



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

**Identificación del síndrome de burnout en profesionales de salud
(Médicos y Enfermeras) y su relación con el apoyo emocional en una
institución pública del sector de Cayambe y Pedro Moncayo durante el
Año 2016 - 2017**

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTORA: Freire Oña, Monserrath Guadalupe

DIRECTOR: Mgtr. Negrete Zambrano, José Fernando

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO

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>

2017

APROBACION DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister.

José Fernando Negrete Zambrano

DOCENTE DE LA TITULACION

De mi consideración:

El presente trabajo titulación: "Identificación del síndrome de burnout en profesionales de salud (Médicos y Enfermeras) y su relación con el apoyo emocional en una institución pública del sector de Cayambe y Pedro Moncayo, durante el año 2016-2017", realizado por Freire Oña Monserrath Guadalupe, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Quito, julio del 2017

f) _____

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, Freire Oña Monserrath Guadalupe, declaro ser autora del presente trabajo de titulación: “ Identificación del síndrome de burnout en profesionales de salud (Médicos y Enfermeras) y su relación con el apoyo emocional en una institución pública del sector de Cayambe y Pedro Moncayo, durante el año 2016-2017”, de la Titulación de Psicología, siendo el Mgtr. José Fernando Negrete Zambrano director del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

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

f.....

Autor: Monserrath Guadalupe Freire Oña

Cédula: 1714889522

DEDICATORIA

El presente trabajo es la cristalización del esfuerzo y la perseverancia realizada por obtener un reconocimiento académico, que nos brinda el aval profesional para contribuir con la mejora de la sociedad, y es el instrumento mediante el cual nos podremos ganar el pan de cada día dignamente, se lo dedico a DIOS, disponiendo mi vida, sueños y voluntad en sus manos, para que me conduzca por senderos donde pueda llevar su luz que alumbra la existencia del ser humano.

La inspiración la dedico a mi hija y mi esposo, que son el nuevo equipo de vida al que pertenezco y que tenemos sueños por alcanzar; el ejemplo, se lo dedico a mis padres que me educaron a través de sus vidas, la felicidad se la dedico a mis hermanos y amigos, porque han sido una gran fuente de alegría.

Y me dedico este trabajo como un reconocimiento a la autoconfianza y toma de decisiones, recordándome que una de mis virtudes es decidir con el corazón y culminar lo que inicié.

AGRADECIMIENTO

Al culminar una etapa más de vida, me doy la oportunidad de guardar silencio en mi interior para tratar de expresar los primeros sentimientos que afloran dentro de mi ser, y no es más que GRATITUD, gratitud con Dios, porque Él y yo sabemos cuan complicado ha sido tomar decisiones que me permitan estar cerca de Él y cumplir el llamado que tengo, han pasado años con muchas circunstancias fuertes que por momentos quise desistir y sólo Él y sus ángeles (personas), me permitieron continuar.

Agradecimiento con mis padres que siempre confiaron en mi incondicionalmente, creyeron en mis capacidades mucho más que yo misma y me dieron el empuje inicial para continuar, prestándome su mano en los momentos más difíciles y compartiendo la felicidad en otros. A mi esposo que comprende la inversión de tiempo, sacrificio y esfuerzo por ser cada día una mejor persona y una mejor profesional, su confianza demostrada en cada paso que doy me permite ver que somos un equipo y sabe que mi parte la cumpliré de la mejor forma; a mi hija que es mi fuente de inspiración, con su falta de comprensión por ciertos momentos me hace saber que ante todo ella está aquí.

Y por último, sería injusto si no mencionaría a mi familia en general y a mis amigos, que en diversas épocas y distintas situaciones han manifestado su presencia con ánimos, con desafíos pero siempre con amor y cariño.

Gracias a la Universidad y todo su equipo de trabajo, por crear oportunidades estratégicas para llegar a la vida de quienes creemos en el crecimiento espiritual, psicológico y profesional, con una modalidad diferente a la tradicional, pero de igual manera de mucha bendición en nuestras vidas.

Termino diciendo que doy gracias al Dios de la vida, por darnos vida y vida en abundancia.

INDICE DE CONTENIDOS

CONTENIDO

PORTADA	i
APROBACION DE LA DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
INDICE DE CONTENIDOS.....	vi
TABLA DE CONTENIDOS	ix
RESUMEN EJECUTIVO.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPITULO I	6
MARCO TEORICO.....	6
1.1 Conceptualización del Burnout	7
1.1.1. Desarrollo del término.	7
1.1.1.1. Definiciones de la década de 1970.	7
1.1.1.2. Definiciones de la década de 1980.	8
1.1.1.3. Definiciones de la década de 1990.	8
1.1.1.4. Definiciones de la década de 2000.	9
1.1.1.5. Definiciones desde las décadas del 2010 hasta la actualidad.	9
1.1.2. Desarrollo y fases del Burnout.	10
1.1.3. Consecuencias del Burnout en profesionales de la salud.	12
1.1.3.1. Consecuencias en la salud.	12
1.1.3.2. Consecuencias físicas.....	13
1.1.3.3. Consecuencias psicológicas y sociales.	13
1.1.3.4. Consecuencias en el trabajo.	13
1.1.3.5. Consecuencias en la familia.	14
1.2. Modelos explicativos del Burnout.....	14

1.2.1.	Modelos basados desde la teoría sociocognitiva.....	14
1.2.1.1.	<i>Modelo de Competencia Social de Harrison (1983).</i>	15
1.2.1.2.	<i>Modelo de Pines (1993).</i>	15
1.2.1.3.	<i>Modelo de autoeficacia de Cherniss (1981, 1993).</i>	16
1.2.1.4.	<i>Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993).</i>	16
1.2.2.	Modelos etiológicos basados en las teorías del intercambio social.	17
1.2.2.1.	<i>Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993).</i>	17
1.2.2.2.	<i>Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freedy (1993).</i>	18
1.2.3.	Modelos etiológicos basados en la teoría organizacional.....	18
1.2.3.1.	<i>Modelo de Fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983).</i>	19
1.2.3.2.	<i>Modelo de Winnubst (1993).</i>	19
1.2.3.3.	<i>Modelos de Cox, Kuk y Leiter (1993).</i>	20
1.2.4.	Modelos sobre el proceso del síndrome de quemarse en el trabajo.	21
1.2.4.1.	<i>Modelo Tridimensional de MBI- HSS Maslach y Jackson.</i>	21
1.2.4.2.	<i>Modelo de Edelwich y Brodsky (1980).</i>	21
1.2.4.3.	<i>Modelo de Price y Murphy (1984).</i>	22
1.2.5.	Modelos de la teoría estructural.....	23
1.2.5.1.	<i>Modelo de Gil Monte (1997).</i>	23
1.3.	Prevalencia del Burnout	23
1.3.1.	Importancia del estudio del Burnout en profesionales de la salud.	23
1.3.2.	Prevalencia en profesionales de la salud a nivel mundial.....	24
1.3.3.	Prevalencia en profesionales de salud a nivel de Latinoamérica.....	26
1.3.4.	Prevalencia de profesionales de salud a nivel nacional.	27
1.4.	Variables relacionadas con el síndrome Burnout	28
1.4.1.	Variables sociodemográficas en profesionales de la salud.	28
1.4.2.	Variables laborales en las profesiones de salud.....	29
1.4.3.	Variables asociadas a la personalidad en profesionales de la salud.	29
1.4.4.	Variables moduladoras ante situaciones de estrés en profesionales de la salud.....	30
CAPÍTULO 2		32
2.1.	Objetivos	33
2.1.1.	Objetivo General	33
2.1.2.	Objetivos Específicos.....	33

