



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

**Identificación del Síndrome de Burnout y su relación con número de
pacientes atendidos en profesionales de la salud en la ciudad de Cuenca**

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Arpi Becerra, Nancy Concepción

DIRECTORA: Vivanco Vivanco, María Elena, Magister

CENTRO UNIVERSITARIO CUENCA

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

Magister

María Elena Vivanco Vivanco

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación Identificación del Síndrome de Burnout y su relación con número de pacientes atendidos en profesionales de la salud en la ciudad de Cuenca realizado por Arpi Becerra, Nancy Concepción, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Cuenca, septiembre de 2017.

f)

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Arpi Becerra, Nancy Consepción declaro ser autora del presente trabajo de titulación, Identificación del Síndrome de Burnout y su relación con número de pacientes atendidos en profesionales de la salud en la ciudad de Cuenca, de la Titulación de Psicología, siendo Vivanco Vivanco, María Elena 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”

Arpi Becerra, Nancy Consepción
0101672939

DEDICATORIA

Para Iván, tu apoyo y comprensión me fortalecen en cada proyecto emprendido.

Para Alex, Benny y Anita, ser madre de ustedes es mi máximo logro.

Para mi madre Eva, su ejemplo de superación permanente me anima a seguir sus pasos.

Con todo mi amor, después de cinco años se hace realidad un sueño.

AGRADECIMIENTO

Expreso un profundo agradecimiento a la Universidad Técnica Particular de Loja, que por segunda ocasión me acoge en sus aulas, los conocimientos adquiridos me fortalecen en mis propias aulas.

A la Doctora Rocío Ramírez Zhindón y Magister María Elena Vivanco Vivanco, Docente de titulación y Directora del trabajo de titulación, respectivamente, por su profesionalismo y calidad humana con que han apoyado el desarrollo de este trabajo.

Finalmente, un gracias desde el fondo de mi alma para mi hermana de corazón, con quien iniciamos este sueño, Rocío Matute Piedra. Cada una de sus palabras han sido mi soporte, nuestra amistad se ha fortalecido en este proceso. Sentí la presencia de Dios en cada encuentro de estudio.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARATULA	i
APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO 1.....	6
MARCO TEÓRICO	6
1.1. Conceptualización del Burnout	7
1.1.1. Definiciones en la década del 70	7
1.1.2. Definiciones de la década del 80	8
1.1.3. Definiciones de la década del 90	9
1.1.4. Definiciones de la década del 2000	10
1.1.5. Definiciones de la década de 2010 hasta la actualidad.....	10
1.2. Desarrollo y fases del Burnout.....	11
1.2.1. Golembiewski, Munzenrider y Carter (1988).....	11
1.2.2. Leiter y Maslach (1988)	12
1.2.3. Leiter (1993).....	12
1.2.4. Lee y Ashforth (1993)	13
1.2.5. Gil Monte, Peiró y Valcárcel (1995)	13
1.3. Consecuencias del Burnout.....	14
1.3.1. Consecuencias en la salud en Profesionales de la Salud	15
1.3.2. Consecuencias en el área laboral en Profesionales de la Salud.....	16
1.3.3. Consecuencias en la familia en Profesionales de la Salud	17
1.4. Modelos explicativos del Burnout.....	18
1.4.1. Modelos basados desde la teoría Sociocognitiva	18
1.4.1.1. Modelo de autoeficacia de Cherniss	18
1.4.1.2. Modelo de competencia social de Harrison	19
1.4.1.3. Modelo de Pines.....	20
1.4.1.4. Modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper	21
1.4.2. Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social	22
1.4.2.1. Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli	22
1.4.2.2. Modelo de Conservación de recursos de Hobfoll y Fredy	23

1.4.3.	Modelos desarrollados desde la Teoría Organizacional.....	24
1.4.3.1.	Modelo de fase de Golembiewski, Munzenrider y Carter	24
1.4.3.2.	Modelo de Winnubst.....	25
1.4.3.3.	Modelo de Cox, Kuk y Leiter.....	26
1.4.4.	Modelos sobre el proceso del Síndrome de Quemarse en el Trabajo.....	26
1.4.4.1.	Modelo Tridimensional de MBI- HSS (Maslach y Jackson).....	26
1.4.4.2.	Modelo de Edelwich y Brodsky.....	27
1.4.4.3.	Modelo de Price y Murphy	28
1.4.4.4.	Modelo de la Teoría Estructural - Modelo de Gil Monte	28
1.5.	Prevalencia del Burnout.....	29
1.5.1.	Importancia del estudio del Burnout en Profesionales de la Salud.....	30
1.5.2.	Prevalencia en Profesionales de la Salud a nivel Mundial	30
1.5.3.	Prevalencia en profesionales de la salud a nivel de Latinoamérica.....	32
1.5.4.	Prevalencia en Profesionales a nivel Nacional.....	33
1.6.	Variables asociadas al Burnout.....	33
1.6.1.	Variables Sociodemográficas en Profesionales de la Salud.....	34
1.6.2.	Variables Laborales en Profesionales de la Salud	35
1.6.3.	Variables asociadas a la personalidad en profesionales de la Salud.	36
1.6.4.	Variables moduladoras ante situaciones de estrés en profesionales de la Salud. 36	
CAPÍTULO 2.....		38
METODOLOGÍA		38
2.1.	Objetivos	39
2.1.1.	Objetivo General.....	39
2.1.2.	Objetivos específicos.....	39
2.2.	Preguntas de investigación:	40
2.3.	Contexto de la investigación	41
2.4.	Diseño de investigación	41
2.5.	Muestra	42
2.6.	Procedimiento.....	43
2.7.	Instrumentos.....	44
2.7.1.	Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC	44
2.7.2.	Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory) [MBI-HSS]	45
2.7.3.	Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28); (Goldberg y Hillier, 1979; versión española de Muñoz, Vázquez-Barquero, Rodríguez, Pastrana y Varo, 1979).....	46
2.7.4.	Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF- COPE) 46	

2.7.5. Cuestionario MOS de apoyo social. (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Steward, 1991; versión española Revilla, Luna del Castillo, Bailón y Medina, 2005)	48
2.7.6. Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A; Francis, Brown y Philipchalk, 1992; Versión española de Sandín, Valiente y Chorot, 1999).	48
CAPÍTULO 3.....	50
ANÁLISIS Y REDACCIÓN DE RESULTADOS	50
CAPÍTULO 4.....	61
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	61
CONCLUSIONES	69
RECOMENDACIONES	71
BIBLIOGRAFÍA.....	72
ANEXOS.....	76

RESUMEN

El presente trabajo de investigación, se realizó en dos instituciones de salud, una pública y la segunda privada, sin fines de lucro, ubicadas en el Distrito 1, de la ciudad de Cuenca, durante el año 2017, las cuales ofrecen servicios de consulta externa y hospitalización.

La investigación pretende identificar la prevalencia del Síndrome de Burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización) en 41 médicos/as y enfermeras y su relación con el número de pacientes atendidos por día.

Se define como una investigación exploratoria, descriptiva-transversal, cuantitativa, se aplicaron cinco cuestionarios: Sociodemográfico, Inventario de Burnout, MBI; Salud Mental, Estilos de Afrontamiento, Apoyo Social y Personalidad de Eysenck.

Los resultados de la investigación denotan la existencia del 5% de casos de Burnout entre los profesionales médicos investigados.

Entre los profesionales investigados, se identifica altos niveles de satisfacción con su profesión, medicina y enfermería, así como con la interacción con sus pacientes.

Es importante conocer que existen casos con síntomas de ansiedad y síntomas somáticos entre los médicos investigados.

PALABRAS CLAVES: Síndrome Burnout, agotamiento emocional, despersonalización, baja realización, médicos, enfermeras.

ABSTRACT

The following investigation was performed in two health institutions, a public one and a private one, both non-profit, located in the District 1 of Cuenca, during 2017. These institutions offer outpatient treatment and hospitalization.

This research aims to identify the prevalence of Burnout Syndrome and its three dimensions (emotional exhaustion, depersonalization, low achievement) in 41 doctors and nurses and its relation with the number of patients attended per day.

It was defined as an exploratory, descriptive-transversal, quantitative research; five questionnaires were applied: Sociodemographic, Burnout Inventory, MBI; Mental Health, Coping Styles, Social Support, and Personality of Eysenck.

The results of the investigation denote the existence of 5% of Burnout cases among the medical professionals investigated.

Among the professionals, both medicine and nursing, who were investigated, high levels of satisfaction with their profession, have been identified, as well as with the interaction with their patients.

It is important to present that there are cases with symptoms of anxiety and somatic symptoms among the investigated physicians.

KEYWORDS: Burnout Syndrome, emotional exhaustion, depersonalization, low achievement, doctors, nurses.

INTRODUCCIÓN

El tema del presente trabajo de investigación consiste en la identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el Ecuador, concretamente se investiga la relación con el número de pacientes atendidos.

El primer capítulo hace referencia a conceptualizaciones sobre el Síndrome a partir de la década del setenta del siglo XX, época en que comienzan investigaciones científicas sobre el tema. Se recopila información sobre el desarrollo y las fases del Burnout, así como sus consecuencias, especialmente la incidencia en la salud, situación laboral y familiar de los profesionales de la salud.

Se desarrolla un breve estado del arte sobre la prevalencia del Síndrome en profesionales de la salud a nivel mundial, latinoamericano y nacional. Se acude a investigaciones sobre la situación e importancia del tema en diferentes latitudes, así, los desarrollados por Ojeda (2016), Hernández (2003) y Martínez (2010) dan cuenta de estudios a nivel mundial. A nivel nacional un estudio de campo sobre la prevalencia del Síndrome, realizado en Quito por Trujillo (2011) proporciona interesante información que orienta hacia un nicho de investigación futura.

Se abordan diversos modelos explicativos del Síndrome, entre ellos aquellos que se fundamentan en la Teoría Sociocognitiva, Teoría del Intercambio Social y Teoría Organizacional y el Modelo sobre el proceso del Síndrome de Quemarse en el trabajo.

En el segundo capítulo se desarrolla la metodología para el proceso investigativo, el cual se desarrolló entre cuarenta y un médicos y enfermeras pertenecientes a dos instituciones, una pública y otra privada sin fines de lucro, de la Ciudad de Cuenca. El objetivo es identificar la prevalencia del síndrome de burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización) en médicos/as y enfermeras y la relación con el número de pacientes atendidos.

El método definido es exploratorio, el tipo de investigación fue descriptiva-transversal, el diseño es cuantitativo mediante la aplicación de cinco instrumentos de evaluación: Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC, Inventario de burnout de Maslach, Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28), Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), Cuestionario MOS de apoyo social, Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A.

El capítulo tercero presenta las conclusiones y discusión científica de los resultados de la investigación, que identifica un 5% de casos con Síndrome de Burnout, información de gran importancia para las instituciones de salud en general y particularmente para los participantes, que aportará a la toma de decisiones administrativas y relacionadas con el desarrollo del talento humano. Al ser profesionales de la salud involucrados en la problemática, las tomas de decisiones pertinentes irán en beneficio de los usuarios que acuden a estos centros de salud y la sociedad cuencana en general.

La investigación responde a las preguntas de investigación planteadas, las cuales se relacionan con características socio. demográficas y laborales de los participantes, prevalencia del Síndrome e incidencia de sus dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización, baja realización; rasgos de personalidad y tipos de afrontamiento y apoyo social de médicos y enfermeras consultadas.

Cada uno de las categorías planteadas en preguntas de investigación, se traducen en objetivos de investigación los cuales son respondidos mediante la interpretación y análisis de los datos obtenidos.

El desarrollo de la investigación contó con amplias facilidades prestadas por los Directivos de las instituciones de salud, luego de los trámites normativos del caso. De igual manera los profesionales, médicos y enfermeras aportaron proactivamente al desarrollo de la misma.

Como dificultad podría mencionar la diversidad de horarios de los profesionales médicos, por lo que, la recopilación de información requirió de múltiples sesiones de visitas a las consultas médicas.

El estudio aporta con una investigación a nivel nacional promovida por la Universidad Técnica Particular de Loja, lo que conlleva al desarrollo de ciencia que contribuirá a mejorar las condiciones de vida de profesionales ecuatorianos y la sociedad en general.

CAPÍTULO 1
MARCO TEÓRICO

1.1. Conceptualización del Burnout

Desde inicios de la década de los setenta, comenzó a ser investigado el Síndrome de Burnout, y, desde entonces, se han realizado todos los esfuerzos, por parte de los profesionales de la materia, para proporcionar una definición idónea del Síndrome de Burnout, partiendo, precisamente, del requerimiento de comprender, a cabalidad, las causas y los factores que conllevan al deterioro psicológico-emocional en una persona. En este sentido, con el transcurso del tiempo, la definición ha ido evolucionando, con la característica de que se ha ido incorporando nuevos elementos a la misma.

1.1.1. Definiciones en la década del 70

Herrer (2009) expone que el Psiquiatra Freudenberger, que laboró en un hospital, utiliza este vocablo, por primera vez, en 1974, con el fin de hacer referencia a los problemas de cansancio y fatiga que se presentaban, concretamente, en profesionales vinculados al área de la salud. Para este autor, las personas que presentaban agotamiento extremo acompañado de un cierto vacío interior, sobre todo en el ámbito social, padecían de Burnout, y que los individuos más propensos a adquirirlo son aquellos cuyo quehacer laboral está vinculado al área de servicios, entre los que se pueden contar a:

- 1) Médicos y Enfermeras(os);
- 2) Psicólogos(as) y Trabajadores(as) Sociales; y, Cuidadores(as) de personas de la tercera edad; y,
- 3) Profesores(as) y Profesionales de otras áreas

El orden expuesto, va de mayor a menor riesgo.

Este autor observó cómo, en el período de un año, sus compañeros(as) mostraban una disminución de su energía y una completa desmotivación, que les conducía a un agotamiento

emocional y físico, acompañado de signos de ansiedad y depresión, entre otros, lo que les llevaba a no efectuar correctamente sus actividades laborales, mostrándose, siempre, menos sentimentales, escasamente comprensibles ante sus pacientes, y, en ocasiones, hasta agresivos con ellos, tratándoles de responsabilizarlos por su situación.

Además, en el transcurso de esta década, la inclusión de nueva tecnología en los espacios laborales provocó una notoria transformación de los mismos, incrementando la explotación a los trabajadores y el desempleo, con lo que se dio lugar a la aparición de otros factores de riesgo (calidad de vida y bienestar de los trabajadores) para la aparición del Burnout.

1.1.2. Definiciones de la década del 80

Ojeda (2016) afirma que, en esta década, la investigación sobre el Burnout se enfocó en una esfera netamente sistemática, mediante la obtención de datos cuantitativos, aplicando cuestionarios a extensas poblaciones, con el fin de evaluar el Burnout, desarrollando, a la vez, varios instrumentos de medida, como el MBI-HSS (de Maslach) y otros, a los que se hará alusión posteriormente.

Por otro lado, “Maslach y Jackson definen al Burnout como un síndrome de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas” (Ojeda, 2016, p.45).

Posteriormente, en 1983, el autor Winnubst sostiene que el proceso de Burnout se establecía en cuatro etapas, a saber: entusiasmo, estancamiento, frustración y apatía.

