Síndrome de desgaste laboral (Burnout) en los médicos residentes de especialidades médico quirúrgicas de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá* (tesis postgrado) Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

Brito, J., Cabrera, H., y Cedillo, J., (2012). *Prevalencia y factores influyentes del síndrome de burnout en internos y residentes de los hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga*. (Tesis Pregrado) Universidad de Cuenca-Ecuador. Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3518><http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3518>

Cabrera, E., (2011). *Síndrome de Burnout en el personal médico del Centro Quirúrgico Metropolitano*. (Tesis posgrado). Universidad del Azuay. Cuenca- Ecuador. Recuperado de: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/6088/1/08380.pdf>

Carballal, S. (2014). Evaluación del síndrome de burnout en un centro de salud. *Revista Enfermería CyL*, 6, 65-73.

Cardenas, J., (2013). *Prevalencia de sd. de burnout y su influencia en la realización personal en los profesionales de las áreas críticas del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Ambato*. (Trabajo independiente). Universidad Técnica de Ambato. Ecuador. Recuperado de: [http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/5504/1/JORGE LUIS CARDENAS PONCE.pdf](http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/5504/1/JORGE%20LUIS%20CARDENAS%20PONCE.pdf)

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

Carrillo, C., Solano, M., Martínez, M., y Gómez, C. (2013). Influencia del género y edad: satisfacción laboral de profesionales sanitarios. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, 21, 1314-20. doi: 10.1590/0104-1169.3224.2369

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

Castillo, I., Orozco, J., y Alvis, L. (2015). Síndrome de Burnout en el personal médico de una institución prestadora de servicios de salud de Cartagena de Indias. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 47.

Cebriá, A., Turconi, L., Bouchacourt, J., Medina, F., Riva, J., y Castromán, P. (2014). Prevalencia y factores asociados al Síndrome de Burnout en residentes de anestesia de Uruguay. *Anales de la Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay*, 1, 23-30.

Cogollo-Milanés, Z., Batista, E., Cantillo, C., Jaramillo, A., Rodelo, D., y Meriño, G. (2010).

Desgaste profesional y factores asociados en personal de enfermería de servicios de urgencias de Cartagena, Colombia. *Aquichan*, 10.

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

Contreras M., Romero E., y Zacarías-Bendek,. (2008). “*La prevalencia del síndrome de burnout en médicos residentes y practicantes internos en la red nacional de hospitales*”. (Tesis de posgrado). Universidad Dr. José Matías Delgado, El Salvador. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10972/746>

Cordova, C. (2016). *Prevalencia del síndrome de burnout en internos de medicina de la facultad de medicina humana de la Universidad Ricardo Palma – 2015*. (Tesis posgrado). Universidad Ricardo Palma. Lima-Perú. Recuperado de: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/464><http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/464>

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

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

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

Chérrez, K. (2015). *Síndrome de burnout en el personal médico del hospital general de Latacunga, provincia de Cotopaxi, durante el período de marzo - agosto del 2015*. (Tesis posgrado). Universidad regional autónoma de los Andes, Ecuador. Recuperado de: <http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/1013><http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/1013>

/123456789/1013

de Oliveira Santos, J., de Oliveira, F., Moreira, M., Júnior, J., da Costa, I., y Moreira, M. (2014). Burnout syndrome in nursing technicians of basic health units. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 6, 42-49. DOI: doi.org/10.9789/2175-5361.2014.v6i5.42-49 <https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F716B2E7162762E626574++/10.9789/2175-5361.2014.v6i5.42-49>

Delgado, M., Vega, C., Sanabria, L., y Fiegueredo, T. (2010). Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos anestesiólogos del Paraguay durante el año 2010. *Mem. Instituto de investigación, ciencia y salud*.9, 13-20.

Dias, S., Queirós, C., y Carlotto, M. (2010). Síndrome de burnout e fatores associados em profissionais da área da saúde: un estudio 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 Lima, Perú. (Tesis de Posgrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú. Recuperado de: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4634>

Durán M., y García, J. (2013). *Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos del ministerio de salud pública del Azuay según jornada laboral 2011*. (Tesis pregrado). Universidad de Cuenca. Ecuador. Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4080/1/MED182.pdf> <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4080/1/MED182.pdf>

Estallo, L., Alberdi, O., y Moyano, L. (2014). Prevalencia del Síndrome del Burnout en el personal de enfermería del Servicio de Cardiología, Neumología y Neurología del Hospital San Jorge de Huesca. *Enfermería Global*, 13. 253-264.