2.1.3. Preguntas de Investigación	34
2.2. Contexto de la Investigación	34
2.3. Diseño de Investigación	35
2.4. Población y Muestra.....	36
2.5. Procedimiento	37
2.6. Métodos, técnicas e instrumentos de investigación.....	37
2.6.1. Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC.	38
2.6.2. Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory) [MBI-HSS]	38
2.6.3. Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28).....	39
2.6.4. Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE)	39
2.6.5. Cuestionario MOS de apoyo social.....	40
2.6.6. Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A.....	41
2.7. Recursos	42
CAPÍTULO 3	43
3.1. Análisis de Datos y Discusión de Resultados.....	44
3.1.1. Variables Sociodemográficas.	44
3.1.2. Inventario de Burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI];Maslach y Jackson.	49
3.1.3. Cuestionario de Salud General (ghq-28)	50
3.1.4. Cuestionario De Afrontamiento (Brief – Cope)	51
3.1.5. Cuestionario De Apoyo Social (Ap).....	53
3.1.6. Cuestionario De Personalidad (Epqr-A).....	54
3.2. Discusión de Resultados.....	55
CONCLUSIONES	61
RECOMENDACIONES	63
BIBLIOGRAFIA.....	65
ANEXOS	76

TABLA DE CONTENIDOS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud	44
Tabla 2. Características laborales de los profesionales de la salud	45
Tabla 3. Percepción del clima laboral de los profesionales de la salud.	47
Tabla 4. Resultados de las dimensiones del burnout en los profesionales de la salud.....	49
Tabla 5. Resultados de los casos de burnout en los profesionales de la salud.	50
Tabla 6. Malestar emocional de los profesionales de la salud.....	51
Tabla 7. Estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud.	52
Tabla 8. Percepción del apoyo social de los profesionales de la salud.	53
Tabla 9. Rasgos de personalidad de los profesionales de la salud.	54
Tabla 10. Correlación entre apoyo emocional y dimensiones del burnout.....	54

RESUMEN EJECUTIVO

La presente investigación tiene por objetivo identificar el nivel de incidencia del síndrome de Burnout en los profesionales de salud, se realizó una investigación descriptiva-transversal, cuantitativa, no experimental y exploratoria en una Institución Pública, ubicada en la ciudad de Cayambe y Pedro Moncayo en el año 2016 - 2017, contando con una muestra de 20 médicos y 15 enfermeros/as, a quienes se les aplicó los siguientes instrumentos: cuestionario sociodemográfico y laboral (AD-HOC), inventario Maslach-Burnout (MBI), cuestionario de salud mental (GHQ-28), cuestionario de afrontamiento (BRIEF-COPE), cuestionario de apoyo social (MOS), y cuestionario de personalidad (EPQR-A).

Se procedió analizar los resultados de la muestra y no se evidencia casos de Burnout en el personal de salud; sin embargo, es importante mencionar que el porcentaje de agotamiento emocional en médicos es proclive a desarrollar el síndrome, además se evidenció la presencia de ansiedad y se evidencio síntomas somáticos; por otro lado, es menester mencionar que los médicos cuentan con estrategias de afrontamiento, satisfacción con el clima laboral y ambiente de apoyo social, que ayuda al apoyo emocional, clave para el trabajo en prevención.

Palabras clave: síndrome de Burnout, estrategias de afrontamiento, apoyo social, apoyo emocional, ansiedad.

ABSTRACT

In order to identify the level of incidence of Burnout síndrome in health professionals, a descriptive-transversal, quantitative, non-experimental and exploratory investigation was performed in a public institution, located in the Cayambe and Pedro Moncayo cities in 2016 - 2017, with a sample of 20 physicians and 15 nurses. The following instrument were applied: socio-demographic and labor questionnaire (AD-HOC), Maslach- Burnout Inventory (MBI), mental health questionnaire (GHQ-28), questionnaire (BRIEF-COPE), social support questionnaire (MOS), and personality (EPQR-A).

We proceeded to analyze the results of the sample and there is no evidence of Burnout. However, it is important to mention that the percentage of emotional exhaustion in physicians is prone to developing the syndrome, in addition, the presence o anxiety and a somatic symotoms of health professionals was observed. On the other hand, it is necessary to mention that they have strategies of coping such us as satisfaction with the work climate and a social support environment, which helps with emotional support. This is key for work in prevention.

Key words: Burnout syndrome, coping strategies, social support, emotional support, anxiety.

INTRODUCCIÓN

La identificación del Síndrome de Burnout en Profesionales de Salud (médicos y enfermeras) y su relación con el apoyo emocional en una Institución Pública del sector de Cayambe y Pedro Moncayo durante el año 2016 – 2017, nos induce al entendimiento del síndrome de Burnout, que es considerado un problema laboral que afecta directamente a los colaboradores, en este caso a los profesionales de la salud (médicos y enfermeros/as), se caracteriza por desarrollarse sigilosamente a través del tiempo, afectando el desempeño laboral y social. El Burnout es reconocido como tal, cuando logra incidir negativamente en el cansancio emocional, conlleva a una despersonalización y una baja realización personal, evitando que su desempeño laboral sea efectivo y eficaz.

Este término lo acuñó Freudenberger (1974), cuando se refirió a “Burnout” para describir el estado mental de los voluntarios de una clínica, quienes se entregaron por completo sin el cuidado pertinente de sus vidas, afectando desfavorablemente su desempeño con el pasar del tiempo. Posteriormente, Maslach y Jackson (1980), identificaron 3 dimensiones de afectación de éste síndrome, cansancio emocional, despersonalización y dificultad en la realización personal, y además construyeron un instrumento que identifique la afectación en estas tres dimensiones.

En la actualidad, el síndrome de Burnout se manifiesta en todo campo laboral, siendo un producto de un proceso organizacional estresante, en el cual los colaboradores no han logrado dominar los distractores personales, ambientales y sociales que día a día tienen que confrontar, de esta manera es que se van bifurcando las motivaciones, sueños y anhelos con su vocación y profesión a través del tiempo.

En la realidad local hay pocos estudios de ésta índole y su relevancia data en suministrar información y material necesarios para los trabajos preventivos en el área de salud; en esta línea, la Universidad Técnica Particular de Loja, considera importante aportar con la sociedad a través de una investigación para concientizar sobre los efectos del descuido mental en los profesionales de salud y la incidencia de diversos factores en la prestación de servicios de salud, que para la población son de primera necesidad.

La población objeto de estudio se la obtuvo de una Institución Pública ubicada en la ciudad de Cayambe y Pedro Moncayo, siendo 225 profesionales de los cuales la muestra fue 20 médicos (14 de Cayambe y 6 de Pedro Moncayo) y 15 enfermeros/as (10 de Cayambe y 5 de Tabacundo) que laboran en diversas áreas de consulta externa y hospitalización.

La presente investigación ha sido desarrollada en tres partes denominadas capítulos; el primer capítulo aborda el marco teórico del síndrome de Burnout, conceptualización a través de la historia, desarrollo y fases del Burnout, modelos explicativos, prevalencia en diversos contextos y variables relacionadas a la investigación.

En el segundo capítulo, se desarrolla todo lo que concierne a la metodología, objetivos, preguntas y diseño de la investigación, contexto de la población y procedimiento empleado para la obtención de la muestra e instrumentos aplicados. El método de investigación es exploratorio y el tipo de investigación es descriptiva-transversal, el diseño cuantitativa, no experimental, descriptiva, exploratoria y correlacional; la muestra fue de accesibilidad no probabilística y accidental y los criterios de selección de la muestra fueron de inclusión y de exclusión. Los instrumentos aplicados fueron, Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales (AD-HOC), Inventario de burnout de Maslach (MBI-HSS), Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28), Escala Miltidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), Cuestionario MOS de apoyo social, Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck (EPQR-A).