En esta década, el estudio de Burnout se realizó en los profesionales que brindaban servicios a otras personas, siendo, el punto clave, la relación profesional-paciente, en el área de la salud, por lo que el síndrome no solo se abordó individualmente sino en procesos de relaciones interpersonales en el plano laboral.

1.1.3. Definiciones de la década del 90

Ojeda (2016) sostiene que, a lo largo de esta década, las investigaciones han avanzado con nuevos enfoques:

- 1) Se incluyeron otras áreas sociales como: tecnología informática, el campo militar, administrativo, gerencial, entre otras.
- 2) Los estudios se han efectuado con metodologías e instrumentos estadísticos actualizados.

Varios autores hicieron presencia para el estudio del Burnout, entre ellos, Shirom (citado en Martínez, 2010) quien, en 1989, descubre que el síndrome involucra una disminución paulatina de energía del individuo, caracterizándolo como una estructura de fatiga física y cansancio cognitivo y emocional.

En 1991, Wallace define que la despersonalización que se da en un individuo, sería una estrategia de afrontamiento, la cual llevaría a combatir el síndrome.

Por otro lado, Leiter, en 1992, (citado por Jiménez, 2003, p.37), menciona:

Que el afrontamiento de un sujeto está condicionado por las demandas organizacionales y los recursos exigidos. Para esto, el síndrome de Burnout vendría a ser un trastorno adaptativo en complemento al mal afrontamiento de las demandas físicas, psicológicas y sociales del trabajo, y como consecuencia se da un deterioro en la calidad de vida del individuo.

De modo personal, considero que hasta esta década han existido avances significativos en la conceptualización del Burnout, pues, el llegar a estimar que, en última instancia, este síndrome deteriora la calidad de vida de una persona, es revestirle al término de una serie de

características que engloban la vida misma del individuo, considerando tanto su parte física como emocional.

1.1.4. Definiciones de la década del 2000

Década tras década se han ido dando diferentes definiciones del síndrome de Burnout y han coincidido en que es una respuesta al estrés laboral y, como consecuencia, se da el agotamiento emocional, o el denominado “quemarse” por el trabajo. Se conoce también que el síndrome se destaca más en profesionales de la salud, por lo que han sentido la necesidad de continuar con las investigaciones del Burnout; esto para que en las organizaciones no se den conflictos en cuanto al rol que debe desempeñar el profesional ante sus pacientes, sin perjudicarle su calidad de vida.

Entre otras definiciones de Burnout, se destaca la de Burke, quien, en 2001, mantiene que el síndrome es un proceso de adaptación frente al estrés laboral, caracterizado por: desgaste, sentimientos de culpa, frialdad o distanciamiento emocional.

1.1.5. Definiciones de la década de 2010 hasta la actualidad

Actualmente, el síndrome de Burnout, en base a los estudios realizados desde la década de los 70, ha mantenido su concepto como una respuesta al estrés laboral crónico, que involucra a los profesionales de la salud prioritariamente, y, en menor medida, a otros profesionales de distintas áreas, así como también a pre-profesionales.

Ojeda (2016) sostiene que, a pesar de todas las investigaciones relacionadas al tema, todavía no hay una respuesta clara respecto a sus causas, sin embargo, una de las teorías más acertadas, es la de Maslach, quien destaca que el síndrome se da por tres situaciones:

1. Agotamiento emocional-psicológico.

2. Despersonalización o deshumanización; y
3. Realización individual insatisfecha.

Dicho esto, el síndrome vendría a ser un conjunto de conductas en los que se involucran factores internos y externos, los cuales conllevan a disminuir la motivación que presenta el trabajador, afectando el ambiente laboral y su salud.

1.2. Desarrollo y fases del Burnout

De acuerdo a los estudios realizados sobre el Burnout, ciertos autores han demostrado, a través de sus investigaciones, que es un proceso que está conformado por etapas; éstas se diferencian conforme al postulado de cada autor. La investigadora Martínez (2010), menciona a los siguientes autores:

1.2.1. Golembiewski, Munzenrider y Carter (1988)

Estos autores sostienen que el síndrome del Burnout ya no solo se localiza en profesionales de la salud sino también en profesionales de otras áreas laborales como: directivos, vendedores, amas de casa, etc.; afirman también que el síndrome es un proceso progresivo en el que la persona que tiene estrés laboral disminuye su responsabilidad en sus actividades de trabajo. Su modelo basan en tres etapas:

- Primeramente, se genera estrés como resultado de las demandas laborales excesivas, que sobrepasan la capacidad de los recursos humanos y materiales existentes;
- Posteriormente, aparece ansiedad y fatiga, que se produce por el sobre-esfuerzo de la persona; y,
- Por último, se modifican actitudes o conductas para librar tensiones, pudiendo llegar un individuo, incluso, a abandonar su trabajo. Esto constituiría el Burnout.

1.2.2. Leiter y Maslach (1988)

Para los autores, el síndrome se da mediante un desequilibrio provocado por las demandas laborales y los recursos personales, desencadenando, en el individuo, cansancio emocional y, consecutivamente, se da la despersonalización; este proceso terminaría con la baja realización personal.

Planteadas estas tres dimensiones, el agotamiento emocional es la clave y se refiere a la fatiga, falta de energía, cansancio, entre otros. La despersonalización presente en el sujeto viene a representar las diversas formas de desesperanza personal e impotencia, que se traduce en actitudes y sentimientos negativos hacia los clientes, finalmente, la baja realización personal con características de pérdida de ideales, alejamiento de actividades sociales, familiares y recreativas.

La conducta del profesional orientada hacia las dimensiones expuestas origina actitudes negativas en todos los aspectos laborales, llegando a demostrar cansancio extremo y a apartarse del trabajo, lo que generará desapego y demostraciones de trato deshumanizado a los pacientes.

1.2.3. Leiter (1993)

Según Leiter, (citado por Jiménez, 2003, p.46), en su modelo considera dos elementos: “la influencia de las dimensiones de Burnout es determinante en su desarrollo y cada dimensión mantiene distintas relaciones con las condiciones ambientales y las diferentes características individuales”.

Además, Jiménez (2003) manifiesta que, así como los postulados de Maslach, para Leiter, este modelo se da a partir del agotamiento emocional, para luego seguir con la despersonalización y, en último lugar, la reducida realización personal.

Este modelo se determina por las interacciones que tiene cada sujeto en su trabajo: competencia, autonomía y participación, y en la toma de decisiones y colaboración con el cliente. Para el autor, la presencia de agotamiento emocional es un síntoma de la presencia de Burnout que acarrea consecuencias negativas como el ausentismo laboral, abandono, rotación, desapego, entre otros.

En su trabajo, Leiter considera que el cansancio emocional que presenta un individuo, es por la ausencia de estrategias de afrontamiento hacia el estrés laboral, por lo tanto, la despersonalización vendría a ser un mecanismo de protección frente al cansancio emocional, y la baja de realización, es la respuesta de cogniciones de los profesionales ante el estrés laboral.

1.2.4. Lee y Ashforth (1993)

Estos autores aseveran que la despersonalización y la baja realización personal en el trabajo dan como resultado sentimientos de agotamiento emocional. Para ellos y según las afirmaciones de otros autores aseveran que la reducida realización personal está afectada por la despersonalización. Para este modelo planteado el papel fundamental sería que el agotamiento emocional es el final o el inicio del proceso. Siendo de vital importancia para que de aquí parta la intervención en la prevención del síndrome de Burnout.

1.2.5. Gil Monte, Peiró y Valcárcel (1995)

Para Gil Monte, Peiró y Valcárcel el síndrome de Burnout se da, principalmente, por la presencia de emociones constantes de baja realización personal, ya sea dentro de su área de trabajo o en cualquier lugar en donde efectuó sus labores diarias, las mismas que involucran tiempo y dedicación.

Conforme a la propuesta del modelo, los autores agregan el sentimiento de culpa como un síntoma más del desarrollo del síndrome de Burnout. Ellos afirman que los sentimientos de

culpa presentes en los individuos fomentarán un mayor compromiso laboral para disminuir su remordimiento, pero, si en la organización sus condiciones para laborar no cambian, es seguro que se produzca un incremento de sentimientos de baja de realización personal y, de igual forma, acrecentará el agotamiento emocional, dando paso a la aparición nuevamente de la despersonalización.

En el estudio desarrollado por Camacho (2016) manifiesta que de acuerdo a lo que el modelo expone, este se convierte “en un círculo vicioso que hace que la persona se ubique en una posición que determine una dinámica similar y responda de la misma manera (negativamente) frente a todas las situaciones que le afecten” (p.43).

Personalmente, considero que este modelo, al plantear que las situaciones de despersonalización a las que se ve abocado un trabajador son recurrentes, habría que añadir el hecho de que, si son situaciones que no dependen del empleado, los factores exógenos de las relaciones laborales son los que deberían ser modificados para hacer frente a las adversidades en la interacción en el ámbito laboral, sin dejar de lado, obviamente, la actitud positiva que debe asumir la persona frente a las contrariedades que se le vayan presentando, para no desembocar en la despersonalización y, con ello, evitar la aparición del síndrome.

1.3. Consecuencias del Burnout

La investigadora Martínez (2010) manifiesta que las consecuencias involucran a los sujetos, a la organización y a la familia, para lo cual se hará énfasis en cada una de estas, las cuales servirán como punto de partida para determinar el desarrollo del síndrome.

1.3.1. Consecuencias en la salud en Profesionales de la Salud

Los estudios de Zubiaga (2016) y Ojeda (2016) realizados en el ámbito médico, destacan que en el trabajador puede manifestarse alteraciones de diferente índole, entre ellas:

- **Psicosomáticas:** cardiovasculares, taquicardia y presión alta; respiratorias, musculares, digestivas y del sistema nervioso. La presencia de cefaleas constantes, el insomnio, los dolores osteomusculares, entre otros.
- **Conductuales:** los autores mencionan la presencia de hábitos adictivos hacia el consumo de tabaco, café, alcohol y drogas; despersonalización en la relación con el cliente, ausentismo laboral frecuente, cambios bruscos de humor y aparición de conductas violentas.
- **Emocionales:** sensación de vacío, fracaso e impotencia, acompañado de agotamiento emocional, síntomas disfóricos, distanciamiento afectivo como forma de autoprotección, ansiedad, sentimientos de culpabilidad, impaciencia e irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, sentimientos depresivos.
- **Actitudinales:** actitudes de desconfianza, apatía, cinismo e ironía hacia los clientes de la organización, hostilidad, suspicacia y poca verbalización en las interacciones.

Los individuos con Burnout, muy probablemente, no podrán desempeñar su trabajo de manera exitosa, puesto que su salud afectará la relación que establezcan con los pacientes, así como el diagnóstico, tratamiento y seguimiento pertinente. El buen trato que ameritan los pacientes probablemente se verá afectado, pues, el quebranto en su salud modificará las relaciones interpersonales que poco a poco irá afectando su entorno.

1.3.2. Consecuencias en el área laboral en Profesionales de la Salud

Las consecuencias de desarrollar el Síndrome, repercute en forma negativa en el ámbito laboral, puesto que, desencadenará efectos nocivos en las personas implicadas: el trabajador, los clientes y la organización. Estas consecuencias también provocan en el individuo deterioro cognitivo, afectivo y actitudinal.

Camacho (2016) manifiesta que el desempeño ineficiente del trabajador acarreará malestar en los clientes al sentir limitación y poca eficiencia en el servicio requerido. Esta actitud repercute en una mala imagen institucional lo que conlleva a pérdidas económicas importantes para la organización. Entre las consecuencias de mayor impacto, menciona las siguientes:

- Disminución de rendimiento del trabajador.
- Aumento de los conflictos entre los jefes, supervisores y compañeros.
- Deterioro de las relaciones interpersonales.
- Actitud negativa hacia el trabajo y hacia el cliente, falta de motivación.
- Intención de abandonar el trabajo (en algunos casos se da el abandono).
- Rebeldía, no realiza de forma adecuada una tarea asignada.
- Retrasos (incumplir con las tareas, largas pausas de descanso).
- No está satisfecho con el trabajo (referente a lo que desempeña).
- Rotación, creen que necesitan cambios constantes de los puestos que desempeñan.

Bajo criterio personal, las consecuencias del síndrome en el área laboral de los profesionales de la salud, son mucho más trascendentes que en otras, ya que, al trabajar con la salud de los pacientes, son éstos quienes se sentirán aquejadas por los efectos del deterioro físico y emocional del médico tratante. Esta situación podría interferir en la recuperación del paciente, con varias repercusiones siendo la económica una de ellas, tanto para el paciente cuanto para la institución sanitaria.

1.3.3. Consecuencias en la familia en Profesionales de la Salud

El autor Zubiaga (2016) menciona que las personas que presentan el Síndrome de Burnout, manifiestan actitudes negativas en general, lo que conduce a un deterioro en su calidad de vida. Entre las principales consecuencias en el entorno familiar, expone:

- Escasa atención, desinterés generalizado hacia actividades sociales y familiares.
- Escuálida energía, irritabilidad y aislamiento.
- Incremento de problemas con la pareja, familia y red social en general.
- Hostilidad en las relaciones familiares y sociales.
- Déficit de comunicación.

Otros investigadores del Síndrome de Burnout como Gil Monte (2002), citado en Rodríguez, C. (2009) mencionan como factores asociados "...la insatisfacción marital, relaciones familiares empobrecida, falta de tiempo de ocio y supresión de la actividad física, junto con insatisfacción permanente y sobrecarga en la agenda laboral".

Concluye que a estas personas les resulta casi imposible disfrutar, relajarse y sentirse satisfechas profesionalmente. Se evidencia que la problemática va más allá de un tema laboral, pues, abarca la relación familiar en su integralidad.

A modo de síntesis personal, una vez expuestas las consecuencias del Burnout en diferentes ámbitos, puedo concluir que el afrontamiento y tratamiento de cada una de ellas reviste vital importancia, pues, el descuido de solo una, implica volver al círculo vicioso, con el consiguiente desgaste del profesional. En el área de la salud, el problema involucra a más personas y, por consiguiente, es más complejo resolverlo, ya que no solo hay que tratar al profesional que tiene el síndrome, sino también al paciente involucrado, a quien se suma, obviamente, la actitud de sus familiares, que se sienten defraudados por la escasa o ausente recuperación del enfermo.

1.4. Modelos explicativos del Burnout

Parra (2012) afirma que, para tener una visión más completa de lo que significa el síndrome de Burnout, existen algunos modelos teóricos explicativos los cuales se detallan:

1.4.1. Modelos basados desde la teoría Sociocognitiva

Según información recopilada por Martínez (2010) expone que la teoría Sociocognitiva del “Yo” y sus modelos en cuanto al proceso del síndrome de Burnout, se basan en que las variables cognitivas tales como creencias, actitudes, autoeficacia y autoconcepto, delimitan dicho proceso; por el contrario, si una persona tiene mayor y mejor confianza en sus capacidades, estará menos propenso a padecer este síndrome.

1.4.1.1. *Modelo de autoeficacia de Cherniss*

La autora citada al referirse a este modelo, menciona que se remonta a estudios de Bandura sobre la eficacia, percibida como opiniones que los individuos poseen sobre destrezas que les permite controlar situaciones que afecta su cotidianidad.

Sostiene que las circunstancias y características laborales de una organización o institución conllevan a los trabajadores a desarrollar o no sentimientos de éxito, con lo cual, si se sienten exitosos, lograrán evitar la presencia del síndrome, en tanto que, si tienen un sentimiento de fracaso o frustración, estarán propensos al desarrollo del Burnout.