Eysenck, H.J. (1982). *Fundamentos psicológicos de la personalidad*. Barcelona: Fontanella.

Falgueras, M., Muñoz, C., Pernas, F., Sureda, J., López, M., y Miralles, J. (2015). Burnout y

trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria. *Atención Primaria*, 47, 25-31.

Feresín, C., (septiembre 2009). *Nuevas consideraciones sobre burnout o síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)*. Trabajo presentado en las VI Jornadas Universitarias y III Congreso Latinoamericano de Psicología del Trabajo, Mar de Plata, Argentina.

Fernandes, M., de Sousa, F., Rodrigues, J., y Marziale, M. (2012). Síndrome de burnout em profissionais de enfermagem do serviço de atendimento móvel de urgência. *Revista de Pesquisa, Cuidado é fundamental Online*, 4, 3125-3135.

Fernández-Sánchez, A., Juárez-García, A., Arias-Galicia, F., y González-Zermeño, M. (2010). Agotamiento profesional en personal de enfermería su relación con variables demográficas y laborales. *Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro Soc.* 18 , 15-21.

Ferreira, C., García K., Macías, L., Pérez, A., y Tomsich, C. (2010). Mujeres y Hombres del Ecuador en cifras III. Serie información estratégica. *Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)*. Recuperado de: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Socioeconomico/Mujeres_y_Hombres_del_Ecuador_en_Cifras_III.pdf

Ferrel, R., Sierra, E., y Rodríguez, M. (2010). Síndrome de desgaste profesional (burnout) en médicos especialistas de un hospital universitario, de la ciudad de Santa Marta, Colombia. *Duazary*, 7. 29-40.

Ferrer, R. (2002). Burn-out o síndrome de desgaste profesional. *Medicina Clínica*, 119, 495-496.

Freudenberger, H. (1974). Staffburn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.

García, J., y Herrero, S. (2008). Variables sociodemográficas y síndrome de Burnout en una muestra multiocupacional del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla. Sevilla, España. *Apuntes de Psicología*, 3, 459-477.

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

Gil-Monte, P. (2001). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Revista psicología científica.com*, 3.

Gil-Monte, P. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología en Estudio*. 7, 3-10. doi:10.1590/S1413-73722002000100003

Gil-Monte, P., Peiró, J., 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.

Gil-Monte, P., y Peiró, J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *anales de psicología*, 15, 261-268.

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

Golembiewski, RT; Munzenrider, R. y Carter, D. (1983). Fases de progresiva *Burnout* y su sitio de trabajo: covariantes. Las cuestiones más importantes en la investigación y la praxis desde *Journal of Applied Ciencias del Comportamiento*, 19, 461-481.

González, M., Lacasta, M., y Ordoñez, A. (2008). El Síndrome de Agotamiento Profesional en Oncología. Editorial Médica Panamericana (ed.). Madrid.

González, M., y Luzuriaga, L. (2013). *Estudio analítico de las variables sociodemográficas y laborales, trastornos emocionales y perfiles de personalidad en médicos tratantes y residentes con síndrome de Burnout que trabajan en el Hospital Carlos Andrade Marín en el período de diciembre del 2012 y marzo del 2013*. (Tesis pre-grado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Granda, C., y Zambonino, D. (2014). Indicadores laborales, septiembre 2014. *Ecuador en cifras*. Recuperado de: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/10/Informe-Econom%C3%ADa-laboral-sep14-15-10-14.pdf>

Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Revista Española Salud Pública*, 83. 215-230

Grau, A., Suñer, R., y García, M. (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta sanitaria*, 19, 463-470.

Griffiths, A., Leka, S., y Cox, T. (2004). La organización del trabajo y el estrés: estrategias sistemáticas de solución de problemas para empleadores, personal directivo y representantes sindicales.

Guarneros, M., Cabrera, L., Hernández, O., Ocaña, J., y Barrientos, J.. (2011). Depresión y ansiedad en la residencia médica. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 16, 157-162.

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

Hernández S., Fernández C., y Baptista L. (2003). Metodología de la investigación. *La Habana: Editorial Félix Varela*, 2.