En el tercer capítulo se realiza el análisis de los datos obtenidos de cada instrumento aplicado, la discusión de los resultados en comparación con otras investigaciones existentes y la determinación de conclusiones acorde a los objetivos planteados y las respectivas recomendaciones tanto para la Institución donde se realizó la investigación, a los órganos que los regulan y a la Institución que lidera el proceso de indagación.

Este trabajo investigativo permitió aproximarse a la realidad de los profesionales de salud con respecto a este tema, no se encontró casos de Burnout, pero sí afectaciones en el agotamiento emocional de los médicos, se encontró presencia de ansiedad y síntomas somáticos, por lo cual se considera una alerta para desarrollar un trabajo preventivo intencional con respecto al síndrome de quemarse laboralmente.

Es importante encontrar puntos favorables que han ayudado a mitigar este mal y dentro de ellos se puede mencionar que el apoyo social es relevante, ya que los profesionales se sienten valorados y satisfechos con el ambiente laboral que implica compañeros, jefes y pacientes; además cuentan con estrategias de afrontamiento activas que pueden ser potencializadas y la mayoría se caracterizó con el tipo de personalidad extrovertida.

Dentro de las limitantes detectadas fueron, la falta de disponibilidad en tiempo por parte de los profesionales ya que la demanda de este factor fue alta por la cantidad de instrumentos aplicados en la investigación y por el desconocimiento de la relevancia del tema; sin embargo, el estudio se realizó a satisfacción gracias a la voluntad de las jefaturas del personal, quienes ya emprendieron un trabajo para mejorar el clima laboral y ésta investigación complementó su plan.

CAPITULO I
MARCO TEORICO

1.1 Conceptualización del Burnout

Conceptualizar al Burnout ha demandado una ardua tarea que amerita volver décadas atrás para poder comprender éste síndrome; a lo largo de la historia y con el aporte de varios estudiosos, se ha tratado de construir un concepto que describa con exactitud al Burnout considerando varias ópticas (conductual, emocional, fisiológica) para determinar el grado de afectación en el personal de salud, siendo que este desgaste o cansancio físico y mental tiene una gran incidencia a nivel social. Rosales y Rosales (2013).

Freudenberger (1974) utiliza este término para referirse a un estado de fatiga o frustración por la dedicación a una causa; más tarde Maslach y Jackson (1986) incorporan los factores que componen este fenómeno como son el agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que posteriormente lo asocian con factores como la baja autoestima, sentimientos de culpa, deterioro en los procesos cognitivos con repercusiones físicas.

Con este preámbulo se puede definir al Síndrome de Burnout como un desgaste profesional provocado por el estrés laboral, donde los rasgos de personalidad de los profesionales son confrontados con el ambiente laboral y desembocan en un agotamiento emocional que se refleja en la falta de compromiso y desencanto por la vocación ejercida, en este caso, por los profesionales de la salud.

1.1.1. Desarrollo del término.

1.1.1.1. Definiciones de la década de 1970.

Al respecto de esta década, en 1974 el psicoanalista Herbert Freudenberger, se preocupó por éste estudio, fue quién hizo referencia al Síndrome "Burnout" para describir el estado mental de los voluntarios que trabajaban en la clínica "Free Clinic" en New York, éstas personas se entregaron a su trabajo sin espera de nada a cambio y con un descuido total de su salud, que al paso del tiempo afectó su actitud desfavorablemente, su conducta se caracterizó por la violencia, se evidenció agotamiento y cinismo en el trato con las personas. Esta afectación trascendió al desarrollo de su desempeño, el estrés laboral degeneró la capacidad de cumplir sus objetivos, opacó la creatividad para buscar estrategias laborales para alcanzar las metas; y por último, muchos de ellos desistieron de

sus funciones quedando cargados de ansiedad, depresión y decepción. (Freudenberger, 1974).

Dos años más tarde, se generó una gran polémica científica en torno a este Síndrome "Burnout" por lo cual Maslach, un investigador serio sobre el tema propuso que éste término se restringiera aplicarse para trabajadores que realizan su labor en contacto directo con personas que laboran en el seno de una organización. (Maslach, 1981).

1.1.1.2. Definiciones de la década de 1980.

En la década de los 80s, las psicólogas norteamericanas Maslach y Jackson, fueron quienes enfocaron su estudio en sujetos que trabajan en contacto directo con clientes; y conceptualizaron al Burnout como un síndrome de cansancio emocional, despersonalización, y falta de realización personal. (Maslach, 1981). Entre 1981- 1982 Maslach, Jackson y Leiter, entienden a éste síndrome desde una perspectiva tridimensional, caracterizado por cansancio emocional, despersonalización en el trato con clientes, y una fuerte dificultad para la realización de la persona. (Maslach, Jackson, & Leiter, 2006).

En 1987, Burke un estudioso del Burnout, hizo referencia a que el síndrome se presenta como un proceso de adaptación del estrés laboral, que se caracteriza por desorientación profesional, desgaste intelectual, sentimientos de culpa por la falta de éxito profesional. Por otro lado, los estudiosos Pines y Aronson (1988) amplían su espectro hasta las profesiones que no trabajan en el sector de asistencia social.

Un año más tarde, Shirom (1989), concluye que el síndrome de Burnout responde a una combinación de fatiga física, cansancio emocional y cansancio cognitivo por pérdida de energía del individuo.

1.1.1.3. Definiciones de la década de 1990.

Los principales aportes de ésta década, empiezan por señalar las características que orientan al abordaje del Burnout; es así que, Schaufeli, Maslach, Marek, (1993) consideran lo siguiente: 1) Predominación de los síntomas conductuales sobre los físicos (cansancio emocional, fatiga y depresión). 2) Los síntomas se manifiestan en personas que anteriormente no sufrían ninguna Psicopatología. 3) Lo clasifican como un síndrome

clínico-laboral. 4) La mala adaptación laboral conlleva a un bajo rendimiento y afecta la autoestima.

Hombrados (1997), propone una definición conductual basada en la coexistencia de un conjunto de respuestas motoras, verbales-cognitivas y fisiológicas ante una situación laboral con exigencias altas y prolongadas en el tiempo.

Los aportes realizados en la década de los noventa permiten establecer que, el Burnout hace presencia en cualquier campo laboral, como una respuesta integral negativa hacia la presión laboral y social de una manera constante y continua hasta colapsar al colaborador.

1.1.1.4. Definiciones de la década de 2000.

Las contribuciones teóricas con respecto al síndrome de Burnout crecieron en amplitud, tratando de enfocarse en los desencadenantes, es así que se identificó como causantes a los bajos salarios y los turnos de trabajo con horas excesivas de trabajo (Schaufeli y Buunk, 2003). También es importante mencionar que la relación de las variables vinculadas al desempeño del rol que ocupan los profesionales, más las variables de personalidad y estrategias de afrontamiento, son factores potenciales para el desarrollo del síndrome; de tal manera que los profesionales al estar expuestos constantemente al dolor y sufrimiento por una enfermedad o a la muerte del paciente, más la frustración de que en ocasiones no se les pueda curar y la falta de recursos asertivos para cada caso, conlleva a deteriorar las estrategias de afrontamiento y por ende al desarrollo del síndrome de estar quemado. (Ortega y López, 2004).

Este estado de agotamiento emocional, mental y físico, en el que se suman sentimientos de impotencia e inutilidad, conlleva a la presencia de sensaciones de sentirse atrapado, lo que afecta directamente a la autoestima y va mermando el entusiasmo por el trabajo; es decir, este estado emocional es producto de una situación laboral densa, demandante y prolongada en el tiempo.