Los individuos que, a través de la percepción de sí mismos, sienten haber alcanzado sus metas y objetivos de manera exitosa, emanan las siguientes características:

- Nivel alto de desafío
- Elevada autonomía

- Control absoluto
- Resultados exitosos, con retroalimentación
- Apoyo social notorio, de compañeros y supervisores

Las teorías social-cognitivas demuestran que la presencia de las cogniciones del individuo; inciden en su comportamiento. Otra situación analizada se refiere a los niveles de seguridad emocional alcanzados por un individuo, lo que aportará a la obtención de objetivos planteados. Por lo expresado, se evidencia el modelo de Bandura, según el cual, los sujetos con un marcado sentido de autoeficacia serán menos propensos a experimentar estrés, así sea en situaciones amenazantes.

1.4.1.2. Modelo de competencia social de Harrison

López (2013) sostiene que este modelo está basado en que el síndrome de Burnout tiene relación directa con la percepción de cada uno sobre su competencia, indicando que, aquellas personas que están vinculadas a actividades de ayuda al prójimo, con un alto espíritu altruista, realizan siempre sus labores de manera muy motivada.

Los trabajadores podrían o no encontrarse con elementos de ayuda; si los tienen, éstos coadyuvarán a realizar sus labores correctamente y experimentarán un sentido de autoeficacia mayor, en tanto que, si no cuentan con ellos, lo más probable es que se vean impedidos de efectuar sus tareas con eficiencia y sus sentimientos de competencia social serán menguados.

El autor indica que este modelo podría aplicarse a personas que presentan altas perspectivas acerca de lo que desean obtener en el área laboral, quienes, para ofrecer un servicio de calidad, requieren, a más de la motivación, otro tipo de elementos.

Si bien es cierto que en todo tipo de trabajo se requiere el apoyo y la interacción adecuada entre todos los integrantes de una organización, es menester pensar que los trabajadores no

siempre consiguen una interrelación laboral con estos matices, razón por la que, actualmente, a criterio personal, muchos trabajadores estarían expuestos a padecer Burnout, y no necesariamente solo aquellos que tienen altas expectativas, pues incidirá la percepción de cada persona sobre su competencia.

1.4.1.3. Modelo de Pines

Pérez (2010) expone que el autor Pines ha desarrollado un modelo similar al de Harrison, con la diferenciación referida a que los trabajadores que están más expuestos al síndrome de Burnout son los que quieren ponerle un sentido existencial a su quehacer laboral.

Según este modelo, los trabajadores con altas expectativas y objetivos claros en su vida profesional, inician sus labores bastante motivados, y, si todo les resulta como lo han planificado, sienten que han dado una contribución positiva a la vida, en tanto que, si sucede lo contrario (no consecución de objetivos), se sienten incompetentes, con un alto sentimiento de frustración, y, por ende, esta situación les conduce a problemas existenciales.

A criterio personal, es interesante el posicionamiento del autor sobre la inclusión de problemas existenciales en el desarrollo del Burnout, sin embargo, se debe tener también presente que no solo tiene que ver con alcanzar objetivos personales, pues, en la actualidad, los trabajadores enfrentan otro tipo de realidad laboral, con excesiva competencia en el mercado de trabajo, situación que, por más que no tengan altas expectativas, se ven obligados al cumplimiento estricto de objetivos empresariales, que, de no conseguirlo genera estrés laboral.

Otros factores (económicos, familiares, sociales, etc.), pueden contribuir a desarrollar el Burnout, razón por la que habría que añadir, a los objetivos personales, los institucionales; será interesante considerar que muchos trabajadores podrían cumplir con objetivos personales, no así con los organizacionales y viceversa. Varios trabajadores se presionan por el cumplimiento de las dos partes, personal e institucional lo que, de no encontrar un punto de equilibrio les volvería propensos a desarrollar el síndrome.

1.4.1.4. Modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper

Pérez (2010) sostiene que estos autores consideran que el papel elemental en el proceso de manifestación del síndrome de Burnout es la práctica de la autoconfianza, misma que, si se trata de una persona trabajadora con un alto grado de autoconciencia, al no cumplir objetivos, se incrementarán sus vivencias de desilusión y frustración, y, por el contrario, si este individuo asume una posición optimista del éxito en resolver discrepancias, reforzaría su confianza para disminuirlas e impulsaría la tenacidad de los intentos ejecutados para disminuir las disconformidades.

Afirma que existen cuatro etapas en el advenimiento del síndrome, a saber:

1. Divergencias entre las demandas de las tareas laborales del trabajador y los recursos con los que cuenta.
2. Grado de autoconciencia
3. Vivencias de logros personales
4. Nivel de autoconfianza

Asumiendo que la personalidad tiene como uno de sus elementos a la autoconciencia, ésta significa el potencial que tiene el individuo para autorregular los grados experimentados de estrés en el trayecto de una labor designada. La frustración o desilusión persistente en los trabajadores con autoconciencia, les torna vulnerables a que transparenten su decisión de retiro mental o conductual, dándose, este abandono, progresivamente, ante los intentos por disminuir los problemas que se presentan en relación a la obtención de sus objetivos.

Personalmente, considero que, las etapas a las que hacen relación estos autores para el apareamiento del Burnout, no solo deben referirse a las actitudes individuales, sino que, tomando en consideración que un trabajador se desenvuelve en medio de una organización

que cuenta con más personas, es preciso dar la debida importancia al comportamiento y actitudes que tiene el resto de individuos (compañeros, directivos, etc.) en relación a un mismo fenómeno, pues podría darse el caso que, aunque el trabajador tenga un alto nivel de autoconciencia y autoconfianza, éstas puedan verse vulneradas por el comportamiento de los demás, quienes podrían obstaculizar el cumplimiento de los objetivos de un trabajador; en consecuencia, habría que agregar el componente social a la actitud individual, que, en algunos casos, es más potente que la autoconciencia y la autoconfianza que posea un sujeto, y, enfocado el Burnout con este elemento, se tomaría a lo social como un ingrediente más en la aparición y desarrollo del mismo en una persona.

1.4.2. Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social

1.4.2.1. *Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli*

Este modelo se ha estructurado con el fin de proporcionar algunos elementos que permitan explicar la manera cómo se presenta el síndrome de Burnout en enfermeras. La autora Martínez (2010), se refiere a dos causas, la primera se refiere a la interrelación social con los pacientes; y, la segunda a la adaptación con los compañeros en el área laboral.

En los profesionales dedicados al área de la salud, se puede visualizar tres variables estresoras que dan lugar al apareamiento del síndrome, que se refieren a:

1. Incertidumbre: ausencia de claridad acerca de lo que la persona trabajadora siente y piensa en relación a la manera correcta de actuar;
2. Percepción de equidad: equilibrio observado entre lo que los trabajadores proporcionan y lo que reciben durante sus relaciones; y,
3. Control: posibilidad de la persona trabajadora de vigilar los alcances de su quehacer laboral

A criterio personal, considero que, en las organizaciones dedicadas al área de la salud, se identifican tres espacios laborales concretos: relación profesional-paciente, relación profesional-profesional (compañeros de trabajo) y relación profesional-administrativos. En cada uno de estos espacios, el profesional experimenta cierto grado de incertidumbre, tiene su percepción individual de equidad y un control de sí mismo en sus labores diarias. Todas estas percepciones y actitudes intervienen directamente en el apareamiento o no del Burnout, de modo que habría que agregar el hecho de que, en el caso de las enfermeras, al ser una actividad de rango intermedio, están expuestas a los criterios y requerimientos del médico tratante, por lo que, al agregarles una variable estresora, están más expuestas que los médicos a padecer el síndrome, por lo que, el intercambio social juega un papel muy importante.

1.4.2.2. *Modelo de Conservación de recursos de Hobfoll y Fredy*

Estos autores citados por Martínez (2010), establecen que en una institución, los factores de estrés laboral amenazarían los recursos del trabajador, creando inseguridad acerca de sus destrezas para conseguir el éxito profesional, por lo cual, la persona protegerá la aniquilación de recursos, aseverando que es necesario mantener siquiera los mínimos antes que conseguir recursos extras, consecuentemente, si el trabajador logra el incremento de recursos disponibles y reduce su vulnerabilidad, estaría evitando la aparición del síndrome; por el contrario, si no consigue los recursos requeridos, es necesario que modifique, de manera positiva, su percepción y cognición para disminuir el nivel de estrés que está experimentando.

Personalmente considero que, en el área de la salud, la conservación de recursos es un aspecto que reviste vital importancia, pues es una actividad que tiene que ver directamente con la salud de terceros, pues, si disminuyen los recursos (materiales, físicos, anímicos, sociales) del profesional, los resultados de su labor no serán los esperados, fundamentalmente, con sus pacientes, aparte de la no consecución, por parte del trabajador, del éxito deseado, situación que estaría incrementando el grado de estrés y el consecuente peligro de desarrollar el síndrome de Burnout.

1.4.3. Modelos desarrollados desde la Teoría Organizacional

Martínez (2010) manifiesta que la perspectiva que resalta en este modelo es la importancia del aporte de los eventos nocivos subyacentes de la institución organizacional y de las herramientas utilizadas al afrontar cada uno de los trabajadores ante el síndrome de Burnout. Así, por ejemplo, en las casas de salud u organizaciones con burocracia profesional, la incidencia se da por diferencias del desempeño de las actividades y los conflictos individuales.

1.4.3.1. *Modelo de fase de Golembiewski, Munzenrider y Carter*

El modelo afirma que para comprender el síndrome de Burnout se debe tomar en cuenta las cogniciones que se dan en los trabajadores ante situaciones adversas. Para este modelo el síndrome de Burnout es un proceso, y como respuesta a esto al estrés laboral y a la tensión, los profesionales pierden el compromiso inicial que tenían con su trabajo.

El modelo menciona que los factores a considerarse son de origen progresivo, pues confirman que, para lograr un entendimiento del Burnout, se debe tomar en cuenta la despersonalización, la disminución de la realización personal y el incremento del agotamiento emocional. Sin embargo, Golembiewski, en 1986, (citado en Martínez ,2010) considera que “las disfunciones rol-pobreza, conflicto y ambigüedad van a restar responsabilidad ante la tensión del desgaste laboral” (p.59).

En consecuencia, la forma de afrontar generará un distanciamiento con la situación laboral estresante, por lo que, el profesional limitaría su involucramiento en los conflictos, sin embargo, cuando el distanciamiento es absoluto, surgiría una indiferencia parcial o total. A partir de este último supuesto, la conducta encajaría en la despersonalización, la poca realización personal y al agotamiento. Al referirse a estos autores, Ojeda (2016), menciona que algunos de los rasgos presentes en los profesionales son:

- Falta de empatía
- Cinismo

- Pérdida de control
- Rigidez

Evidentemente, el Síndrome de Burnout, afecta al ser humano en su integralidad, pues, el no poder controlar su involucramiento en los conflictos laborales puede conducir a la disminución de su productividad y a la generación de conflictos interpersonales en su ámbito laboral.

1.4.3.2. Modelo de Winnubst

La concepción de este modelo deriva de la ya propuesta por Pines en 1988, la cual supone que “todo surge de interacciones del estrés, tensión y apoyo social en la distribución de la organización” (Martínez, 2010, p.59). En consecuencia, para el autor, la distribución de la organización como por ejemplo el clima, afectará directamente al inicio del síndrome; otros elementos que afloran son los antecedentes, que van a fluctuar en función de esta distribución degenerando, así, la percepción del profesional, recalcando la poca importancia al tipo de profesional, es decir, no encuentra distinción y no es propio de los que laboran a favor de la salud.

La autora Martínez (2010) expone que Winnubst basa su criterio sobre cuatro supuestos:

- Absolutamente toda distribución organizacional conserva un sistema de apoyo social.
- Los sistemas de apoyo social emergen en dependencia con el clima laboral siendo que estos pueden ser mantenidos y mejorados optimizando el elemento clima.
- Existen razones éticas que rigen la distribución organizacional, la cultura y el apoyo social, los criterios éticos permiten predecir en qué medida las organizaciones inducirán en sus miembros estrés (p.60).

Creo que las redes de apoyo o los sistemas de apoyo siempre que permanezcan en pro del bienestar de la persona serán de mucha importancia. Pues el hecho de permanecer cerca a la persona afectada, por cualquier malestar, permitirá afrontar de manera apropiada las adversidades.

1.4.3.3. *Modelo de Cox, Kuk y Leiter*

Martínez (2010) manifiesta que, en 1993, Cox afirma que una condición del Burnout es la salud de la organización. Asegura que el ajuste de la integración de los sistemas de organización tal como la cultura debe mantener una constante coherencia. Este modelo considera que el síndrome de Burnout se relaciona con el estrés laboral que surge entre profesionales de los servicios humanitarios. Se debe mencionar que el factor estrés también demanda una serie de fases antes de que aparezcan los signos de agotamiento laboral.

Todos los modelos estructurados en función de la organización conservan factores explícitamente sociales pues la cultura, el clima, el apoyo o una red con la cual interactuar facilitarán o evitarán este trastorno. Por lo tanto, considero que ante ciertas señales de alerta o factores que suponen riesgo deben ser enfrentados con interés y preocupación, lo que favorecerá a detecciones oportunas y consecuencias menos dañinas a nivel individual y grupal.

1.4.4. Modelos sobre el proceso del Síndrome de Quemarse en el Trabajo

1.4.4.1. *Modelo Tridimensional de MBI- HSS (Maslach y Jackson)*

El enfoque de este modelo menciona que la autora Maslach (citada por Camacho, 2016) creó un inventario denominado Burnout Inventor (MBI), que se caracteriza por evaluar las dimensiones a nivel cognitivo, emocional y actitudinal del sujeto. Considera al Burnout como un síndrome tridimensional, notándose así el agotamiento emocional, despersonalización y la disminución de realización personal.

Un aporte importante considerado en este modelo es que el síndrome es exclusivo de los profesionales de la salud, debido a la vivencia de fracaso personal que estos experimentan.

Maslach y Jackson, definen el Síndrome como: "un síndrome de agotamiento emocional, donde el individuo considera que no es capaz de dar más de sí mismo sintiendo que sus recursos afectivos y emocionales son superados ante el contacto diario con las personas que reciben sus servicios" (Camacho, 2016, p.29).

Una de las dimensiones de este inventario, la despersonalización manifestada por el desarrollo de ideas y actitudes negativas, la indiferencia hacia los beneficiarios estaría ligado al síndrome de Burnout. Dejando establecido que la interacción con las personas degenerara esta situación (Camacho, 2016).

1.4.4.2. Modelo de Edelwich y Brodsky

Este modelo también ha otorgado excelentes aportaciones a la investigación, pues en el año 1980 los autores señalan que el desarrollo del Síndrome de Burnout es el resultado de un, "proceso progresivo de desilusión, con el quebrantamiento de la motivación que vivencian las personas trabajadoras" (Jiménez, 2003, p. 42).

Es evidente que las desilusiones o desmotivaciones parten de las condiciones del ambiente laboral donde la existencia de varias dificultades o restricciones de los roles laborales suelen ser obstáculos para quien se desempeña laboralmente. Brodsky (citado en Jiménez, 2003) señala cuatro fases de carácter progreso dentro de este modelo.