Hernández-Sampieri (1994). *Metodología de la investigación*, México, Mc Graw Hill, Cap. 4 y 5.

Hernández, S., (2015). *Relación síndrome de burnout y el trato digno de un hospital de primer nivel*. (Tesis posgrado). Universidad autónoma del estado de México. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/20.500.11799/49295>
<http://hdl.handle.net/20.500.11799/49295>

Holmes, E., dos Santos, S., Farias, J., y de Sousa Costa, M. (2014). Burnout syndrome in nurses acting in primary care: an impact on quality of life. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 6, 1384-1395. DOI: doi.org/10.9789/2175-5361.2014.v6i4.1384-1395
<https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F716B2E7162762E626574++/10.9789/2175-5361.2014.v6i4.1384-1395>

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) (2016). Índice de precios al consumidor,

Julio 2016. *Ecuador en cifras*. Recuperado de:
http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Inflacion/2016/InflacionJulio2016/Presentacion_IPC_julio16.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC] (2010), Resultados del Censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador. *Fascículo provincial de Loja*. Recuperado de:
<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/loja.pdf>

Jara, E., (2016). *Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2015 Lima, Perú*. (Tesis doctoral). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima- Perú. Recuperado de:
http://200.62.146.130/bitstream/cybertesis/4634/3/Jara_de.pdf
http://200.62.146.130/bitstream/cybertesis/4634/3/Jara_de.pdf

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

Klarreist, S. (1990) *Work without stress. A practical guide to emotional and pshysicalwell-beingon the job*. Nueva York: Brunner/Mazel Publisher.

Lang, G., Pfister, E., y Siemens, M. (2010). Nursing burnout: cross-sectional study at a large Army hospital. *Military medicine*, 175, 435-441.

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

Leiter, M., Bakker, A., y Maslach, C. (2014). *Burnout at work: A psychological perspective*. Psychology Press.

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

López, V., (2013). *Rasgos, trastornos de personalidad y comorbilidad psiquiátrica de*

profesionales sanitarios con síndrome de burnout. (Tesis doctoral). Madrid- España. Recuperado de: <http://eprints.sim.ucm.es/21683/1/T34525.pdf>

López., A, González., F, Morales., M, y Espinoza., C. (2007). Síndrome de burnout en residentes con jornadas prolongadas. *Revista Medica Instituto de México Seguro*, 45, 233-242.

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

Maidana, W., Carduz, E., Sanabria, L., y Thiel, S. (2011). Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos anesestesiólogos del Paraguay durante el año 2010. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 9, 13-20.

Mariños, A., Otero, M., Málaga, G., y Tomateo, J. (2011). Coexistencia de síndrome de Burnout y síntomas depresivos en médicos residentes: Estudio descriptivo transversal en un hospital nacional de Lima. *Revista Medica Herediana*, 22, 159-160.

Martín, M., Fernández, F., Gómez, R. y Martínez, F. (2001). Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención Primaria*, 27, 313-317.

Martínez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Revista de Comunicación Vivat Academia*. 112. 42-80. Doi. 10.15178/va.2010.112.42-80

Martinez, M. (2012). *Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el personal de médicos y enfermeras del Hospital "Luis Vernaza" de la ciudad de Guayaquil*. (Tesis pregrado). Universidad Tecnica Particular de Loja, Loja, Ecuador. Recuperado de <http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/3662/1/MARTINEZ%20HIDALGO%20MARTHA%20HAYDEE.pdf>

Martins, S., Teixeira, C., Ribeiro, O., Hernández-Marrero, P., Fonseca, A., y Carvalho, A. (2014). Desgaste profesional en médicos y enfermeros: un estudio cuantitativo y multicéntrico en unidades de cuidados paliativos en Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, 3. doi.org/10.12707/RIII13178.

Mascarúa-Lara, E., Vázquez-Cruz, E., y Córdova-Soriano, J. A. (2014). Ansiedad y depresión en médicos residentes de la especialidad en Medicina Familiar. *Atención Familiar*, 21, 55-57. doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30015-3

Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behaviour*, 5, 16-22.

Maslach, C. (1993). Burnout: A multidimensional perspective. En Schaufeli, W. B. Maslach, C. & Marek, T. (Ed.) *Professional burnout*. 19-32.

Maslach, C. (2009). Comprendiendo el burnout. *Ciencia & Trabajo*, 11, 37-43.