1.1.1.5. Definiciones desde las décadas del 2010 hasta la actualidad.

En la actualidad, el síndrome de Burnout se manifiesta en todo campo laboral y profesional, y es el producto de un desempeño laboral estresante en el cual, las personas no han logrado enfrentar las tensiones laborales de la mejor manera; y a esta situación,

Pines le añade el Cansancio emocional, Despersonalización y Baja autoestima. (Pérez, 2010).

El sentirse “quemado” como lo llaman ciertos autores es producto de un sobreesfuerzo físico y mental, con el fin de alcanzar un desempeño eficiente con miras a un progreso personal, profesional y porque no, al mejoramiento de calidad de vida, pero sin contar con las herramientas adecuadas que permitan contrarrestar este mal de la mejor forma.

1.1.2. Desarrollo y fases del Burnout.

Los estudios coinciden en que el Burnout es un proceso secuencial y progresivo que desemboca en la pérdida de compromiso con la vocación y funciones demandadas por el rol, por ende el síndrome aparecerá paulatinamente a través del tiempo. Desde esta perspectiva:

Para Edelwich y Brodsky (1980) el Burnout es un proceso de pérdida de ilusión hacia el desempeño laboral y se da en cuatro fases: la primera es el idealismo y entusiasmo, el colaborador marca expectativas muy altas e irreales con relación a su accionar en el campo laboral. En la segunda fase se presenta un estancamiento profesional al confrontarse con la realidad, por ende mengua su entusiasmo; la siguiente etapa es la frustración y apatía, que es el motor del Burnout y por último la fase de distanciamiento emocional, caracterizada por un sentimiento de vacío y apatía, se la considera como la suma de las fases anteriores.

Para Leiter y Maslach (1988) la evolución del síndrome se lo explica a través de un modelo procesual conformado por tres dimensiones, agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal; los autores realizaron una correlación de las diferentes variables involucradas en el proceso y determinan que cada dimensión depende de la anterior y están relacionados con los factores organizacionales como la competencia, participación adecuada para la toma de decisiones, autonomía, relaciones interpersonales, carga de trabajo y cooperación con el cliente.

El agotamiento emocional se desarrolla cuando existe un aumento de trabajo y una pérdida de energía, ocasionando un cansancio emocional, por lo cual las personas se caracterizan por ser más irritables y no disfrutan de las diferentes actividades que su vocación amerita cumplirlas.

La despersonalización está relacionada con los sentimientos de frustración, impotencia y desesperanza pero se los presenta de una manera camuflada a través de la hiperactividad, es por ello que la depresión, ansiedad y hostilidad al miedo se apoderan de su forma de ser.

La baja realización personal está relacionada con la desvinculación de las actividades familiares, sociales y recreativas, menguando los ideales personales que su profesión apostaba para la consecución de las mismas y proliferando el descontento consigo mismo, al punto de deteriorar el autoconcepto y sentirse insatisfecho de sus habilidades y talentos generando pensamientos errados como no poder ser mejor cada día y marcar la diferencia del resto.

Para Klarreich (1999), el síndrome de estar quemado se desarrolla progresivamente en cuatro fases que difieren de persona a persona. Una de las fases es la fase de ilusión que se da al inicio de la práctica profesional, donde el colaborador siente que está preparado psicológicamente y físicamente para transformar a los pacientes y triunfar en su carrera. La siguiente fase es la desilusión, donde se enfrenta con la realidad y su sobre demanda, causando impaciencia, ira e inseguridad. La tercera fase es la frustración, la irritabilidad provoca la transferencia de responsabilidad a otros, culpándolos de no alcanzar el triunfo, pierde el gozo de su profesión y se vuelve escéptico. Y por último está la fase de desesperación, el profesional siente el fracaso en su cotidianidad, se aísla y se vuelve apático con las necesidades de otros.

Para Gil Monte (1999), es importante la relación interna entre las emociones y cogniciones de una persona, y es en la primera fase donde aparece el deterioro cognitivo, produciendo un desencanto profesional que no es otra cosa más que, una baja en la realización personal, esto relacionado con el deterioro afectivo, caracterizado por el agotamiento emocional y físico. Y la segunda fase, tiene esta interacción de emociones y cogniciones acompañas de culpa.

Si bien cada uno de estos aportes menciona a las fases de desarrollo del Burnout, se debe considerar los diversos contextos situacionales e idiosincrasia de cada persona, por lo cual no existe limitación clara de cada etapa ni la presencia secuencial de ellas. Las condiciones propias de cada caso se desarrollan en un lapso de tiempo con cualidades e intensidades diferentes; es decir se maneja una dinámica propia del ser en un rango de tiempo. Hay que considerar que las personas en cualquier rol que se encuentran

desempeñando, están expuestos a estresores de diferente índole e intensidad que pueden provocar la presencia del síndrome de Burnout, de una manera silenciosa, progresiva y constante. La forma de concepción de este síndrome diferirá de sujeto a sujeto por la reacción a las fuentes internas (personalidad, estrategias de afrontamiento, etc.) y la reacción a las fuentes externas (procesos burocráticos, crisis en el ambiente laboral, exceso de horas de trabajo, rutinas, jefaturas ineficaces, condiciones laborales inapropiadas, entre otras).

1.1.3. Consecuencias del Burnout en profesionales de la salud.

El personal de salud enfrenta diariamente situaciones complejas en el ambiente de trabajo, turnos rotativos muy exigentes, insatisfacción de los pacientes con el servicio prestado, pacientes en crisis, sentimientos generados por la muerte de personas, entre otros. Todos estos factores producen agotamiento emocional, reflejado en una atención y en un inconformismo por el trabajo que puede llevar a sentimientos de fuga. (Guy, 1995).

Hay que considerar que a pesar de esta sensación de agotamiento que impacta en el desempeño laboral, motivación, actitud y conducta, el trabajador trata de mantener su interés y entrega para ayudar a mejorar la vida de aquellos pacientes que cruzan en su camino; mientras tanto, la sociedad ve la salud como un derecho que hay que exigirlo y, en esa medida, es que los profesionales deben estar disponibles para atender todas las necesidades que surjan como consecuencia de la enfermedad. (Jenaro, Flores, y González, 2007).

1.1.3.1. Consecuencias en la salud.

La salud es entendida como “el hábito o estado corporal que nos permite seguir viviendo, es decir, que nos permite superar los obstáculos que el vivir encuentra a su paso” (Pardo, 2017, p.74). En consecuencia, la salud está relacionada a un bienestar integral que, para efectos de éste estudio, se ha fragmentado la salud en áreas física y psicológica-social, laboral y familiar, para comprender las consecuencias del síndrome de Burnout de una manera más específica.

1.1.3.2. Consecuencias físicas.

Entre los síntomas más destacados están dolor de cabeza tensional, calambres musculares y espasmos, dolor de espalda, cuello y hombros, tensión mandibular, manos y pies fríos, presión alta, problemas de la piel, alergias, asma, artritis, desórdenes digestivos, resfríos frecuentes, enfermedades infecciosas, infartos y problemas circulatorios, ritmo cardíaco irregular, insomnio, fatiga, irregularidades respiratorias, sobrealimentación, abuso del alcohol o drogas, problemas sexuales. (Bianchini, 1997)

1.1.3.3. Consecuencias psicológicas y sociales.

Entre los síntomas psicosociales más comunes se puede mencionar ansiedad, depresión, desilusión – suicidio, sentimientos de Impotencia, inadecuada Autoestima (autoeficacia, autoimagen, autoconcepto, autorecompensa), cansancio y bloqueo mental, incapacidad de apreciar lo bueno y sentir placer, cuestionamiento sobre la vocación y metas de vida, desconfianza entre pares, competencia irracional, falta de colaboración en los equipos de trabajo. (Bianchini, 1997, párr.15).