1. Existencia de idealizaciones que en contraposición para el profesional trabajador conlleva a no concretar sus expectativas
2. La racionalización de lo complicado de sus expectativas le conduce a la desilusión.

3. El síndrome de Burnout emerge con todos los signos y síntomas propios de este.
4. Aparecen consecuencias psicológicas tales como: la apatía consecutivamente con el aislamiento y el desprecio.

Las características mencionadas incidirán en el compromiso que el trabajador mantenga al momento de desarrollar sus actividades profesionales, lo cual aportará negativamente a la construcción de su autoestima.

1.4.4.3. *Modelo de Price y Murphy*

Este modelo, según Martínez (2010) sostiene que sus autores enfatizan en la presencia del deterioro a nivel emocional y la aparición de los sentimientos de culpabilidad. La cognición de los empleados al servicio humanitario contiene ideas poco saludables o en el peor de los casos dañinas en torno a las ventajas percibidas. El desencanto que se origina va a producir un desequilibrio psíquico dando como resultado la falta de autoestima, resoluciones de fracaso e inclusive según estos autores a la presencia de depresión en el profesional afectado.

Conuerdo con los modelos antes expuestos dentro del margen del proceso del síndrome en cuanto a la importancia otorgada a la esfera psicológica, pues todos los datos aquí recogidos originan el deterioro cognitivo y sus consecuencias negativas interpersonales. Un empleado que experimenta una salud mental quebrantada no podrá rendir ni ayudar asertivamente a ningún beneficiario sea este un profesional de la salud o no, además de la exposición a trastornos tales como la depresión que seguramente por un tiempo lo deshabilitará parcialmente o totalmente del ambiente laboral.

1.4.4.4. *Modelo de la Teoría Estructural - Modelo de Gil Monte*

El modelo de Gil Monte mencionado por la misma autora Martínez (2010) manifiesta que se basa en la búsqueda etiológica de forma integradora, pues estos autores consideran

elementos tales como la organización y los antecedentes del trabajador de forma individual e interpersonal. Consecutivamente se forma de las teorías organizacionales donde el proceso de estrés originaria el malestar del profesional ya que miden en términos de afrontamiento y adaptación del sujeto frente al estrés.

Otro aporte de estos autores es la identificación de: “dos perfiles básicamente, dejando en evidencia la conducta y sus represalias, también está el perfil emocional donde se desencadenan pensamientos tales como la desilusión y la indolencia” (Camacho, 2016, p 37). Sin embargo, dejan claramente establecido la ausencia de la culpa en los profesionales como dato diferenciador de otros modelos, tal es el caso del modelo de Murphy ya que la depresión trae consigo sentimientos de culpabilidad.

Los aportes de origen integral siempre facilitaran al análisis y a la investigación de los datos expuestos, por lo tanto, es oportuno mencionar que, si la evidencia psicológica es vital, la presencia de la conducta del profesional trabajador afectado y las consecuencias negativas tanto personales como ambientales, orientarán la forma de intervención ante cualquier caso relacionado con el Síndrome de Burnout. La detección oportuna en estas dos áreas guiará el accionar profesional, otorgará ventaja para reestablecer o preparar al trabajador y evitar el abandono de sus actividades laborales.

1.5. Prevalencia del Burnout

Para el análisis de la prevalencia del síndrome de Burnout considero importante mencionar los resultados de diferentes estudios realizados en nuestro entorno y en medios internacionales tales como los realizados con personal sanitario de Cuba, otro en Centros de Salud de Navarra, España entre especialistas en atención primaria etc., han aportado datos concretos o por lo menos cercanos de la realidad y aunque existen variedad de estudios cabe mencionar que en nuestro país la investigación es limitada. Sin embargo, para facilitar cualquier estudio hay lineamientos a seguir por lo tanto la utilización de herramientas como inventarios son de gran utilidad. A continuación, enumeraré los elementos para conocer la prevalencia:

- Inventario de Maslach (MBI)
- Líneas de corte, es decir variables que van de leve, moderado, grave.
- Sector poblacional
- Profesión

El estudio realizado por Ojeda (2016) indica que estos elementos brindarán datos cuantitativos para el análisis de la prevalencia del Síndrome, mediante estudios llevados a cabo en el ámbito mundial y nacional, los cuales permiten determinar la prevalencia que se produce en los sujetos por la presencia del síndrome y han contribuido, con ello, a una mayor comprensión del mismo. (p.66)

1.5.1. Importancia del estudio del Burnout en Profesionales de la Salud

El autor Hernández (2003) sostiene que la importancia de realizar estudios en torno al síndrome de Burnout es debido a que, en la actualidad, las víctimas reportadas con fases de estrés se han originado de forma creciente, además, el involucramiento con las profesiones que se desempeñan con servicios humanitarios son más frecuentes, por lo tanto, existen datos que sirven de señal de alarma y, por tanto, la preocupación de conocer su etiología, incidencia, detección, tratamiento e, incluso, prevención de este síndrome.

1.5.2. Prevalencia en Profesionales de la Salud a nivel Mundial

El estudio realizado por Martínez (2010) manifiesta que la investigación sobre la prevalencia en profesionales médicos pediatras, generales, enfermeras y auxiliares de un centro de salud de atención primaria en España, considera tres áreas o dimensiones:

- Agotamiento

- Despersonalización
- Falta de realización personal

En vista del aumento de la prevalencia del síndrome de Burnout, en diferentes países, se ha visto la necesidad de desarrollar estudios sobre el tema. Una fortaleza de los países desarrollados, en comparación con aquellos en vías de desarrollo, es el acceso a las herramientas necesarias para realizar estudios sobre el Burnout (Hernández, 2003).

En base a lo expuesto, estudios realizados a nivel internacional, tal es el caso de Cuba, en la Habana, donde un estudio denominado prevalencia de estrés y Burnout, con 283 participantes, ha demostrado que el síndrome ha alcanzado cifras impresionantes en el área de la salud de atención primaria. Otro país con prevalencia relevante es Estados Unidos, donde el grupo de estudio fue a estudiantes de las carreras de Medicina, donde se obtuvo que un 45% mantienen prevalencia, los alumnos que están cursando los últimos años de carrera se encuentran atravesando por el proceso del síndrome. En Australia, según estudios, dejan en evidencia que el 28% de los estudiantes mostraban signos y síntomas del síndrome al iniciar su internado, y otros en el transcurso del internado, este porcentaje se elevaba hasta un 75%. Finalmente, en España, el cansancio emocional, que es una de las dimensiones planteadas por Maslach, proporciona datos sorprendentes entre los trabajadores del sector público al servicio de la Medicina (Hernández, 2003).

El autor Hernández (2003) afirma que “los resultados obtenidos en el estudio llevado a cabo en Madrid- España, proporcionan que la correspondencia es de 1 a 3, un profesional es afectado de cada tres o experimenta el síndrome de Burnout” (p.2).

1.5.3. Prevalencia en profesionales de la salud a nivel de Latinoamérica

Hernández (2003) sostiene que “El Burnout es un síndrome que, evidentemente, como la mayoría de patologías, no discrimina entre género, sector poblacional ni extracto socioeconómico. En consecuencia, los estudios llevados a cabo se iniciaron a partir de otros estudios ya elaborados en países desarrollados” (p.9). Ejemplo: Estados Unidos y España. Existen ciertas concordancias, pues la incidencia del Burnout sobresale en profesiones del área médica, afectando, así, a médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, e incluso, a estudiantes de la misma profesión.

A continuación, se presenta una tabla de referencia con el porcentaje encontrado en los diferentes países, gracias a un estudio denominado prevalencia del estrés y Burnout en profesionales de salud, atención primaria.

País	Grupo de Análisis	Prevalencia
Colombia	55	9%
Argentina	98	51%
Perú	132	42%
Bolivia	117	57%
Ecuador	86	34%

Fuente: Hernández (2003)

Cabe mencionar que las mujeres presentan mayor prevalencia entre los países latinoamericanos. Los resultados muestran que, en primer lugar, está en Bolivia, seguido de Argentina. Este estudio se facilitó debido a que se lo realizó vía online (Hernández, 2003).

Si la incidencia llega a tales magnitudes, el empleo de herramientas o instrumentos en nuestro medio resulta vital. Estos serán el medio efectivo de evidenciar o de dar a conocer, con exactitud, los sectores más vulnerables, y, como consecuencia, podríamos intervenir apropiadamente ante este Síndrome, ya que, notablemente, existen datos considerados de riesgos.

1.5.4. Prevalencia en Profesionales a nivel Nacional.

En nuestro medio, como ya se anotó anteriormente, no está estudiado con modelos ajustados, sin embargo, se ha logrado identificar que sí existen profesionales afectados con este síndrome. Se ha realizado un análisis de campo en Quito, con la finalidad de saber la incidencia en nuestro país con las siguientes especificaciones:

Este estudio se conformó con 117 empleados con roles diferenciales, siguiendo los cortes del modelo tridimensional de Maslach. Los aportes que se dieron a conocer indican que existen individuos propensos a experimentar el síndrome de Burnout en un total del 5%, y que 96 de los voluntarios profesionales habían pasado o están dentro del proceso del Síndrome. (Trujillo, 2011, p.19)

Según lo investigado, considero que la prevalencia en nuestro medio aún no es foco de interés, pero no significa que no existan personas que necesitan de la atención adecuada. Se tiende a generalizar y solo hablar del estrés sin profundizar, solapando, así, la temática del Burnout, que presenta sintomatología y consecuencias propias de este proceso. El seguir estudiando y buscando fuentes fiables de consulta, sería un inicio importante para nuestro medio.

1.6. Variables asociadas al Burnout

Enumerar las variables resulta no tan sencillo, pues son extensas e importantes para varios investigadores, quienes defienden a unas y descartan otras. Sin embargo, Gil Monte (citado por Parra, 2012) toma en cuenta la presencia de: “variables facilitadoras y otras inhibidoras, estas son de representación personal que ejecutan su acción sobre los estresores del individuo” (p.25).

Ciertos datos de gran interés se encontraron en torno a una investigación efectuada en España, donde se vincula al síndrome de Burnout con la incapacidad de mantener una inteligencia emocional, o, la escasa capacidad de afrontamiento de ciertos sucesos negativos

que, otras personas, lo solucionarían de forma óptima, derivada de la Inteligencia emocional, que no es más que la capacidad de procesar y asimilar el manejo de las emociones propias de cada persona.

Existen otros tipos de variables, las mismas que se detallan a continuación:

1.6.1. Variables Sociodemográficas en Profesionales de la Salud

El estudio desarrollado por Martínez (2010), menciona las siguientes variables:

Género: siendo que los varones tienden a puntuar más elevado que las mujeres en la dimensión correspondiente a la despersonalización propuesta por Maslach. Esto quedaría explicado por la consistencia de los roles hombre/mujer.

Estado civil: esta variable aporta valor cuando se pretende conocer la calidad de la relación que mantienen, ya que quedaría en evidencia el apoyo que pueden otorgarse en determinadas etapas.

La edad, años de experiencia, el rol que desempeñan, estabilidad laboral, número de hijos, son variables que, aunque han sido objeto de estudio, no se ha reconocido gran interés. Según Gil Monte Peiró, entre otros (citado en Martínez, 2010), al referirse a la variable edad asegura, que, a mayor edad, se supone una madurez psicológica que ayudaría al profesional a no padecer o presentar signos de desgaste emocional.

Por lo expuesto anteriormente, es menester contextualizar la realidad del medio en el que se ejecuta la investigación, ya que, el medio ambiente europeo difiere en temas sociales, culturales, laborales, creencias con el de Ecuador. Considero que muchas de las variables expuestas se tornarían significativas en una investigación en nuestro país, personalmente considero que es una realidad la sobrecarga de actividades asumidas culturalmente por las mujeres y la desvalorización de roles, factores que podrían resultar facilitadores para

desarrollar el síndrome de Burnout. Indiscutiblemente existe un nicho pendiente de investigación.

1.6.2. Variables Laborales en Profesionales de la Salud

Las variables, en este caso laborales, van a hacer las veces de reguladoras, por lo tanto, serían de significativo valor para evitar que se inicie o prolongue el desgaste a nivel profesional; entre las principales, según el estudio realizado por Jiménez (2003), están:

- Ausencia de recompensa en sus diversos niveles.
- Salarios escasos o bajos.
- Estabilidad laboral y económica (contrato poco estable)
- Adicción al trabajo (dedicación absoluta y continua al trabajo).
- Profesionales que manifiestan desafío en el trabajo (demostrar continuamente su capacidad laboral); ellos desarrollarían más despersonalización y menos realización personal.
- Trabajo por turnos (influye ritmos neurofisiológicos y cardiacos, los mismos que producen problemas de sueño y fatiga)
- Turnos laborales, rotaciones (trabajo nocturno tiene efectos de cansancio físico y mental).
- Inadecuación profesional (cuando el perfil personal no se adapta al perfil del puesto de trabajo que desempeña).

Estas pautas a considerar han demostrado, ya sea inhibición, o, por el contrario, facilidad, de experimentar el desgaste emocional, pues el proceso del síndrome se va a acelerar cuando, por ejemplo, la remuneración no es la adecuada y las jornadas son extensas, pues la

sobresaturación implica malestar y, sin recompensa, lo volvería al profesional vulnerable. En consecuencia, es oportuno considerar la relevancia de estas variables en cada uno de los casos, antes de solapar los signos y síntomas que se puede evidenciar y descartar o evitar prolongaciones innecesarias.

1.6.3. Variables asociadas a la personalidad en profesionales de la Salud.

Estas variables acontecen en: “personas empáticas, bastante sensibles, de carácter humanistas con tal grado de pasión profesional, en idealista y entusiastas” (Parra, 2012, p.25).

Se han obtenido registros sobre los profesionales altruistas que se vienen desempeñando por más de un año en el mismo entorno laboral; los datos han sugerido que tienden a padecer del síndrome de Burnout; la razón estaría dada en la poca gratificación y motivación al médico-enfermera y, si se le agrega la baja confianza en sí mismos, la incidencia tiende a aumentar.

Parra (2012) expresa algunos datos los cuales evidencian la existencia de profesionales que, debido a una mayor empatía con sus pacientes, tienden a absorber y dejarse ganar por el cansancio generado durante el día, ocasionando algunas consecuencias negativas debido a sus rasgos de personalidad; tal es el caso de profesionales que se frustran, que son intolerantes, que poseen un control inadecuado de los impulsos, baja autoestima, algunos obsesivos o minuciosos con su labor; todos estos presentarían el síndrome de Burnout.

1.6.4. Variables moduladoras ante situaciones de estrés en profesionales de la Salud.

Para este apartado, se enumerará las variables más relevantes mencionadas en Jiménez (2003), las que indican que las situaciones de estrés facilitarían al proceso o mantendrán los síntomas que interactuarán de forma negativa en el profesional:

1. Los vínculos Interpersonales, los mismos que aportarán gratificación en el profesional, esto en torno a eventos y circunstancias vividas.
2. La satisfacción que siempre otorga bienestar en las personas.
3. La autoestima, que oportunamente, dota a las personas de capacidades de afrontamiento más acordes a las necesidades.
4. Inteligencia emocional, que provee de una mejor comprensión y asimilación de situaciones negativas.
5. Organización a nivel institucional, cuando se es propietario de estrategias que facilitan o garantizan un clima de confort y sucesos de gratificación, se puede considerar que la estructura de la institución mantiene objetivos y metas a favor de sus empleados y garantizará un menor malestar.