Maslach, C. y Jackson, S. (1981). Themeasurement of experiencedburnout. *Journal of OccupationalBehavior*, 2, 99-113.

Maslach, C. y Jackson, S. (1986): The Maslach Burnout Inventory. (Zaed) Palo Alto, Consulting Psychologists Press (Versión Española adaptada por Nicolás Seisdedos Cubero, TEA 1987)

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

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

Melita, A., Cruz, M., y Merino, J. (2008). Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la octava región, Chile. *Ciencia y enfermería*, 14(2), 75-

85.

Méndez, I., Secanilla, E., Martínez, J., y Navarro, J. (2011). Estudio comparativo de burnout en cuidadores profesionales de personas mayores institucionalizadas con demencias y otras enfermedades. *European Journal of investigation in health, psychology and education*, 1, 61-70.

Mingote, J. (1998). Síndrome de burnout o síndrome del desgaste profesional. *Formación Médica Continuada*, 5, 493- 508.

Moreno, B., González, J., y Garrosa. (2002). Variables sociodemográficas en el proceso de desgaste profesional de enfermería. *Revista de ROL de Enfermería*, 11, 18-26.

Muñoz, A. y Velázquez, M. (2016). Síndrome de quemarse por el trabajo en profesionales de enfermería, Bogotá, Colombia. Quemarse por el trabajo en profesionales de enfermería, Bogotá, Colombia. *Revista de la facultad Nacional de Salud Pública*, 34, 202-211. DOI <http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n2a09https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F716B2E7162762E626574++/10.17533/udea.rfnsp.v34n2a09>

Navarro-González, D., Ayechu-Díaz, A., y Huarte-Labiano, I. (2015). Prevalencia del síndrome del burnout y factores asociados a dicho síndrome en los profesionales sanitarios de Atención Primaria. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 41, 191-198.

Newstrom J. (2011). *Comportamiento Humano en el Trabajo*. México: McGrawHill.

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

Ortega, C., y López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal Clinical Health Psychology*, 4, 137-160.

Ortega, M. (2015). *Prevalencia del síndrome de Burnout en internos de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima, Perú*. (Tesis doctoral). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima- Perú. Recuperado de:

http://200.62.146.130/bitstream/cybertesis/4031/1/Ortega_tm.pdf

Palma, M., y Jorquera, R., (2011). Síndrome del cuidador (Burnout) en hospital Santo Tomás de Limache. *Boletín del Hospital de VIÑA del MAR*, 67, 15-18.

Paredes, O., y Sanabria-Ferrand., P. (2008). Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. *Revista Med*, 16, 25-32

Pereda, L., Márquez, F., Hoyos, T., y Yánes, M. (2009). Síndrome de Burnout en médicos y personal paramédico. México. *Salud mental*, 32, 13-22.

Pérez, I. (2005). Estrés Laboral y síndrome Burn-out. *Psicoteca Editorial*, 21-111.

Pérez, J. (2013). Efecto del burnout y la sobrecarga en la calidad de vida en el trabajo. *Estudios gerenciales*, 29, 445-455.

Pines AM., y Aronson, E. (1998). *Carreer burnout: causes and cures* Nueva York: *Free Press*.

Prado, J. (2016). Estudio confirmatorio de la escala mexicana de desgaste ocupacional (EMEDO): Un instrumento de burnout para mexicanos. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*, 26, 7-21.

Ramírez, A., Santibáñez, C., Muñoz C., Ramírez, G., Lechner, V., Soto, P., Díaz, V., y Nachar, R. (2010). Prevalencia y perfil del síndrome de burnout en el personal de salud de la Clínica Alemana de Puerto Varas. *Revista GPU*, 6, 230-233.

Ramírez, M., y Lee, S. (2011). Síndrome de Burnout entre hombres y mujeres medido por el clima y la satisfacción laboral. *Polis (Santiago)*, 10, 431-446.

Ramírez, R. (2015). *Burnout en profesionales de la salud en Ecuador*. (Tesis posgrado). Universidad de Santiago de Compostela, España. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10347/14632>
<http://hdl.handle.net/10347/14632>

Ribeiro, L., Gomes, R., y Silva, M. (2010). Stresse ocupacional em profissionais de saúde:

Um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros a exercerem em contexto hospitalar. NOGUEIRA, C. [et al.], eds – “Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia.” Lisboa : Associação Portuguesa de Psicologia, 2010. ISBN 978-989-96606-0-1. p. 1494-1508.