La sensación de miedo extremo como anticipación a un daño futuro es conocida como ansiedad, la cual conlleva a desarrollar estrategias de afrontamiento inadecuadas en los profesionales (Alvarez, 2011; Moreno, Seminotti, Garrosa, Rodríguez, y Morante, 2005), de la misma manera la depresión, catalogada como un trastorno emocional caracterizado por tristeza, irritabilidad, falta de energía y pérdida de interés (Pérez, 2010). Estas variables tienen estrecha relación con el Burnout afectando directamente en el agotamiento emocional de los profesionales.

Estos componentes se presentan en la mayoría de trastornos psicológicos que se los evidencia con facilidad en el ámbito social, y es una de las principales causas del bajo desempeño laboral.

1.1.3.4. Consecuencias en el trabajo.

La incidencia directa del Burnout se evidencia en el lugar de trabajo, lugar donde los estresores se confrontan con las características personales de los sujetos y pueden presentar los siguientes síntomas: pérdida de interés y preocupación por el paciente, abuso verbal y físico, indiferencia, interacción despersonalizada e irrespetuosa (Edelwich

y Brodsky,1980)., abandono del trabajo, inconformidad en el trabajo, actitudes negativas hacia el trabajo, ausentismo e incapacidades frecuentes (Maslach y Jackson, 1981)., aumento de las quejas y comportamientos como socialización excesivamente con el personal descuidando la atención directa, concentrarse en una parte del trabajo (administrativo) y descuidar otras, alteración de las relaciones interpersonales, deseo de cambiar de trabajo, irritabilidad, inestabilidad emocional, fobias, problemas de aprendizaje, olvidos. (Shirom, 2009).

1.1.3.5. Consecuencias en la familia.

El Burnout al ser un síndrome con afectación interna, inmediatamente afecta el círculo primario del trabajador, Rubio (2003). Comparte la siguientes consecuencias: el sujeto no puede socializar con su esposa e hijos (mal humor o desinterés), descuido de la atención personal (vestimenta y aseo), descuidan su responsabilidad familiar (llevan trabajo a la casa y por lo general no lo concluyen), alteración de las relaciones interpersonales con sus allegados (mala comunicación, falta de tiempos de calidad), hostilidad, inestabilidad emocional, miedos, fobias, olvidos, torpeza.

1.2. Modelos explicativos del Burnout

1.2.1. Modelos basados desde la teoría sociocognitiva.

Bandura (1997) explica la etiología del síndrome, basándose en dos tipos de creencia de eficacia, la autoeficacia con una dimensión futura, relacionada con lo que puedo desarrollar y la eficacia actual con respecto a un dominio específico. Cabe señal, que la percepción juega un papel muy importante, ya que de ésta depende la lectura de cuatro experiencias que permiten evaluar la eficacia y autoeficacia, estas son: la experiencia de éxito, la experiencia de logro o fracaso de los demás, la persuasión verbal y los estados fisiológicos o activación emocional. Éstas cuatro fuentes y la percepción de ellas influyen en la forma de actuar, pensar y sentir de las personas, determina la inversión de tiempo y esfuerzo para alcanzar un objetivo, la persistencia y cantidad de intentos para vencer los obstáculos. (Salanova, Bresó, y Schaufeli, 2005), las cogniciones influyen en lo que hacen.

Dentro de esta teoría hay algunos modelos, que seguidamente se los plantea:

1.2.1.1. Modelo de Competencia Social de Harrison (1983).

Harrison (1983), basa su modelo en la "competencia percibida" producto de la motivación (intrínseca y extrínseca) de un trabajador para alcanzar los objetivos propuestos de una manera eficaz; también menciona que, en el ambiente coexisten factores positivos que alimentan los sentimientos de competencia para que su desempeño sea efectivo; y factores negativos o barreras que detienen y merman la autocompetencia por conseguir los logros, dando cabida a la desesperanza. Si esta situación negativa perdura mucho tiempo, más un ambiente laboral impositivo y de sobrecarga de trabajo dará origen al síndrome de estar quemado. Los profesionales que inician su trabajo en servicios de asistencia, cuentan con un alto nivel de motivación para ayudar altruistamente a los demás, y comprendiendo el concepto de motivación percibida, se puede concluir que, en el caso de existir factores de ayuda aunada con una alta motivación, el producto será beneficioso, aumenta la eficacia del trabajador y aumenta el índice de competencia social, pero si los factores "barrera" se conjugan, el índice de productividad disminuirá. (Gil Monte y Peiró, 1999).

1.2.1.2. Modelo de Pines (1993).

Pines (1993) desarrolla un modelo bastante parecido al de Harrison (1983), pero con una diferencia muy marcada en la perspectiva existencialista y motivacional, basado en la premisa de que sólo se "queman" aquellos con alta motivación y altas expectativas; es decir, las personas que tienen la necesidad maximizada en cuanto a dar sentido y significado a su vida, al confrontar un fracaso o fuerte desilusión, fácilmente adquieren el síndrome. Señala que el fenómeno del Síndrome de Burnout se presenta en el trabajador cuando está muy motivado por lo que hace y se identifica tanto con su función, al punto de desarrollar una dependencia existencial de ello; y de pronto, cuando no alcanza los objetivos planteados en su labor, genera sentimientos de fracaso e ideas de que ya no podrán contribuir significativamente para la vida. (Gil Monte y Peiró, 1999).

Si bien es cierto, el Burnout sería el resultado de un proceso de alta desilusión, donde la capacidad de adaptación del sujeto ha quedado disminuida severamente; sin embargo, en un ambiente positivo, las probabilidades de alcanzar el significado existencial y contribuir a la motivación laboral, permite aumentar la eficacia de los profesionales.

1.2.1.3. Modelo de autoeficacia de Cherniss (1981, 1993).

Cherniss (1993) sitúa al estrés como un estímulo y desarrolla dos modelos explicativos del síndrome. El modelo limitado se refiere al estrés generado por la actitud negativa del trabajador frente al marco laboral como el ambiente de desempeño donde interaccionan algunos elementos como la orientación de las funciones, carga de trabajo, incentivos laborales, clientes y contactos, autonomía, estilo de dirección y supervisión, trámites burocráticos, entre otros; en cuanto a la persona, menciona otros factores que pueden desarrollar el estrés como el idealismo, la orientación profesional, apoyos y demandas existentes fuera del trabajo, etc.

El modelo comprensivo lo relaciona con la respuesta emocional de afrontamiento defensivo ante el estrés crónico e intenso por la continua demanda laboral. El Burnout se produce por la dinámica de tres factores importantes, diseño organizacional, efectos del apoyo y factores individuales más la calidad de vida fuera del trabajo. (Martín y Arias, 2014)

Con este preámbulo se puede concluir que el síndrome de Burnout según este modelo, se presenta en el choque de las características de la persona, como su actitud frente a determinadas situaciones en el área laboral; si el choque es muy fuerte, la desmotivación y falta de compromiso desembocaran en un desempeño ineficiente, afectando la valía del ser y su apatía por alcanzar los objetivos, consecuentemente e inconscientemente la persona se sentirá sin gratificación posicionándose en un estado defensivo contra la organización, conllevándolo a una renuncia laboral.

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

Thompson, Page y Cooper (1993) proponen un modelo basado en los sentimientos de autoconfianza profesional como variable mediadora para el apareamiento del agotamiento emocional y despersonalización. Se menciona 4 factores determinantes para la consolidación del Burnout, éstos son: 1) La incompatibilidad entre las exigencias del rol con los recursos del sujeto. 2) El nivel de autoconciencia. 3) Las expectativas de éxito personal. 4) Los sentimientos de autoconfianza. (Alonso, 2014). Lo que significa que tras reiterados fracasos en la consecución de las metas laborales, junto con altos niveles de autoconciencia de las discrepancias percibidas entre las demandas y recursos, se tiende

a utilizar la estrategia de afrontamiento denominada "retirada mental o conductual" a la situación amenazadora.