Estas variables mencionadas, servirán de portadoras de sucesos de estrés cuando no sean tomadas en cuenta o desarrolladas por los profesionales en ejercicio de sus actividades laborales. Por tal motivo, deberían ser consideradas como buenas prácticas a nivel personal e institucional. En consecuencia, los niveles de estrés serán más fáciles de evitar o sujetos de detección, a tiempo, en cada uno de los colaboradores del sistema organizacional (Jiménez, 2003).

Todas las variables tienen su importancia y se las identifica debido a que, si bien no son consideradas por algunos autores como relevantes, no deben ser desechadas, pues, personalmente, pienso que deberían ser asignadas más a favor que en contra, es decir, si no precipitan a un desgaste, tampoco deben ser entendidas como negativas, más bien otorgan información propicia para detectar, prevenir o promover situaciones de bienestar.

CAPÍTULO 2
METODOLOGÍA

2.1. Objetivos

2.1.1. Objetivo General

Identificar la prevalencia del síndrome de Burnout y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización) en médicos/as y enfermeras y la relación con el número de pacientes atendidos en instituciones de salud ubicadas en la Zona 6, Distrito 1 que corresponde al sector norte de la ciudad de Cuenca, en el año 2017.

2.1.2. Objetivos específicos

Identificar la caracterización sociodemográfica y laboral de médicos y enfermeras que laboran en dos instituciones de salud ubicadas en el Distrito 1 de la ciudad de Cuenca.

Determinar las dimensiones del Burnout en médicos y enfermeras de dos instituciones de salud pertenecientes al Distrito 1 de la ciudad de Cuenca.

Identificar el malestar emocional en dos instituciones sanitarias pertenecientes al Distrito 1 de la ciudad de Cuenca.

Conocer los modos de afrontamiento más utilizados de los profesionales de salud de dos instituciones sanitarias pertenecientes al Distrito 1 de la ciudad de Cuenca.

Identificar el apoyo social procedente de la red social: vínculos informales y vínculos del lugar de trabajo en profesionales de la salud de las instituciones de dos instituciones sanitarias pertenecientes al Distrito 1 de la ciudad de Cuenca.

Determinar la relación entre el Burnout y el número de pacientes atendidos por día en los profesionales de la salud en las dos instituciones investigadas del Distrito 1 en la ciudad de Cuenca.

2.2. Preguntas de investigación:

¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales de la muestra investigada entre profesionales de la salud médicos y enfermeras que laboran en dos instituciones de salud ubicadas en el Distrito 1, de la ciudad de Cuenca?

¿Cuál es la prevalencia del síndrome de Burnout en los profesionales de salud médicos/as y enfermeras que laboran en dos instituciones de salud ubicadas en el Distrito 1, de la ciudad de Cuenca?

¿Cuál de las tres dimensiones del síndrome de Burnout es la que presenta un alto nivel entre los profesionales médicos y enfermeras que laboran en dos instituciones de salud ubicadas en el Distrito 1, de la ciudad de Cuenca?

¿Cuáles son los rasgos de personalidad y las características de salud mental de la muestra investigada, la cual se origina entre médicos y enfermeras que laboran en dos instituciones de salud ubicadas en el Distrito 1, de la ciudad de Cuenca?

¿Cuáles son los tipos de afrontamiento y apoyo social que evidencian médicos y enfermeras que laboran en dos instituciones de salud ubicadas en el Distrito 1, de la ciudad de Cuenca?

¿Cuál es la relación entre el Burnout y el número de pacientes atendidos por día en los profesionales de la salud en las dos instituciones investigadas del Distrito 1 en la ciudad de Cuenca?

2.3. Contexto de la investigación

La presente investigación evaluó a personal médico y de enfermería en dos instituciones de salud ubicadas en la Zona 6, Distrito 1 que corresponde al sector norte de la ciudad de Cuenca.

Una de ellas es un organismo de derecho privado, sin fines de lucro, que presta servicios en medicina general, medicina interna, pediatría, ginecología, obstetricia, neonatología, odontología, traumatología, urología, otorrinolaringología, gastroenterología y neurología. Ofrece también servicio de hospitalización, laboratorio, cirugía, farmacia, entre otros, la atención está orientada hacia estratos económicamente vulnerables de la ciudad y la provincia quienes pagan un valor significativo por la atención recibida. Las instalaciones son modernas, amplias, se observa mucho cuidado y asepsia en general. Se evidencia calidez en el trato a los pacientes y público en general; los administradores del hospital están atentos a su cumplimiento.

La segunda institución es de carácter público, los servicios que presta están orientados hacia la consulta externa en diferentes especialidades como: pediatría, ginecología, traumatología, urología, otorrinolaringología, psicología. Cuenta con servicio de laboratorio, rayos X y farmacia. Las instalaciones en donde funciona es un local antiguo, adaptado y refaccionado para cubrir los requerimientos actuales. De igual manera se observa un trato amable y respetuoso hacia los pacientes

2.4. Diseño de investigación

El método empleado en el presente estudio es exploratorio, el cual es definido por Hernández Sampieri, Fernandez & Baptista (2014) como el método en el que 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. En este caso particular, se recopila información entre médicos y enfermeras de dos instituciones de salud de la ciudad de Cuenca, las cuales manifiestan no haber participado en estudios similares y muestran mucho interés por conocer los resultados de la investigación.

El diseño de la investigación presentó las siguientes características: **cuantitativa**, la información analizada de los cinco instrumentos aplicados fue numérica; **no experimental** ya que no se manipularon las variables, por lo tanto se recopiló información sobre la experiencia personal, percepciones, sentimientos y en ambientes reales; **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 sobre la prevalencia del burnout y sus dimensiones entre profesionales de la salud, en dos instituciones de la ciudad de Cuenca; **exploratorio** por cuanto permite investigar las dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización como factores que inciden en la prevalencia del burnout; tema del cual no existen estudios en la ciudad de Cuenca, y se analiza para realizar un mejor trabajo. Es **correlacional** puesto que se valoró la relación que hay entre variables asociadas al fenómeno estudiado (Hernández Sampieri, et al., 2014) en este caso, la correlación existente entre el agotamiento emocional, la despersonalización y baja realización.

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, en horas laborables y en el ambiente hospitalario.

2.5. Muestra

- La población objeto de este estudio fue el personal médico y de enfermería que labora en dos instituciones, una de carácter público y otra privada sin fines de lucro, ubicadas en el Distrito 1, sector norte de la ciudad de Cuenca.
- La muestra fue de accesibilidad, no probabilística y accidental, la muestra fue de 41 profesionales de la salud (25 médicos/as y 16 enfermeras), sin embargo en el proceso de depuración de resultados la muestra procesadora de datos fue de 32 profesionales (20 médicos/as y 12 enfermeras) que laboran en las dos instituciones de salud mencionadas, las cuales y de acuerdo a la organización administrativa territorial de nuestro país, se

encuentran ubicadas en el Distrito Norte 1 de la ciudad de Cuenca, 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, documento que fue recopilado independientemente de las encuestas.

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.

2.6. Procedimiento

El desarrollo de esta investigación se realizó con el siguiente procedimiento:

Redacción del oficio de solicitud de acceso a las instituciones acompañado del protocolo de investigación.

Se concreta entrevista personal con los directivos de las dos instituciones a quienes se entrega personalmente la solicitud, el protocolo de investigación y se explica el propósito de la investigación.

Se obtiene la autorización para aplicar las encuestas, con lo que se procede a visitar las consultas de los médicos de cada institución. En este recorrido se cuenta con el acompañamiento de una funcionaria de cada institución, lo que facilita el acceso a los consultorios de los médicos.

A cada médico y/o enfermera se les da a conocer la finalidad de la investigación, se entrega el formulario de consentimiento informado el cual es receptado inmediatamente por la investigadora. Los cuestionarios son recopilados en una segunda o tercera visita a la institución de salud.

Se procede a sellar todos los formularios en la institución de salud respectiva, de tal forma que queda evidencia de su aplicación.

Al culminar este proceso se depuró la información descartando los cuestionarios que presentan inconsistencias en la información.

Finalmente, el procesamiento de datos se realizó a través del SPSS-23 se trabajó con datos descriptivo y correlaciones.

2.7. Instrumentos

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

2.7.1. Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC

Es el primer cuestionario a ser contestado, el cual está orientado a recopilar información sobre datos socio-económicos y laborales de los médicos y enfermeras participantes en la investigación. La información se enmarca en datos personales relacionados con género,

edad, zona de residencia, número de hijos, etnia, estado civil, ingresos mensuales y datos laborales como profesión, años de experiencia profesional, sector de trabajo, tipo de contrato, turnos, número de pacientes, recursos institucionales y clima laboral y otros.

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

El segundo cuestionario aplicado es el inventario de burnout de Maslach [MBI-HSS] versión española de Seisdedos (1997) el cual mide las tres dimensiones del síndrome, estos son: cansancio emocional, despersonalización y realización personal.

El cansancio emocional denota niveles de agotamiento emocional por causas relacionadas a factores laborales. La dimensión despersonalización, valora actitudes de distanciamiento y alejamiento emocional en el campo laboral y la dimensión realización personal, estima los niveles de satisfacción laboral. Todas estas valoraciones se lo realizan mediante una escala de Likert con puntuaciones entre 0 mínimo y 6 máximo que indica la frecuencia con que ha experimentado una de las situaciones descritas.

El cuestionario MBI contempla 22 ítems, constituidos de la siguiente forma:

Nueve ítems corresponden a agotamiento emocional; cinco se relacionan con despersonalización y ocho concernientes a realización personal.

En cuanto a las puntuaciones máximas posibles se evidencia que agotamiento emocional, alcanza 54 puntos; despersonalización, 30 puntos y realización personal, 48 puntos.

Gil Monte (2000), se refiere al cuestionario de Maslach y Jackson (1986); versión española de Seisdedos (1997) que, pese a no existir puntuaciones de corte a nivel clínico que reflejen la existencia o no del Síndrome de Burnout, se considera como referente puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización y valoraciones bajas en realización personal.

Lo concerniente a propiedades psicométricas, se toma como referencia a Gonzáles, Lacasta y Ordoñez (2008) que definen la consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach en niveles entre 0.7 y 0.9.

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

Cuestionario de auto administración que tiene como objetivo reconocer percepciones de las personas en relación a su estado de salud. Está constituido por 28 ítems que denotan la posibilidad de problemas psiquiátricos menores y condición de salud mental de los encuestados.

Según Lobo, Pérez-Echeverría y Artal (1986), citado en Feldman (2010), las propiedades psicométricas del cuestionario de salud mental consideran como punto de corte, el indicador 5/6 reflejaría la presencia de un caso factible, junto con sensibilidad en porcentaje del 84.6% y especificidad, 82%. El coeficiente Alfa de Cronbach se define en 0.89.

El cuestionario de Salud Mental GHQ-28, se valora a través de cuatro sub – escalas clasificadas en: Síntomas somáticos que evalúan cefaleas, molestias de salud en general, agotamiento; ansiedad hace referencia a situaciones de nerviosismo, pánico y disfunciones con el sueño; disfunción social, se relaciona con apreciaciones sobre actividades cotidianas y que se vincula con sentimientos de desvalorización personal.

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

Se define como una escala multidimensional, constituida por 28 afirmaciones relacionadas con la forma como las personas utilizan estrategias para manejar problemas y situaciones complicadas.

Según Vargas, Herrera, Rodríguez y Sepúlveda (2010) los tipos de afrontamiento que evalúa se relacionan con estrategias ejecutadas para solución de problemas las cuales se engloban en Afrontamiento activo; Auto distracción se relaciona con acciones que ayuden a apartar del pensamiento los problemas. La Negación engloba actitudes de eludir el problema para evitar su enfrentamiento.

Otras estrategias de afrontamiento tienen que ver con el uso de sustancias, los cuales se convierten en paliativos que no aportan a enfrentar el problema. Así como se puede acudir a ingerir sustancias, las personas pueden buscar en terceros afecto y apoyo para enfrentar los problemas, lo cual se integra en uso de apoyo emocional y apoyo instrumental hace referencia a la búsqueda de ayuda en personas que asisten en la problemática.

Otra forma de afrontamiento puede ser el desentenderse del problema esperando que se resuelva solo, a lo que los autores llaman retirada de comportamiento. El desahogo de los sentimientos causantes del problema es otro modo de actuar, así como se considera al replanteamiento positivo una forma de ver la situación conflictiva con positivismo y como una oportunidad de aprendizaje.

Se puede optar por la planificación como una estrategia que permite desarrollar un proceso para seguimiento del problema.

Existen varias formas de afrontamiento, entre ellos se cuenta con el humor, se puede optar por este estilo para restarle importancia al problema; la aceptación, partir de reconocer la existencia de un problema permite aceptar con serenidad; el reconocer que existe un problema; refugiarse en situaciones espirituales es otro estilo, el cual se integra en la estrategia religión y finalmente otra opción es autoculparse por las situaciones presentes lo que se asume como culpa de sí mismo.

El coeficiente Alfa de Cronbach se define en 0.50 y 0.80 para cada estrategia, según Carver (1997)

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

Es un cuestionario desarrollado por Survey; Sherbourne y Steward, 1991; versión española Revilla, Luna del Castillo, Bailón y Medina, (2005) el cual tiene como característica la autoadministración de los participantes.

El cuestionario MOS de apoyo social, presenta 20 ítems que permiten inferir la amplitud de la red social de apoyo con que cuentan las personas. Emplea una escala de Likert de 5 puntos, en la que, 1 es la más baja (nunca) y 5 la más alta (siempre).

Determina cuatro dimensiones de apoyo social definidas como: Apoyo emocional, relacionada con personas que ofrecen guía y consejo; la presencia de apoyo en el hogar está ligada con la dimensión Apoyo instrumental y la posibilidad de contar con alguien para comunicarse, entablar actividades en tiempo libre, amar y ser amado se engloba en Amor y cariño.

El coeficiente Alfa de Cronbach se define en 0.97 y para las subescalas entre 0.91 y 0.96.

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

El EPQR-A es un cuestionario de 24 ítems que valora la personalidad basado en tres factores, estos son: neuroticismo, extroversión y psicoticismo y sinceridad.

Las respuestas se categorizan en opciones SI y NO. La puntuación se cuantifica en 0 y 6, mientras más alta sea la puntuación mayor probabilidad de presencia del rasgo definido.

El coeficiente alfa de Cronbach se define de la siguiente manera para cada dimensión, según Sandín, Valiente, Montes, Chorot y Germán (2002) para extraversión 0.74, neuroticismo 0.78, psicoticismo 0.63 y sinceridad 0.54.

CAPÍTULO 3
ANÁLISIS Y REDACCIÓN DE RESULTADOS

El análisis e interpretación de las variables sociodemográficas se enfocará en los siguientes indicadores: características sociodemográficas de los profesionales de la salud; características laborales de los profesionales de la salud; y, percepción del clima laboral de los profesionales de la salud.