Rodríguez, A., Cruz, M., y Merino, J. (2008). Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la octava región, Chile. *Ciencia y Enfermería*, 14, 75-85. doi: 10.4067/S0717-95532008000200010

Rodríguez, M., Rodríguez, R., Riveros, A., y Pinzón, J. (2011). *Síndrome de burnout y factores asociados en personal de salud de tres instituciones de Bogotá en diciembre de 2010*. (Tesis de posgrado). Bogotá-Colombia. Recuperado de <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/2389/529311431.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
<http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/2389/529311431.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rosero, J., y García, J. (2014). Compendio estadístico 2014. *Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)*. Recuperado de: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Compendio/Compendio-2014/COMPENDIO_ESTADISTICO_2014.pdf

Roth, E., y Pinto, B. (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 UCBS*, 8. 66-102.

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.

Sánchez, R., (2014). Prevalencia del Síndrome de Burnout en profesionales de Enfermería de las Unidades de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital Médico Quirúrgico de Jáen. *Enfermería del trabajo*. 4. 115-125.

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.

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

Sarría, J., Ferrer, J., Rodríguez, R., y Estacholi, C. (2014). Síndrome de Desgaste Profesional en médicos que atienden urgencias. Hospital Universitario Calixto García, 2010-2012. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 11.

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

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

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

Silva, O. (2016). Prevalencia y factores asociados al síndrome de Burnout en el personal médico del área crítica del hospital San José de Callao en el período octubre–diciembre 2015. (Tesis de Posgrado). Universidad Ricardo Palma, Perú. Recuperado de: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/471>.

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

Torres, O. (2015). *Estudio de la empatía y burnout de los médicos y enfermeras de Atención Primaria de la Región Sanitaria de Lleida y su relación con las variables clínicas*. (Tesis posgrado). Universidad de Lleida. Recuperado de: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/307054/Toyt1de1.pdf?sequence=5>
<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/307054/Toyt1de1.pdf?sequence=5>

Valdiviezo, A., y López, M.. (2017). Estrés y Burnout en médicos familiares. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 6, 30-32.

Vargas, S., Herrera, G., Rodríguez L., y Sepúlveda, G. (2010). Confiabilidad del cuestionario Brief COPE Inventory en versión en español para evaluar estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de seno. *Investigación en enfermería: imagen y desarrollo*, 12, 7-24.

Vásquez, J., Maruy, A., y Verne, 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 neuropsiquiatría*, 77, 168-174.

Vega, M. (2009). NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o" burnout"(I): definición y proceso de generación. *Recuperado de: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_704.pdf*.

Velázquez, V., Herreros, J., Gómez, M., Ochoa, D., Nava, F., y Castillo, A. (2010). Síndrome de Burnout en médicos de un Hospital General en el noreste de Mexico. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 1, 50-73.

Walters, T., Matthews, E., y Dailey, J. (2014). Burnout in Army Health Care Providers. *Military medicine*, 179, 1006-1012.

ANEXOS

Anexo 1

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTES Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Departamento de Psicología
Investigador responsable: Rocío Ramírez Zhindón
Estudiante de la UTPL: Lorena Herrera

Información General

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

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

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

¿Quiénes participarán en el estudio?

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

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

Procedimientos del estudio

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

Beneficios de su participación:

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

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

¿Incurriré en algún gasto?

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

Riesgos y molestias:

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

Confidencialidad de los datos:

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

Participación voluntaria:

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

Contactos para preguntas acerca del estudio:

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

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

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

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

Fecha.....

NOMBRE:

NÚMERO DE CÉDULA:

.....

FIRMA

Anexo 2
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE
LOJA Cuestionario Sociodemográfico y

Laboral

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

Datos Personales

Género Masculino Femenino

Edad ____ años

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

La zona en la que trabaja es: Urbana Rural

Etnia: Mestizo Blanco Afro ecuatoriano Indígena

Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado o separado Unión Libre

Número de Hijos: ____

Recibe su remuneración salarial: si no

La remuneración se encuentra entre:

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

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

Datos Laborales

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

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo

parcial Sector en el que trabaja: Privado

Público Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido

(Nombramiento) Servicios profesionales Ninguno

Horas que trabaja Diariamente _____

Trabaja usted en turno SI

No

Durante la jornada del trabajo que porcentaje dedica a la atención de pacientes: Ninguno 25 % 25-50% 50-75% 75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _

Usted atiende a personas que tienen un alto riesgo de muerte: Sí

No La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

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

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

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

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

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

Anexo 3

CUESTIONARIO DE MBI

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

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

	0	1	2	3	4	5	6
1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2. Al final de la jornada me siento agotado.							
3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4. Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6. Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis							
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.							