En este nudo de la situación se observa la aparición de las conductas de despersonalización, que tienen por objetivo reducir las discrepancias percibidas y de esta forma alcanzar el logro de los objetivos laborales (Martín y Arias, 2014). De otro modo, para contrarrestar las conductas de despersonalización, el sujeto debe presentar una actitud positiva y llena de confianza que contagie al resto de personal para saber sobrellevar las situaciones adversas y poco favorables.

1.2.2. Modelos etiológicos basados en las teorías del intercambio social.

Estos modelos están basados en la teoría de la equidad (Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli, 1993) o teoría de la comparación de los recursos (Modelo de Hobfoll y Fredey, 1993) y plantean que las relaciones interpersonales generan percepciones de falta de equidad y ganancia como producto de la comparación social, si la persona siente que da más de lo que recibe dará paso al apareamiento del Burnout. Los modelos que siguen esta perspectiva son los siguientes:

1.2.2.1. Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993).

Buunk y Schaufeli (1993) explican la doble etiología del Burnout y mencionan que, en los procesos de intercambio social se identifican tres variables estresores, la incertidumbre, percepción de equidad y falta de control; y los procesos de comparación social con los compañeros, se identifica a profesionales que no buscan apoyo por el miedo a la crítica.

La incertidumbre hace referencia a la falta de claridad sobre lo que se siente, lo que se piensa y cómo actúa. La percepción de equidad manifiesta que debe existir una satisfacción con lo que se hace y cuanto recibe por ello en sus relaciones; y la falta de control, apunta a la posibilidad de poder controlar los resultados de sus acciones laborales. (Lopez, 2013)

Hay que recordar que existen muchas variables que no pueden ser controladas por los profesionales como la apertura y disponibilidad de los pacientes para colaborar con el proceso de recuperación o muerte, las decisiones médicas jerárquicas y administrativas,

las programaciones burocráticas, la falta de sostén social, y los aprietos con los médicos y con los compañeros.

La balanza de la comparación social se inclinará hacia la perspectiva que tenga el sujeto evaluador, y esta percepción es producto de su personalidad, conocimientos y experiencia en todo tipo de relaciones, si fácilmente se da paso a los prejuicios adquiridos, la inequidad se visualizará en toda interrelación y probablemente por los mismos prejuicios, el profesional se enajene y no solicite ayuda.

1.2.2.2. Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freedy (1993).

Hobfoll y Freedy (1993), señalan que el estrés es causado cuando los colaboradores perciben que su principal motivación es amenazada, los estresores que se presentan en el marco del desempeño laboral conciben inseguridad en las capacidades y recursos con los que cuentan los profesionales para culminar los objetivos trazados y como consecuencia se avizora la pérdida de habilidades y recursos (capacidad de afrontamiento, condiciones mentales, características personales y capacidad física) por parte del profesional. (Alonso, 2014).

El modelo hace énfasis en las consecuencias de las relaciones del sujeto con los compañeros, clientes y jefes, como causantes de estrés en la percepción de situaciones de fracaso o éxito. (Martín y Arias, 2014)

El Burnout puede hacer presencia en los trabajadores cuando invierten sus recursos y no reciben lo que esperan (desesperación y frustración). Por lo tanto, las estrategias para afrontar este síndrome estarían relacionadas con el brío constante por aumentar y mantener sus capacidades en relación al trabajo, ya que representan su valía.

1.2.3. Modelos etiológicos basados en la teoría organizacional

El Burnout desde esta perspectiva, tiene que ver con la función de los estresores del ámbito laboral y con las estrategias de afrontamiento que utilizan los trabajadores ante situaciones adversas. Las causas varían dependiendo de la estructura organizacional, en este marco se encuentran variables como, las disfunciones del rol, la escasez de

bienestar organizacional, la estructura jerárquica, la cultura y el ambiente organizacional. (Pérez, 2010)

Cada variable impacta de manera indistinta a los trabajadores, los cuales tienen diversos tipos de afrontamiento; así pues, el Burnout se puede originar por agotamiento emocional en una organización, mientras que en otra se puede originar por disfunciones del rol.

1.2.3.1. Modelo de Fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983).

Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983) mencionan que el Burnout es producto de la coalición de los intereses organizacionales y los requerimientos de los colaboradores, dentro de un sistema cotidiano, en el cual los profesionales tienen que construir relaciones armoniosas con diferentes miembros de equipo para lograr prestar un servicio adecuado al cliente. También se menciona que el estrés laboral se produce por la carga laboral extrema y la ambigüedad del rol, provocando sentimientos de pérdida de libertad y de control, acompañado de sentimientos de irritabilidad, agotamiento y una disminución de la autoimagen positiva.

Posteriormente, el sujeto desarrolla estrategias inadecuadas de alejamiento para afrontar la situación amenazante del contexto laboral hasta llegar a una baja realización personal, para desembocar en agotamiento emocional. (Alonso, 2014). Desde este modelo, cada nivel amerita el establecimiento de estrategias de afrontamiento, además habría que realizar un análisis del inicio y evolución del Burnout en el personal, y determinar en qué fase está y como se ha ido desarrollando para proveer prácticas preventivas y de minimización de impacto.

1.2.3.2. Modelo de Winnubst (1993).

Winnubst (1993) señala que los diferentes tipos de distribución del personal, dan lugar a culturas organizacionales diferentes como: la burocracia mecánica, que se caracteriza por la estandarización del trabajo, y la formalización refuerza el perfeccionismo y la conformidad a las normas; el síndrome de Burnout es causado por el cansancio emocional diario por la rutina, la monotonía y la falta de control. La burocracia profesionalizada, que se caracteriza por la estandarización de habilidades y la baja formalización, refuerza la creatividad y la autonomía.

Estos tipos de burocracia permiten comprender que la empresa está conformada por sistemas de trabajo que afectarán a uno u a otro trabajador según sea su desempeño, las buenas intenciones al tomar direccionamiento son limitadas por las normas existentes y a veces muchos procesos se convierten en barreras que impiden alcanzar los logros y es ahí cuando la gente empieza a desgastarse. (Alonso, 2014).

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

Cox, Kuk y Leiter (1993) comprenden este modelo desde una perspectiva de reacción y menciona que para comprender el fenómeno de Burnout, hay que entender la respuesta al estrés laboral que se produce cuando las estrategias de afrontamiento no son las adecuadas para manejar la situación. En este modelo se incluyen variables como el cansancio emocional y los sentimientos de tensión y ansiedad; por otro lado la despersonalización es considerada como una estrategia para afrontar el agotamiento, y la baja realización personal es la consecuencia de la evaluación cognitiva del estrés al que se enfrenta el trabajador.

Leiter (1993) incorpora el concepto de "salud de la organización" y la entienden como el ajuste existente entre la coherencia e integración de los sistemas psicosociales de la organización (estructuras, políticas, procedimientos, cultura, etc.) y la percepción del profesional; se considera a la salud de la organización como variable moduladora de la vinculación del estrés laboral y el Burnout. Posteriormente, se distingue entre estresores físicos y psicológicos, y a su vez, entre estos últimos, diferencian los relativos al contexto o ambiente de trabajo y los que surgen de las tareas del puesto.