Tabla 1

Características sociodemográficas de los profesionales de la salud:

VARIABLES	Médicos		Enfermeras	
	N	%	N	%
Sexo				
Hombre	6.0	30.0	0.0	0.0
Mujer	14.0	70.0	12.0	100.0
Total de profesionales de la salud	20.0	62.5	12.0	37.5
Edad				
M	40.9		36.8	
DT	10.9		13.0	
Max	57.0		50.0	
Min	25.0		0.0	
Número de hijos/as				
M	1.4		1.5	
DT	1.1		1.0	
Max	3.0		3.0	
Min	0.0		0.0	
Etnia				
Mestizo/a	20.0	100.0	12.0	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	3.0	15.0	3.0	25.0
Casado/a	15.0	75.0	8.0	66.7
Viudo/a	0.0	0.0	0.0	0.0
Divorciado/a	2.0	10.0	1.0	8.3
Unión libre	0.0	0.0	0.0	0.0

Fuente: Cuestionario sociodemográfico AD HOC.

Elaborado por: Arpi Becerra, N.

De los datos obtenidos, en cuanto a sexo, entre los médicos/as, se evidencia mayor participación de profesionales mujeres con el 70% y hombres 30%. En el caso de enfermeras las participantes son exclusivamente del sexo femenino, 100%. En relación al total de los participantes en el estudio: el 67.5% son médicos/as y el 37.5% enfermeras. La edad promedio de los/as médicos se ubica en 40.9 años, mientras que en las enfermeras la media es 36.8 años. En relación al estado civil el 75% de los médicos y el 66.7% de enfermeras son

casados. Los profesionales médicos reportan un promedio de 1.4 hijos y en el caso de las enfermeras la media es 1.5 hijos. El 100% de los profesionales investigados se definen como mestizos.

En la siguiente tabla se hará un análisis sobre datos relacionados con ingresos mensuales, sector en el que trabaja, tipo de contrato, recursos institucionales, trabajo en turnos y la media de datos sobre experiencia profesional, horas diarias de trabajo y pacientes/día atendidos.

Tabla 2

Características laborales de los profesionales de la salud:

VARIABLES	Médicos		Enfermeras	
	N	%	N	%
Ingresos mensuales				
0 a 1000	0.0	0.0	7.0	58.3
1001 a 2000	13.0	65.0	5.0	41.7
2001 a 3000	7.0	35.0	0.0	0.0
3001 a 4000	0.0	0.0	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>	12.4		12.1	
<i>DT</i>	9.2		4.7	
Max	30.0		19.0	
Min	1.0		2.0	
Sector en el que trabaja				
Público	13.0	65.0	4.0	40.0
Privado	3.0	15.0	5.0	50.0
Ambos	4.0	20.0	1.0	10.0
Tipo de contrato				
Eventual	2.0	10.0	1.0	8.3
Ocasional	1.0	5.0	0.0	0.0
Plazo fijo	1.0	5.0	0.0	0.0
Nombramiento	11.0	55.0	11.0	91.7
Servicios profesionales	0.0	0.0	0.0	0.0
Ninguno	5.0	25.0	0.0	0.0
Horas diarias de trabajo				
<i>M</i>	10.7		8.6	
<i>DT</i>	4.9		1.4	
Max	24.0		10.0	
Min	7.0		6.0	
Nº de pacientes/día				
<i>M</i>	21.4		20.3	
<i>DT</i>	7.3		27.1	
Max	30.0		100.0	
Min	5.0		1.0	

Recursos Institucionales				
Totalmente	6.0	30.0	3.0	25.0
Mediadamente	11.0	55.0	9.0	75.0
Poco	3.0	15.0	0.0	0.0
Nada	0.0	0.0	0.0	0.0
Turnos				
Si	8.0	40.0	9.0	75.0
No	12.0	60.0	3.0	25.0

Fuente: Cuestionario de variables laborales AD HOC.

Elaborado por: Arpi Becerra, N.

Con relación a las características laborales de los profesionales de la salud, se observa que en el caso de los médicos/as, el 65% percibe un salario ubicado entre 1001 a 2000 dólares mensuales, mientras que el 58.3% de las enfermeras reportan sus ingresos entre 0 a 1000 dólares mensuales. La información relacionada con el sector en el que trabajan, reporta que el 60% de los médicos pertenecen al sector público y el 50% de las enfermeras al sector privado. Con respecto al tipo de contratación, refieren nombramiento el 55% de los/as médicos/as y el 91.7% de las enfermeras. En relación a los recursos necesarios que reciben de la institución, coinciden en el rango medianamente el 55% de médicos/as y el 75% de enfermeras. Se reporta que el 75% de las enfermeras trabajan en turnos y el 60% de los médicos/as no lo hace en esta modalidad.

Los datos sobre experiencia profesional, indican que los médicos/as tienen 12.4 años de servicio y las enfermeras 12.1 años de servicio promedio. En cuanto a las horas de trabajo, la media para los médicos es de 10.7 horas y para las enfermeras 8.6 horas diarias. Con respecto al número de pacientes atendidos por día, los médicos presentan una media de 21.4 pacientes y las enfermeras 20.3 pacientes atendidos.

La siguiente tabla recoge información sobre la percepción del clima laboral de los profesionales de la salud en una escala definida para cada variable en el rango de nada, poco, bastante y totalmente.

Tabla 3

Percepción del clima laboral de los profesionales de la salud:

		Profesión			
		Médico		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
¿Cuán valorado se siente por sus pacientes?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	3	15.8%	1	10.0%
	Bastante	7	36.8%	7	70.0%
	Totalmente	9	47.4%	2	20.0%
¿Cuán valorado se siente por los familiares de los pacientes?	Nada	1	5.3%	0	0.0%
	Poco	4	21.1%	2	20.0%
	Bastante	4	21.1%	5	50.0%
	Totalmente	10	52.6%	3	30.0%
¿Cuán valorado se siente por sus compañeros de profesión?	Nada	0	0.0%	1	10.0%
	Poco	1	5.3%	0	0.0%
	Bastante	12	63.2%	6	60.0%
	Totalmente	6	31.6%	3	30.0%
¿Cuán valorado se siente por los directivos la institución?	Nada	0	0.0%	1	10.0%
	Poco	5	26.3%	1	10.0%
	Bastante	7	36.8%	4	40.0%
	Totalmente	7	36.8%	4	40.0%
¿Está satisfecho con el trabajo que realiza?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	1	5.0%	0	0.0%
	Bastante	7	35.0%	3	25.0%
	Totalmente	12	60.0%	9	75.0%
¿Está satisfecho en su interacción con los pacientes?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	0	0.0%	0	0.0%
	Bastante	9	45.0%	3	25.0%
	Totalmente	11	55.0%	9	75.0%
¿Está satisfecho con el apoyo brindado por parte de los directivos de la institución?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	8	40.0%	3	25.0%
	Bastante	6	30.0%	2	16.7%
	Totalmente	6	30.0%	7	58.3%
¿Está satisfecho con la colaboración entre compañeros de trabajo?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	3	15.0%	3	25.0%
	Bastante	13	65.0%	5	41.7%
	Totalmente	4	20.0%	4	33.3%
¿Está satisfecho con la valoración global de su experiencia profesional?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	1	5.0%	2	16.7%
	Bastante	7	35.0%	3	25.0%
	Totalmente	12	60.0%	7	58.3%
¿Está satisfecho con su situación económica?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	5	25.0%	2	16.7%
	Bastante	10	50.0%	2	16.7%
	Totalmente	5	25.0%	6	50.0%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y clima laboral AD HOC.

Elaborado por: Arpi Becerra, N.

En la pregunta relacionada con la valoración que sienten de sus pacientes, es importante observar que los médicos se sienten totalmente valorados por el 47.4% de sus pacientes y el 52.6% por parte de los familiares de sus pacientes. Con respecto al ámbito laboral, el 63.2% expresan sentirse bastante valorados por sus compañeros de profesión y por los directivos; expresan bastante y total valoración en un porcentaje del 36.8% para cada opción, de igual manera, expresan total satisfacción hacia su trabajo el 60% de los médicos/as participantes. Con relación al nivel de satisfacción con la interacción con sus pacientes, el 45% expresa bastante satisfacción y el 55% se siente totalmente satisfecho, es importante observar que las alternativas poco y nada presentan 0%. Al referirse al nivel de satisfacción por el apoyo brindado por los directivos institucionales, las opciones bastante y totalmente satisfechos, presentan un 30% para cada una; sobre la colaboración de sus compañeros de trabajo el 65% de participantes expresan sentir bastante satisfacción y el 60% se siente totalmente satisfecho con la valoración global de su experiencia profesional, así como, el 50% indica bastante satisfacción con su situación económica.

Con relación a las profesionales enfermeras, los resultados indican que el 70% se siente bastante valorado por sus pacientes y el 50% por los familiares de sus pacientes; en relación a la valoración de sus compañeros de profesión mencionan sentirse bastante valoradas el 60% y la percepción en relación a los directivos denota que las opciones bastante y totalmente valoradas presentan un porcentaje igual, 40% cada uno. El 75% de profesionales consultadas, indican sentirse totalmente satisfechas con el trabajo que realizan, así como con la interacción con sus pacientes. En lo referente al apoyo que reciben desde los directivos institucionales, el 58.3% refieren sentirse totalmente satisfechas y, el 41.7% mencionan bastante satisfacción en el ítem relacionado con la colaboración entre compañeros de trabajo. El 58.3% de participantes indican satisfacción total por la valoración global de su experiencia profesional, así mismo, el 50% se siente totalmente satisfecha con su situación económica.

La siguiente tabla presenta los resultados relacionados con el Inventario de Burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson, 1986); se analizará las dimensiones agotamiento emocional y despersonalización en niveles altos, y realización personal en niveles bajos.

Tabla 4*Dimensiones del Burnout en los profesionales de la salud:*

		Profesión			
		Médico		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Agotamiento emocional	Bajo	5	25,00%	9	75,00%
	Medio	8	40,00%	2	16,70%
	Alto	7	35,00%	1	8,30%
Despersonalización	Bajo	10	50,00%	9	75,00%
	Medio	6	30,00%	3	25,00%
	Alto	4	20,00%	0	0,00%
Realización personal	Bajo	9	45,00%	4	33,30%
	Medio	6	30,00%	2	16,70%
	Alto	5	25,00%	6	50,00%

Fuente: Inventario de Burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson, 1986).**Elaborado por:** Arpi Becerra, N.

En lo concerniente a la dimensión agotamiento emocional, se evidencia que el 35% de médicos/as consultados presenta un nivel alto y tan solo el 8.3% de enfermeras están en este nivel. La dimensión despersonalización, niveles altos, los datos de los médicos/as refieren un porcentaje del 20% y las enfermeras 0%.

En la dimensión realización personal, el 45% de médicos y el 33.3% de enfermeras se encuentran en nivel bajo.

Tabla 5*Casos de Burnout en los profesionales de la salud:*

		Profesión			
		Médico		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Burnout	No presencia	19	95,00%	12	100,00%
	Presencia	1	5,00%	0	0,00%

Fuente: Inventario de burnout de Maslach (Maslach Burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson, 1986).**Elaborado por:** Arpi Becerra, N.

De acuerdo al Inventario de Burnout de Maslach (1986) aplicado en el estudio, se evidencia que existe un caso de Burnout entre los profesionales médicos/as de salud participantes, lo que corresponde al 5%. Entre las enfermeras no se reporta ningún caso.

En la siguiente tabla se analizará el Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire [GHQ-28]; Goldberg y Hillier, 1979), que estudia el malestar emocional detectado entre los profesionales de la salud investigados.

Tabla 6

Malestar emocional de los profesionales de la salud:

		Profesión			
		Médico		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Síntomas somáticos	No caso	8	40.0%	6	50.0%
	Caso	12	60.0%	6	50.0%
Ansiedad	No caso	7	35.0%	5	41.7%
	Caso	13	65.0%	7	58.3%
Disfunción social	No caso	19	95.0%	11	91.7%
	Caso	1	5.0%	1	8.3%
Depresión	No caso	17	85.0%	11	91.7%
	Caso	3	15.0%	1	8.3%

Fuente: Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire [GHQ-28]; Goldberg y Hillier, 1979)

Elaborado por: Arpi Becerra, N.

Los porcentajes referidos para síntomas somáticos se ubican en 60% para médicos/as y 50% en enfermeras. En el caso de ansiedad, los médicos/as reportan 65% y las enfermeras el 58.3%; se evidencia un nivel de recurrencia más alto entre los médicos/as en las dos variables analizadas. En disfunción social se registra el 5% en médicos, porcentaje superado por el de las profesionales de enfermería, que representa el 8.3%. En lo que respecta a depresión, se presenta el 15% en médicos y el 8.3% en enfermeras. En general, en cuanto al malestar emocional, se detecta que los síntomas somáticos y de ansiedad son los de mayor recurrencia en médicos/as y enfermeras

En la siguiente tabla se analiza los datos recabados en el Inventario COPE-28 (Brief COPE; Carver, 1997); en el análisis, se compara las medias más altas presentes en cuatro variables.

Tabla 7

Estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud:

	Profesión							
	Médico				Enfermero/a			
	M	DT	Máx.	Mín.	M	DT	Máx.	Mín.
Auto distracción	1.7	1.7	5.0	.0	1.6	1.7	4.0	.0
Afrontamiento activo	2.5	2.0	6.0	.0	2.3	2.4	6.0	.0
Negación	1.1	1.4	4.0	.0	.8	1.2	3.0	.0
Uso de sustancias	.3	.8	3.0	.0	.1	.3	1.0	.0
Apoyo emocional	.8	1.4	4.0	.0	.6	.8	2.0	.0
Apoyo instrumental	1.4	1.4	4.0	.0	1.0	1.1	3.0	.0
Retirada de comportamiento	1.2	1.4	4.0	.0	.5	.8	2.0	.0
Desahogo	1.3	1.4	5.0	.0	.6	.9	2.0	.0
Replanteamiento positivo	2.3	1.7	6.0	.0	1.5	2.0	6.0	.0
Planificación	2.2	1.9	6.0	.0	1.2	1.5	5.0	.0
Humor	.9	1.3	4.0	.0	.5	.9	2.0	.0
Aceptación	2.1	1.7	6.0	.0	1.1	1.4	4.0	.0
Religión	2.5	2.1	6.0	.0	1.1	1.4	4.0	.0
Culpa de sí mismo	1.1	1.2	4.0	.0	.6	.8	2.0	.0

Fuente: Inventario COPE-28 (Brief COPE; Carver, 1997).

Elaborado por: Arpi Becerra, N.

En lo relacionado a estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud, entre los médicos los valores medios más altos están dados a: afrontamiento activo, 2.5; replanteamiento positivo, 2.3; planificación, 2.2 y religión, 2.5.

Los valores medios sobresalientes en el grupo de las enfermeras son: autodistracción 1.6; afrontamiento activo 2.3; replanteamiento positivo 1.5; planificación 1.2. El indicador afrontamiento activo, presenta valores similares en médicos y enfermeras.

La siguiente tabla presenta los resultados relacionados con el Cuestionario de Apoyo Social MOS y su análisis se realizará estableciendo una comparación de la media más alta entre los dos grupos en estudio.

Tabla 8*Percepción del apoyo social de los profesionales de la salud*

	Profesión							
	Médico				Enfermero/a			
	M	DT	Máx.	Mín.	M	DT	Máx.	Mín.
Apoyo emocional	73.8	28.5	100.0	20.0	82.5	24.2	100.0	32.5
Apoyo instrumental	70.3	24.9	100.0	20.0	82.9	22.7	100.0	35.0
Relaciones sociales	75.0	25.6	100.0	20.0	85.4	22.1	100.0	30.0
Amor y cariño	87.4	20.9	100.0	20.0	87.2	22.6	100.0	26.7

Fuente: Cuestionario de Apoyo Social MOS (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Steward, 1991).