Anexo 4

Cuestionario (GHQ-28)

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

<p>A1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?</p> <ol style="list-style-type: none">1. Mejor que lo habitual.2. Igual que lo habitual.3. Peor que lo habitual.	<p>B1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?</p> <ol style="list-style-type: none">1. No, en absoluto.2. No más de lo habitual.3. Bastante más que lo habitual.4. Mucho más que lo habitual.
<p>A2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un energizante?</p> <ol style="list-style-type: none">1. No, en absoluto.2. No más de lo habitual.3. Bastante más que lo habitual.4. Mucho más que lo habitual.	<p>B2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de corrido toda la noche?</p> <ol style="list-style-type: none">1. No, en absoluto.2. No más de lo habitual.3. Bastante más que lo habitual.4. Mucho más que lo habitual.
<p>A3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?</p> <ol style="list-style-type: none">1. No, en absoluto.2. No más de lo habitual.3. Bastante más que lo habitual.4. Mucho más que lo habitual.	<p>B3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?</p> <ol style="list-style-type: none">1. No, en absoluto.2. No más de lo habitual.3. Bastante más que lo habitual.4. Mucho más que lo habitual.
<p>A4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?</p> <ol style="list-style-type: none">1. No, en absoluto.2. No más de lo habitual.3. Bastante más que lo habitual.4. Mucho más que lo habitual.	<p>B4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?</p> <ol style="list-style-type: none">1. No, en absoluto.2. No más de lo habitual.3. Bastante más que lo habitual.4. Mucho más que lo habitual.

<p>A5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto. 2. No más de lo habitual. 3. Bastante más que lo habitual. 4. Mucho más que lo habitual. 	<p>B5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto. 2. No más de lo habitual. 3. Bastante más que lo habitual. 4. Mucho más que lo habitual.
<p>A6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le iba a estallar?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto. 2. No más de lo habitual. 3. Bastante más que lo habitual. 4. Mucho más que lo habitual. 	<p>B6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto. 2. No más de lo habitual. 3. Bastante más que lo habitual. 4. Mucho más que lo habitual.
<p>A7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto. 2. No más de lo habitual. 3. Bastante más que lo habitual. 4. Mucho más que lo habitual. 	<p>B7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto. 2. No más de lo habitual. 3. Bastante más que lo habitual. 4. Mucho más que lo habitual.
<p>C1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Más activo que lo habitual. 2. Igual que lo habitual. 3. Bastante menos que lo habitual. 4. Mucho menos que lo habitual. 	<p>D1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto. 2. No más de lo habitual. 3. Bastante más que lo habitual. 4. Mucho más que lo habitual.

<p>C2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menos tiempo que lo habitual. 2. Igual que lo habitual. 3. Más tiempo que lo habitual. 4. Mucho más que lo habitual. 	<p>D2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto. 2. No más de lo habitual. 3. Bastante más que lo habitual. 4. Mucho más que lo habitual.
<p>C3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mejor que lo habitual. 2. Aproximadamente lo mismo. 3. Peor que lo habitual. 4. Mucho peor que lo habitual. 	<p>D3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No, en absoluto. 2. No más de lo habitual. 3. Bastante más que lo habitual.
<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. 	<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.
<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. 	<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.

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

Anexo 5

Cuestionario BRIEF-COPE/28

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

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

1. Me he estado centrando en el trabajo y otras actividades para apartar mi mente de cosas 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

Anexo 6

CUESTIONARIO DE AS

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

1.- Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (personas con las que se siente a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre). Escriba el número de amigos íntimos _____ y familiares cercanos: _____
Generalmente buscamos a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? Señale el número que corresponda a la respuesta más adecuada para usted según los siguientes criterios:

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

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

Anexo 7

CUESTIONARIO

EPQR-A

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

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