Otro punto importante que hay que mencionarlo es el entorno físico del trabajo, el cual puede reducir o aumentar la tolerancia a la sobrecarga de trabajo, presión laboral, etc., un claro ejemplo es el ruido intenso que puede causar estrés y desconcentración, la temperatura del ambiente puede acarrear daños físicos y psicológicos; en conclusión, todos los sistemas que coadyuvan dentro de una organización tienen que ser analizados e interrelacionados de una manera eficiente, para crear óptimas condiciones de trabajo que incentiven a un bienestar laboral (Martín y Arias, 2014).

En resumen, todos estos modelos concatenan en que el Burnout es producto de la interacción de las estrategias de afrontamiento internas del trabajador, la incidencia de los

sistemas sociolaborales y la presión de los diversos casos de enfermedad, que día a día tienen que enfrentar en su desempeño laboral; claro está, que la personalidad del empleado juega un papel fundamental, ya que de este dependerá la perspectiva positiva o negativa que maneje frente a la tensión laboral. Por ello, los modelos consideran variables importantes como la motivación, la perspectiva de éxito, el apoyo emocional, entre otras, como factores que apalean al síndrome, permitiéndoles resistir y ver más allá de su agotamiento o decepción circunstancial laboral.

1.2.4. Modelos sobre el proceso del síndrome de quemarse en el trabajo.

1.2.4.1. Modelo Tridimensional de MBI- HSS Maslach y Jackson.

Malasch y Jackson (1986) entienden al Burnout como un síndrome tridimensional caracterizado por cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) en el trato con clientes y usuarios, y dificultad para el logro de su realización personal (RP). A partir de estos componentes se construyó un instrumento de medición del Burnout para el personal de servicios humanos, este instrumento se denominó "Maslach Burnout Inventory" (MBI).

El agotamiento emocional y físico se reconoce por una escasez de energía y ausencia de entusiasmo, presencia de sentimientos negativos como la frustración, irritación y presión al sentir que ya no pueden dar más. En cuanto a la despersonalización, se muestra una insensibilidad emocional, el trato con otras personas (compañeros, clientes, jefes) es frío e indiferente, haciéndolos sentir como objetos; el cinismo y la crítica negativa hacia todo el ambiente que les rodea, es muy notorio.

Por último, la disminución de la realización personal está relacionada con la autoevaluación negativa del colaborador de una manera constante. Los sentimientos negativos más destacados son, insatisfacción con su profesión, descontentos consigo mismo, se sienten poco competitivos, incapaces de relacionarse adecuadamente y destinados al fracaso (Malasch y Jackson, 1986)

1.2.4.2. Modelo de Edelwich y Brodsky (1980).

Edelwich y Brodsky (1980), creen que éste fenómeno aparece cuando se pierde progresivamente el deseo del sujeto de marcar una diferencia en la vida del otro, se sienten frustrados y pierden la energía, ya que las motivaciones de brindar apoyo a otras

personas son para confirmarse a sí mismos y sentir que tienen poder. Carlotto y Gobbi, (2001) resumen las cuatro fases mencionadas por Edelwich y Brodsky (1980), por las cuales todos los individuos con Burnout pasan:

- a) Entusiasmo: energía desbordante y carencia de la noción de peligro.
- b) Estancamiento: frustración por no cumplirse las expectativas originales.
- c) Frustración: surgen problemas emocionales, físicas y conductuales.
- d) Apatía: sufrimiento del individuo como mecanismo de defensa ante la frustración.

Existen variables que ejercen una presión constante que refuerzan el agotamiento emocional y fortalecen el síndrome, es así que tenemos la baja remuneración económica, uso inadecuado de recursos, escaso apoyo institucional, la edad (o son muy jóvenes y se consideran sin experiencia o son muy mayores y no tienen las aptitudes necesarias), entre las más importantes. Se debe estar atento a la repercusión de cada una para evitar la impermeabilización de la ayuda en el personal

1.2.4.3. Modelo de Price y Murphy (1984).

Price y Murphy (1984), señalan que su tesis principal es la capacidad natural de adaptación, frente al monstruo del estrés laboral. Estos autores lo han relacionado con el proceso de duelo o pérdida tanto a nivel personal (ilusión), a nivel interpersonal (pérdida de beneficios), y a nivel social (pérdida de un trabajador competente para el sistema). Con estos antecedentes se mencionan cuatro niveles sintomáticos del síndrome: a) desorientación; b) fragilidad emocional; c) culpa; d) soledad y tristeza.

Entendiendo el concepto de estos autores se puede decir que la capacidad de afrontamiento surge de un equilibrio dado por factores internos y externos en el sujeto para combatir cada proceso de duelo de la manera más adecuada, confrontando cada etapa pero sin quedarse encadenado a ninguna de ellas. Este proceso de surgimiento no dará cabida al Burnout, ya que se sentirá la frustración, desilusión y tristeza pero se aprenderá a enfrentarlas y no hacer de ellas un estado emocional.

1.2.5. Modelos de la teoría estructural.

Estos modelos mencionan elementos de vital importancia para entender su línea, entre ellos tenemos: las referencias personales, referencias de otras personas y referencias de las organizaciones, para explicar la etiología del Burnout de una manera holística.

1.2.5.1. Modelo de Gil Monte (1997).

Gil-Monte y Peiró (1999), indican que en este modelo se toma en cuenta variables de tipo organizacional, personal y estrategias de afrontamiento y distingue dos fases del proceso del Burnout. La relación entre las emociones y las cogniciones que surgen cuando un sujeto interactúa con diversos contextos laborales, y el producto de esta interrelación no es favorable, da cabida a la primera fase, donde se puede producir un deterioro cognitivo, reflejado en la desilusión por el trabajo y una baja realización personal; y cuando se produce un deterioro afectivo, cuando el producto de la interacción laboral es el agotamiento emocional y físico, el colaborador manifestará actitudes negativas como comportamientos indiferentes y distantes hacia la organización y los clientes.

Y en la segunda fase, los comportamientos anteriormente descritos se intensifican y se acompañan de sentimientos de culpa.

Gil-Monte y Peiró (1999) postulan que el bagaje de conocimiento de los sujetos influye en sus percepciones y conductas sobre las situaciones, las cuales son modificadas por el aprendizaje de sus consecuencias; es decir, el Burnout puede afectar a nivel cognitivo dañando el autoconcepto y debilitando las motivaciones para conseguir los objetivos marcados tanto personalmente como organizacionalmente, y puede afectar a nivel emocional, generando sentimientos de culpa por no disfrutar de su profesión, ni del servicio prestado.

1.3. Prevalencia del Burnout

1.3.1. Importancia del estudio del Burnout en profesionales de la salud.

A nivel mundial el personal de la salud lleva consigo grandes responsabilidades que trascienden el cumplimiento de un rol estipulado en un contrato, su compromiso es con la vida y su batalla contra la muerte de personas conocidas y desconocidas. Esta función

demanda un riesgo constante en sus vidas, amerita sacrificios de salud, tiempos y familia por preservar la salud de la humanidad.

Fernández, Zarate y Lartigue (2010), mencionan que, este tipo de profesionales enfrentan diariamente muchos factores negativos, como ser contagiados por una enfermedad, el cansancio de hacer turnos seguidos por 48 horas, más la demanda familiar, y existen otros elementos que acrecienta esta construcción de insatisfacción como, los escasos incentivos laborales, la presión de la parte legal por una mala intervención médica, falta de recursos, pacientes imponentes y desesperados, encausándolos a una crisis emocional que desencadena un agotamiento abrumador, una despersonalización y un sentimiento de ineficacia.

En este marco, surge la importancia de estudiar la presencia del Burnout en el personal de salud para encontrar los mecanismos más adecuados para preservar la salud organizacional del personal de salud; muchos profesionales pueden quemarse fácilmente por la presión psicológica y la falta de apoyo en ésta área, lo cual representaría una gran pérdida social, ya que la enfermedad es un problema diario a nivel mundial y quedarnos sin militantes capacitados para contrarrestar este mal sería declarar a la sociedad como vencida y enferma.