Elaborado por: Arpi Becerra, N.

En los resultados sobre la percepción del apoyo social de los profesionales de la salud investigados, se determina que, la media más alta es la relacionada con amor y cariño tanto en médicos con el 87.4 como en enfermeras con el 87.2; luego viene relaciones sociales con la media de 75 para los médicos/as y 85.4 para personal de enfermería; a continuación los médicos refieren apoyo emocional con 73.8, las enfermeras presentan 82.5 y, finalmente, apoyo instrumental con 70.3 para los médicos y 82.9 para enfermeras.

En la siguiente tabla, se analiza los datos recabados en el Cuestionario de Personalidad de Eysenck Revisado-Abreviado (Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated [EPQR-A]); Francis. Brown y Philipchalk, 1992).

Tabla 9*Rasgos de personalidad de los profesionales de la salud*

	Profesión							
	Médico				Enfermero/a			
	M	DT.	Máx.	Mín.	M	DT.	Máx.	Mín.
Neuroticismo	2.3	2.0	6.0	.0	.7	1.0	3.0	.0
Extroversión	4.7	1.7	6.0	.0	4.8	1.1	6.0	3.0
Psicoticismo	1.3	1.2	4.0	.0	1.4	.8	3.0	.0

Fuente: Cuestionario de Personalidad de Eysenck Revisado-Abreviado (Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated [EPQR-A]); Francis. Brown y Philipchalk, 1992).

Elaborado por: Arpi Becerra, N.

El rasgo más alto definido en el cuestionario de personalidad, en los dos grupos, se refiere a extroversión, que presenta una media de 4.7 en médicos/as y 4.8 en personal de enfermería. En segundo lugar, en los médicos, se ubica la media relacionada con neuroticismo, con 2.3,

y, finalmente, psicoticismo, con 1.3. Los datos de las enfermeras denotan que, en segundo lugar, está la media referida a psicoticismo, con 1.4, y, finalmente, neuroticismo, con 0.7.

Tabla 10

Correlación entre número de pacientes, Burnout y sus dimensiones

	Número de pacientes		
	<i>r</i>	<i>p</i>	n
Burnout	.575**	.001	32
Agotamiento emocional	.633**	.000	32
Despersonalización	.214	.240	32
Realización personal	.160	.383	32

Fuente: Cuestionario de Personalidad de Eysenck Revisado-Abreviado (Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated [EPQR-A]); Francis. Brown y Philipchalk, 1992).

Elaborado por: Arpi Becerra, N.

La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

La Tabla 10 nos muestra una correlación muy significativa entre pacientes atendidos por día y síndrome de burnout $r(32) = .575, p = .001$, es decir que mientras mayor sea el número de pacientes mayor es la posibilidad de presencia del síndrome de burnout. En base a la relación entre número de pacientes y agotamiento emocional existe una correlación muy significativa entre estas variables, $r(32) = .633, p = .000$. Por consiguiente, mientras más sea la cantidad de pacientes atendidos, mayor será el agotamiento emocional. Finalmente, la correlación entre número de pacientes y las dimensiones restantes (despersonalización y realización personal) no es significativa.

CAPÍTULO 4
DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En la investigación realizada, de acuerdo a las variables sociodemográficas resaltantes, se puede establecer que, en relación al total de los integrantes de la muestra, el 67.5% son médicos/as, y, el 37.5% son enfermeras; la edad promedio del personal médico se ubica en 40.9 años, mientras que, en las enfermeras, la media es 36.8 años. En cuanto a género, entre los médicos/as, se evidencia mayor participación de profesionales mujeres, con el 70%, y, hombres, con el 30%; en el personal de enfermería, las participantes son, en su totalidad, 100% del género femenino. En cuanto al estado civil, el 75% de los médicos/as y el 66.7% de enfermeras son casados. Los profesionales médicos reportan un promedio de 1.4 hijos, y, en el caso de las enfermeras, la media es 1.5 hijos. La totalidad de los profesionales investigados se define como mestizos.

Mediante el análisis de las variables sociodemográficas se intenta averiguar si éstas actuarían como moduladoras o desencadenantes para el desarrollo del proceso del Síndrome de Burnout y su prevalencia, pues, algunas de ellas, actuarían como riesgosas para su aparición; por ejemplo, existen diversos estudios que plantean que el género femenino es más propenso al desgaste emocional y que los médicos varones tienen tendencia a la despersonalización, tal como plantea Maslach (2001), lo cual se explicaría por la consistencia de los roles hombre/mujer.

Los datos obtenidos, en términos de generalización, proyectan que el 5% de casos presenta Síndrome de Burnout en el personal médico y ninguno en el de enfermería. En la primera dimensión, que corresponde a agotamiento emocional (AE), se encontró en nivel alto un 35% en médicos y un 8.3% en enfermeras. En el nivel alto de despersonalización (DP) se registra 20% en los médicos y 0% en las enfermeras. En la dimensión realización personal (RP), el 45% de médicos y el 33.3% de enfermeras se encuentran en nivel bajo.

Los valores expuestos, podrían estar marcados por el manejo adecuado de las estrategias de afrontamiento, que es una de las variables a la que recurren los profesionales, siendo, el afrontamiento activo y la planificación, a las que más acuden, a lo que se agrega la personalidad de cada profesional y también el hecho de que la extroversión tiene un porcentaje mayor en los médicos y similar en las enfermeras. Tal como plantea Jiménez (2003), lo fundamental son las interacciones que posee cada persona en su lugar de trabajo, referidas a competencia, autonomía y participación, y, además, en la toma de decisiones y

colaboración con el paciente, factores que, al ser llevados a cabo de manera óptima, evitan el apareamiento del síndrome.

Sin embargo, los datos demuestran que tan sólo el 35% en los médicos y el 8.3% en las enfermeras registran cansancio emocional, siendo menor el porcentaje de desgaste en las mujeres. En despersonalización, en el nivel alto el 20% corresponde a médicos y el 0% a mujeres. Consecuentemente, la muestra de este estudio, al estar conformada por mayoría de personas del género femenino, y, de acuerdo a las dimensiones alcanzadas, se puede establecer que el comportamiento de la variable género, en este caso, registraría cierta relevancia en la aparición del Burnout, tal como plantea Maslach (2001), situación que queda demostrada por el bajo índice de desgaste que presenta el personal femenino del grupo de enfermería, a pesar de que, Hernández (2003) establece que el Burnout es un síndrome que no discrimina entre género, sector poblacional ni extracto socioeconómico, pues todo depende de la actitud que asuma cada individuo frente a situaciones estresantes.

En la variable edad, el promedio de los participantes es de 40.9 años en los médicos y 36.8 años en las enfermeras; el grupo de enfermeras muestra menor propensión a presentar el Síndrome.

Las variables sociodemográficas, no resultan, en sí, muy significativas para el apareamiento del Síndrome. La edad, los años de experiencia, el rol que desempeñan, mantener una plaza estable con ingresos fijos, el número de hijos, son variables que, aunque han sido objeto de estudio, no presentan gran interés, tal es el caso de la edad, pues se asegura que, a mayor edad, se supone una madurez psicológica que ayudaría al profesional para no padecer o presentar signos del desgaste, tal como expone Martínez (2010). Sin embargo, para este estudio, en la variable referida al estado civil, se debe considerar el tipo de apoyo que perciben y reciben de sus parejas, ya que estas variables actuaron como protectoras.

En lo referente a las variables laborales, en el caso de los médicos/as, el 65% percibe un salario ubicado entre 1001 a 2000 dólares mensuales, mientras que el 58.3% de las enfermeras reportan sus ingresos entre 0 a 1000 dólares mensuales; esto concuerda con estudios realizados en otros países, en los que se evidencia que el nivel de remuneración actuaría como variable protectora. El sueldo, al no recibirlo a tiempo y acorde a la profesión,

genera niveles de estrés y ansiedad, que sumarían en las dimensiones del Burnout, es decir que la realidad económica es un factor determinante (Jiménez, 2003).

Los datos sobre experiencia laboral indican que, en promedio, los médicos/as tienen 12.4 años de servicio y las enfermeras 12.1 años. La información relacionada con el sector en el que trabajan, reporta que el 60% de los médicos pertenecen al sector público y el 50% de las enfermeras al sector privado. Con respecto al tipo de contratación, tienen nombramiento el 55% de los médicos y el 91.7% de las enfermeras. En relación al número de pacientes atendidos por día, los médicos presentan una media de 21.4 pacientes y las enfermeras 20.3 pacientes. En cuanto a las horas de trabajo, la media para los médicos es de 10.7 horas y para las enfermeras 8.6 horas diarias. En relación a la variable recursos necesarios recibidos de la Institución, el 55% de médicos y el 75% de enfermeras responde que medianamente.

La correlación entre número de pacientes atendidos por día y las dimensiones para el síndrome es muy significativa, en el nivel 0.01 (bilateral), es decir que mientras mayor sea el número de pacientes mayor es la posibilidad de presencia del síndrome de Burnout. También existe una correlación muy significativa entre número de pacientes y agotamiento emocional, pues, mientras más sea la cantidad de pacientes atendidos, mayor será el agotamiento emocional. Al respecto, Freudemberger (1970) (citado en Herrer, 2009), manifiesta que los problemas de cansancio y fatiga, más un vacío interior en el ámbito social, que se presentan en profesionales vinculados al área de la salud, llevan, a estas personas, a padecer Burnout.

En el grupo de estudio, según los datos obtenidos, la correlación entre número de pacientes y las dimensiones restantes (despersonalización y realización personal) no resulta significativa.

El estudio, en forma general, no revela datos significativos para el Síndrome de Burnout; no obstante, se evidencia que sí contribuyen a un desgaste del profesional, haciendo hincapié, según los datos obtenidos, en los medianos recursos provenientes de la institución en la cual se desempeñan, lo que ocasiona incertidumbre en el empleado (Parra, 2012).

En la percepción que posee el personal médico, referida a sentirse valorado por sus pacientes, familiares, compañeros e institución, es importante observar que los médicos se sienten totalmente valorados, con el 47.4% de sus pacientes, y el 52.6% por parte de los familiares de sus pacientes; el 63.2% expresa sentirse bastante valorado por sus compañeros de profesión y por los directivos de la institución; en cuanto a la satisfacción que experimentan por su labor, el 60% de los médicos se siente totalmente satisfecho.

Al respecto, Jiménez (2003) manifiesta que, entre las variables moduladoras ante situaciones de estrés en profesionales de la Salud están: vínculos interpersonales, satisfacción, autoestima, organización a nivel institucional; estas variables servirán de portadoras de sucesos de estrés cuando no sean tomadas en cuenta o cuando simplemente no existan en pro de los profesionales en ejercicio de sus actividades laborales. En el otro escenario, al estar presentes estas variables de manera positiva, los niveles de estrés serán más fáciles de evitar o sujetos de detección, a tiempo, en cada uno de los colaboradores del sistema organizacional.

En el grupo de los médicos, otra variable de interés, es la interacción con sus pacientes, donde un 55% afirma sentirse totalmente satisfecho; es importante observar que las alternativas poco y nada presentan 0%. En apoyo brindado por los directivos institucionales, las opciones bastante y totalmente satisfechos registran el 30% para cada grupo. En la valoración global de su experiencia profesional, el 60% se siente totalmente satisfecho, y, en su situación económica, el 50% refiere estar bastante satisfecho.

En el grupo de enfermería, en lo referente a la valoración que poseen con respecto a sus pacientes y familiares, el 70% se siente bastante valorado por sus pacientes y el 50% por los familiares de sus pacientes. En relación a la valoración de sus compañeras de profesión, el 60% afirma sentirse bastante valoradas. Respecto a la valoración de su trabajo, por parte de los directivos institucionales, las opciones “bastante” y “totalmente” presentan un porcentaje del 40%.

El 75% de profesionales consultados, indica sentirse totalmente satisfecho con el trabajo que realizan, así como con la interacción con sus pacientes. En lo referente al apoyo que reciben desde los directivos institucionales, el 58.3% refieren sentirse totalmente satisfechas y, el

41.7% mencionan bastante satisfacción en el ítem relacionado con la colaboración entre compañeros de trabajo. El 58.3% de participantes indican satisfacción total por la valoración global de su experiencia profesional.

Como establece Parra (2012), en el modelo de autoeficacia de Cherniss, desde la teoría socio-cognitiva, respecto a la eficacia percibida como opiniones que los individuos poseen sobre sus destrezas para tener control sobre la resolución de lo que les afecta, las circunstancias y características laborales de una organización o institución conllevan a los trabajadores a desarrollar o no sentimientos de éxito, con lo cual, si se sienten exitosos, lograrán evitar la presencia del síndrome, en tanto que si tienen un sentimiento de fracaso, de frustración, estarán muy propensos al desarrollo del Burnout. Por estas razones, se puede colegir que, en la muestra de este estudio, prevalece la satisfacción, lo que hace que no estén propensos a desarrollar el Síndrome, a excepción de un caso que, en primera instancia, viene marcado por el nivel de agotamiento emocional.

En relación a síntomas somáticos, no se evidencia sintomatología en los profesionales investigados. Las variables ansiedad, depresión y disfunción social no presentan porcentajes que lleven a inferir la posibilidad de presentar el Síndrome de Burnout, salvo en un caso detectado.

Pese a la existencia de apenas el 5% de casos con el síndrome, la existencia de profesionales médicos con síntomas de ansiedad y somáticos, deberían tomarse en cuenta, pues la suma de otras variables, podría sugerir la existencia de personas en riesgo. Se encontró que los médicos muestran mayor predisposición a desarrollar ansiedad en relación a las enfermeras, situación que, según los datos recabados, se debe a que ellos trabajan más horas que las enfermeras y, es directamente sobre quienes recae la responsabilidad del diagnóstico, tratamiento y mejoría del paciente. Como manifiesta Martínez (2010), la ansiedad, como un síntoma psicossomático, se presenta como resultado de las demandas laborales excesivas, que sobrepasan la capacidad del recurso humano existente en una institución, produciéndose un sobreesfuerzo del profesional.

En lo referido a las estrategias de afrontamiento, en los médicos, los valores medios más altos están en afrontamiento activo, replanteamiento positivo, planificación y religión; y, en

las enfermeras están en autodistracción, afrontamiento activo, replanteamiento positivo y planificación. El afrontamiento activo, tanto para los médicos como para las enfermeras, es la estrategia más empleada, actitud positiva que evita la negación y autoculpabilidad, factores que estimularían el desarrollo del síndrome. Parra (2012) plantea que existen variables facilitadoras y otras inhibidoras para el Síndrome, variables que son de representación personal, que ejecutan su acción sobre los estresores de la persona.

En los resultados sobre la percepción del apoyo social de los profesionales de la salud investigados, se determina que, la media más alta es la relacionada con amor y cariño tanto en médicos, con el 87.4, y en enfermeras, con el 87.2; luego viene relaciones sociales con la media de 75 para los médicos y 85.4 para personal de enfermería; seguido de apoyo emocional para los médicos con un 73.8 y para las enfermeras con un 82.5, y, por último, apoyo instrumental con 70.3 para los médicos y 82.9 para las enfermeras. Al respecto, Martínez (2010) plantea que toda distribución organizacional conserva un sistema de apoyo social y que este surge a la par con el clima laboral, por lo que el sistema puede ser mantenido y mejorado toda vez que el clima laboral también mejore, de modo que, las razones éticas que gobiernan la distribución organizacional, la cultura y el apoyo social, permiten predecir en qué medida las organizaciones inducirán a sus integrantes al estrés.

Maslach (1988) menciona que, los aspectos de personalidad, aunque, por sí solos, no son factores que apresuren el diagnóstico de Burnout en los profesionales, los rasgos tales como el neuroticismo estarían en vinculación directa con el síndrome. Con respecto a la realización personal, extroversión y despersonalización, Carrera (2012) sostiene que, estarían influenciadas, de forma negativa, por el neuroticismo.

Según Parra (2012), existen profesionales de la salud que, debido a una mayor empatía con sus pacientes, tienden a absorber y rendirse ante el cansancio generado durante el día, ocasionando algunas consecuencias negativas debido a sus rasgos de personalidad; tal es el caso de profesionales que se frustran, que son intolerantes, que no poseen un control adecuado de los impulsos, baja autoestima, algunos obsesivos o minuciosos con su labor; todos estos presentarían el Síndrome de Burnout. El cansancio emocional, que es una de las dimensiones planteadas por Maslach (1988), proporciona datos sorprendentes entre los trabajadores al servicio de la medicina.

De acuerdo a los resultados conseguidos, se evidencia que tanto médicos como enfermeras revelan cifras representativas en extroversión, no así en los puntajes referidos a neuroticismo y psicoticismo. En el caso de los médicos, se observa datos importantes relacionados con la dimensión desgaste emocional, 35% nivel alto, lo cual conlleva cierto riesgo, si bien no para desarrollar el síndrome, si para modificar abruptamente el humor. Esta característica unida a variables no moduladores, podría desentrañar en diagnóstico de desgaste profesional o de estrés (Jiménez, 2003).

CONCLUSIONES

1. Una vez analizadas cada una de las dimensiones del Síndrome de Burnout, en la muestra tomada en profesionales de la salud (médicos y enfermeras), se detectó que la mayor parte no presenta signos preocupantes de desarrollo del Síndrome. Sin embargo, se reconoce que el 5% de médicos sí lo ha desarrollado.
2. En su mayoría, las variables sociodemográficas, características laborales y las percepciones de los profesionales, en esta investigación, actúan como variables protectoras para el no desencadenamiento del Síndrome.
3. El apoyo social que reciben los profesionales de la salud se relaciona con amor y cariño, relaciones sociales, apoyo emocional y apoyo instrumental, siendo, todos estos, vínculos positivos, que les ha fortificado su autoestima y ha determinado la ausencia del Síndrome de Burnout en el 95% del grupo investigado.
4. Los modos de afrontamiento que más han utilizado los profesionales de la salud son: replanteamiento positivo, planificación, religión y autodistracción. En el 95% de los participantes, la experiencia y la remuneración inhibirían la aparición del Síndrome, lo que podría relacionarse con las estrategias positivas que han desarrollado.
5. En los dos grupos, el rasgo de personalidad predominante es la extroversión, lo cual propende a evitar el desarrollo del Síndrome. En cuanto a la salud mental, los médicos y enfermeras muestran estabilidad, pues los resultados no registran riesgos significativos en ansiedad, depresión o síntomas somáticos.
6. Las dimensiones referidas a desgaste emocional y despersonalización son bajas y los de realización personal son altos, por lo que no existe desgaste profesional en el 95% de la muestra.

7. El análisis de la relación entre el número de pacientes atendidos por día y la dimensión agotamiento emocional, es decir cansancio y frustración, es altamente significativa entre los profesionales participantes en la investigación, lo que implica que el excesivo número de citas agendadas estaría incidiendo directamente en el desarrollo del Síndrome de Burnout.

8. Las variables asociadas al Síndrome de Burnout actúan ya sea como inhibidoras o facilitadoras del mismo, y todavía no hay consenso, entre los diversos autores, de la relevancia que tiene cada una de ellas en la determinación del Síndrome, pues, si bien algunas variables son desencadenantes, otras son moduladoras. Entre las variables desencadenantes, en el caso de profesionales de la salud, se pueden mencionar las siguientes: variables sociodemográficas (edad, años de experiencia, ingresos); variables laborales (rol desempeñado en el trabajo, estabilidad laboral, salarios, incentivos, estabilidad, dedicación al trabajo, capacidad, desafíos, turnos, pacientes atendidos por día); personalidad. Las variables moduladoras tienen que ver con inteligencia emocional y afrontamiento, y se refieren a: vínculos Interpersonales, satisfacción, autoestima, organización a nivel institucional.

9. El análisis de variables asociadas que inhiben la presencia del Síndrome de Burnout, depende de algunos factores, entre los que se puede mencionar: institución laboral, interrelación entre compañeros y directivos, clima laboral, personalidad de cada profesional, salud mental y física de cada uno y estrategias de afrontamiento. Todas las variables tienen su importancia y se las identifica debido a que, si bien no son consideradas por algunos autores como relevantes, no deben ser desechadas, pues, deberían ser asignadas más a favor que en contra, es decir, si no precipitan a un desgaste, tampoco deben ser entendidas como negativas, ya que, más bien, otorgan información propicia para detectar y prevenir situaciones de malestar.

RECOMENDACIONES

1. Previo al desarrollo de la investigación, es importante que los profesionales participantes reciban información pertinente sobre la misma, esto permitirá un mayor involucramiento y colaboración en el proceso.
2. La socialización de los resultados de la investigación en las instituciones participantes permitirá desarrollar espacios de reflexión interna sobre las situaciones conflictivas encontradas y ayudará a mantener y acrecentar las características positivas de las variables protectoras presentes en el grupo investigado.
3. Desarrollar investigaciones cualitativas sobre el tema, conducirá a profundizar en la temática para la toma de decisiones en el ámbito político y administrativo. Concretamente y en base a los resultados de esta investigación, se sugiere tomar muy en cuenta el número de pacientes asignados por día para atención del personal de salud.
4. Promocionar estrategias de prevención primaria, con el objetivo de apoyar el manejo de situaciones de estrés causadas por demandas laborales excesivas, lo cual se extendería para todo el personal de cada institución.
5. Institucionalizar canales de apoyo psicológico para los profesionales diagnosticados con el Síndrome, como una estrategia de prevención secundaria en la institución, lo que repercutirá en la atención de salud que reciban los usuarios.
6. Respetar políticas laborales que norman el número de citas médicas diarias en las instituciones de salud, lo que conducirá a preservar la salud integral del recurso humano, clima laboral y atención a los usuarios.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychological Association. (2010). *Manual de Publicaciones de la APA*. Editorial El Manual Moderno.

Ander-Egg, E., & Ander-Egg, E. (2001). *Métodos y técnicas de investigación social*. Grupo Editorial Lumen.

Camacho, M. (2016). *Influencia de las distorsiones cognitivas en la intensidad y frecuencia del Síndrome de Burnout en estudiantes en proceso de titulación de la Escuela De Psicología De La Pucesa*. (Tesis licenciatura). Pontificia Universidad Católica Del Ecuador, Sede Ambato. Recuperado de: <http://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/1754/1/76253.pdf>

Carrera, M. (2012). *Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital "Carlos Andrade Marín" de la ciudad de Quito, durante el periodo mayo-diciembre 2012*. (Tesis de Licenciada de Psicología). UTPL, San Rafael. Recuperado de: <http://dspace.utpl.edu.ec/handle/5191>.

Díaz, A., & Feldman, L. (2010). *Validación preliminar del Cuestionario de Estrés Laboral (Desbalance-Esfuerzo/Recompensa) en una muestra de trabajadores de la salud venezolanos*. *Ciencia & trabajo*, 12(36), 320-323.

Freudenberger, H. (2001). El Estrés y el agotamiento, y sus Implicaciones en el Medio Ambiente de Trabajo. *Organización Internacional del Trabajo, Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*. 3e éd. Edición. Madrid: Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales, 5-17.

- García, C. R., Zúñiga, A. M. O., Santillán, M. D. L. V., Velázquez, V. H., & Fiesco, M. D. S. P. (2009). Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de dos *Hospitales del Estado de México*. *Fundamentos en humanidades*, 10(19), 179-193.
- Gil-Monte, P. R., & Peiró, J. M. (2000). *Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) según el MBI-HSS en España*. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2), 135-149.
- González, M., Lacasta, M. A., & Ordoñez, A. (2008). *El síndrome de agotamiento profesional en oncología*. Madrid: Médica Panamericana.
- Hernández, J. R. (2003). *Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención*. *Revista cubana de salud pública*, 29(2), 103-110.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Herrer, M. G., & Adán, J. C. M. (2009). *El desgaste profesional del médico: Revisión y guía de buenas prácticas*. Ediciones Díaz de Santos.
- Jiménez, J. C. R. (2003). *Fuentes de estrés, Síndrome de Burnout y Actitudes disfuncionales en Orientadores de Instituto de Enseñanza Secundaria*. (Tesis doctoral). Universidad de Extremadura, Badajoz. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662003000200002&script=sci_arttext&tlng=en
- Killcana Programa de lectura y escritura académicas. (2015). *Manual de escritura basado en las normas de la American Psychological Association*. Universidad de Cuenca, Dirección de investigación.

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52(1), 397-422.

Martínez Pérez, A. (2010). *El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión*. Vivat Academia. nº 112. Septiembre. 2010. Recuperado de: <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm>

Mundó, A. C., & Badia, M. C. (2013). La escritura académica en la universidad. *REDU. Revista de Docencia Universitaria*, 11(1), 17-36.

Ojeda Mercado, G. (2016). *Modelo causal social cognitivo de Burnout en profesionales de la salud de Lima Metropolitana*. (Tesis doctoral). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. Recuperado de: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4930>.

Pardinas, F. (1989). *Metodología y técnicas de investigación en ciencias sociales*. Siglo XXI.

Parra, I. (2012). *Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno*. (Tesis de licenciatura). Obtenido de Repositorio Institucional de Trabajos de fin de Titulación. <http://dspace.utpl.edu.ec/handle/123456789/3668>

Revilla Ahumada, L., Luna del Castillo, J., Bailón Muñoz, E., & Medina Moruno, I. (2005). *Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria*. *Medicina de familia*, 6(1), 10-18.

Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Montes, M. O., & Germán, M. A. S. (2002). Versión española del cuestionario EPQR-Abreviado (EPQR-A)(I): Análisis exploratorio de la estructura factorial. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(3), 195-205.

Trujillo Pazmiño, M. G. (2011). *Prevalencia del Síndrome de Burnout o desgaste ocupacional en el personal de salud del Hospital de la Policía Quito N° 1, en las especialidades clínicas, quirúrgicas y críticas, asociado a características sociodemográficas, medioambientales y consumo de sustancias moduladoras*. (Bachelor's thesis). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito.

Vargas-Manzanares, S. P., Herrera-Olaya, G. P., Rodríguez-García, L., & Sepúlveda-Carrillo, G. J. (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(1).

Zubiaga Terrón, F., Montero Marín, J., & García Campayo, J. (2016). *Validación del Cuestionario de Subtipos Clínicos de Burnout BCSQ-36 en personal de Atención Primaria* (Tesis doctoral). Universidad de Zaragoza.

ANEXOS

9. ANEXOS

ANEXO Nro. 1



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

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: ____

Vive solo Vive con otras personas

Recibe su remuneración salarial: Diaria Semanal Quincenal Mensual

No recibe remuneración

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

Si está estudiando actualmente escriba el nombre del posgrado: _____

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

En cuántas instituciones trabaja: _____

Horas que trabaja Diariamente _____

Horas que trabaja Semanalmente _____

Trabaja usted en turno rotativo: SI No

Señale los días en los que usted regularmente trabaja: Lunes Martes Miércoles

Jueves Viernes Sábado Domingo Todos los anteriores

En el caso de realizar guardia indique el número de horas: _____ y cada cuantos días:

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: _____

Los tipos de paciente que atiende regularmente son (puede señalar más de una opción): Oncológicos

Psiquiátricos Alteraciones renales Quirúrgicos Cardíacos Neurológicos Diabéticos

Emergencias Cuidados intensivos Otros indique _____ Todos los anteriores

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

¿En los últimos meses algunos de los pacientes con los que se haya relacionado han fallecido?

NO SI ¿Cuántos? _____

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

¿Ha solicitado permiso (s) en la institución que labora durante el último año? SI No

En caso de que la respuesta sea afirmativa.

La causa ha sido por: Capacitación Problemas de salud Situaciones familiares

Otros ¿Cuáles? _____

¿Cuántos días ha estado de permiso en el último año? _____

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 por sus pacientes?				
¿Cuán valorado por los familiares de los pacientes?				
¿Cuán valorado por sus compañeros de profesión?				
¿Cuán valorado 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 2

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

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

	0	1	2	3	4	5	6
1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2. Al final de la jornada me siento agotado.							
3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4. Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6. Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8. Me siento agobiado por el trabajo.							
9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12. Me encuentro con mucha vitalidad.							
13. Me siento frustrado por mi trabajo.							
14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15. Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.							
16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
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 3

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA
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> <p><input type="checkbox"/> 1. Mejor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Peor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho peor que lo habitual.</p>	<p>B1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un energizante?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de corrido toda la noche?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le iba a estallar?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>

<p>A7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más activo que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Menos tiempo que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Más tiempo que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>D2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Mejor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Aproximadamente lo mismo.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Peor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho peor que lo habitual.</p>	<p>D3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más satisfecho.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Aproximadamente lo mismo.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos satisfecho que lo habitual.</p>	<p>D4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Claramente, no.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Me parece que no.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Se me ha pasado por la mente.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Claramente lo he pensado.</p>
<p>C5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más útil que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos útil que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Claramente, no.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Me parece que no.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Se me ha pasado por la mente.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Claramente lo he pensado.</p>

Modificado de la versión original de Goldberg (1970). Versión Lobo y Cols (1981). Recuperado de [http://www.centrodesaluddebollullos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Test%20e%20indices/Cuestionarios%20valoracion%20\(salud%20mental\)%20Test%20e%20indices.pdf](http://www.centrodesaluddebollullos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Test%20e%20indices/Cuestionarios%20valoracion%20(salud%20mental)%20Test%20e%20indices.pdf)

Anexo 4
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

Cuestionario BRIEF-COPE

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:

1	2	3	4
No he estado haciendo esto en lo absoluto	He estado haciendo esto un poco	He estado haciendo esto bastante	He estado haciendo esto mucho

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

Modificado de la versión original BRIEF-COPE de Carver (1989). Versión adaptada y validada en la población española por Crespo y Cruzado (1997). López, J. (2005). Entrenamiento en manejo del estrés en cuidadores de familiares mayores dependientes: desarrollo y evaluación de la eficacia de un programa.401-402. Recuperado de <http://www.ucm.es/BUCM/tesis/psi/ucm-t28693.pdf>

Anexo 5
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

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.					

Medical Outcomes Study Social Support Survey. MOSS-SSS. Sherbourne y Cols (1991).
 Recuperado de <http://pagina.iccm.es/sanidad/salud/promosalud/pdf/violencia.pdf>

Anexo 6
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

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?		

Modificado de la versión original H. J. Eysenck y S. B. G. Eysenck. 1975. Versión abreviada Francis, Brown y Philipchalk (1992).