El estudio del Burnout es una necesidad social, que tiene por objetivo mejorar la calidad de vida de los profesionales (Salanova y Llorens, 2008). Esto nos conlleva a recordar que, detrás de cada mandil de éstos profesionales hay un ser humano que persigue sus propios sueños y han dispuesto su vocación al servicio de todos, para realizarse como personas y como profesionales, y en este transitar tendrán que enfrentar problemas propios y sociales que día a día los conlleven a un agotamiento emocional, lo cual se reflejará en la prestación de sus servicios afectando a toda una población.

1.3.2. Prevalencia en profesionales de la salud a nivel mundial.

Por varias décadas se viene estudiando al Síndrome de Burnout, se inició estas investigaciones en médicos y enfermeras; años más tarde se indujeron estos estudios a profesionales de salud mental hasta concluir que, el síndrome puede presentarse en cualquier profesional o en cualquier ocupación. La clave está en que existen profesionales más predispuestos a sufrir este fenómeno que otros.

Muchas investigaciones han coincidido en considerar que la presencia de este fenómeno es una consecuencia de trabajo intenso y prolongado, dejando de lado las necesidades personales; a este contexto es necesario añadir factores internos que agravan la presencia de este síndrome y son los sentimientos negativos por la falta de ayuda, impotencia, y una posible pérdida de autoestima que sufre el profesional. (Gil-Monte y Peiró, 1999).

Existen muchos estudios del Burnout a nivel mundial, y coinciden en las variables evaluadas y a pesar de la fluctuación del porcentaje queda remarcado que hay una seria afectación.

En España se realizó una investigación de Burnout en el personal del área de salud (médicos, pediatras, enfermeros y auxiliares de clínica), siendo el total de la muestra 354 profesionales, de los cuales el 20,8% presenta trastornos de ansiedad y el 6,9% depresión, con respecto a las variables de burnout, el 30,6% marcó puntuaciones altas en cansancio emocional, un 31,2% en despersonalización y el 24% en logros personales. (Martín, Fernández, Gómez y Martínez, 2001).

Otro estudio de Burnout en el mismo país pero con enfoque sólo al personal medicina, se lo aplicó a 138 médicos, obteniendo los siguientes resultados, 43% presentó un nivel medio o alto y el 57% presentó nivel bajo, siendo el componente más afectado el de despersonalización. (Paredes y Sanabria, 2008).

Estudios aplicados a profesionales hispanoamericanos y españoles de la salud, tomaron una muestra 11532 personas, siendo Argentina el país con mayor representación 65,1%, seguido por México 9,8% y Ecuador, Perú, Colombia, Uruguay, Guatemala, España y El Salvador 1%; los resultados obtenidos fueron, agotamiento emocional 24,5%, en despersonalización 7,6% y el 37,7% obtuvo una media en realización personal. La prevalencia global de Burnout de la muestra fue de 11,4%, y la prevalencia con respecto a países fue la más alta en España 14,9% y Argentina 14,4%. (Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga, 2009).

En cuanto al personal de enfermería en España, se realizaron estudios a una muestra de 622 profesionales de los cuales el 89,1% eran mujeres y el 10,9% eran hombres, obteniendo los siguientes resultados con respecto al Burnout, 19,61% en agotamiento emocional, 8,37% en despersonalización y 20,80% en realización personal. (Albaladejo, Villanueva, Ortega, Astasio, Calle, y Domínguez, 2004).

En México se realizó un estudio de Burnout en el personal de enfermería, en una muestra de 535 profesionales el 93,8% fueron sexo femenino y el 6,2% masculino, los resultados obtenidos fueron: 33,8% presenta el síndrome, de los cuales el 6,7% marcó un alto nivel de Burnout; el 44,1% presentó agotamiento emocional, el 56,4% despersonalización y el 92,9% baja realización personal. (Miranda, Monzalvo, Hernández, y Ocampo, 2016).

Estos estudios son una pequeña muestra de que el Burnout está vigente y presente con diversa intensidad y frecuencia en el personal de la salud, y que un factor clave de predicción es el estrés laboral que se refleja en agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

1.3.3. Prevalencia en profesionales de salud a nivel de Latinoamérica.

Varios estudios aplicados en diversos países de Latinoamérica demuestran que la prevalencia del Burnout está presente en el personal de salud en distintas dimensiones, es así que se mencionará los siguientes estudios:

En Perú, se realizó un estudio transversal en una muestra de 540 profesionales de la salud, de los cuales globalmente presentaron el síndrome el 3,78% y el 96,22% se encuentra en riesgo de padecer este problema; el 19,85% (personal que labora en oficina) y 17,45% el (personal que no labora en oficina) presentó cansancio emocional, el 29,21% (personal que labora en oficina) y 31,94% (personal que no labora en oficina) presentó realización personal, y el 8,69%(personal que labora en oficina) y 8,20% (personal que no labora en oficina). (Arteaga, 2015).

En Chile se realizó un estudio de la presencia de Burnout en el personal de enfermería con una muestra de 91 profesionales, la presencia de Burnout y sus subdimensiones fue

de intensidad media con 62,52%, 19,58% para cansancio emocional, 8,15% despersonalización y 34,85% baja realización profesional. (Melita, Cruz y Merino, 2008)

En Argentina se realizó una investigación de impacto del Burnout en el personal médico, se obtuvo una muestra de 123 médicos, obteniendo los siguientes resultados con respecto a las tres dimensiones: 34,1% puntúo bajo en realización personal, 47,1% puntúo alto en agotamiento emocional y 22,8% puntúo alto en despersonalización. La prevalencia a nivel global de este estudio fue de 3,2% que presentan Burnout. (Gil-Monte y Marucco, 2008)

En Venezuela se realizó una investigación relacionada al Burnout con un enfoque hacia el personal de enfermería, la muestra fue de 673 profesionales y los resultados fueron los siguientes: 15,42% para cansancio emocional, 5,58% en despersonalización y 40,21% en realización personal, por lo cual se determina que hay un bajo nivel de desgaste profesional. (Parada, Moreno, Mejías, Rivas, Rivas, Cerrada, y Rivas, 2005)

En Colombia se realizaron estudios de Burnout con el personal de psiquiatría, con una muestra de 631 médicos, se obtuvo los siguientes resultados 9,9% presentaron altos niveles de Burnout, y de ellos 4,96% eran casos graves; se presentó altas puntuaciones en las tres dimensiones y en los sentimientos de culpa. (Tejada y Gómez, 2009)

Todos estos estudios realizados en diversos países de Latinoamérica determinan que la presencia del Burnout atraviesa fronteras, culturas, idiomas e historias, y a pesar de la diversidad geográfica, cultural y de régimen, este síndrome tiene un grado de afectación a los profesionales de la salud en las mismas variables que se han venido estudiando a lo largo de esta investigación.

1.3.4. Prevalencia de profesionales de salud a nivel nacional.

Existen varios estudios llevados a cabo en los profesionales de la salud a nivel Ecuador, se mencionaran los estudios realizados en las ciudades más importantes del país.

En la ciudad de Cuenca se realizó un estudio trasversal, descriptivo con el objetivo de identificar el Burnout en profesionales de la Salud, en cuyos resultados se encontró que

la prevalencia del síndrome de Burnout fue del 41.02% considerando que el nivel alto se presentó en el 74,6% de la muestra. La puntuación en realización personal fue 52,2%, agotamiento emocional 34,6% y la despersonalización 36,2% (Vera, Pablo, Cabrera y Cedillo, 2012).

Otro estudio de Burnout realizado en la ciudad de Quito, con una muestra de 369 profesionales de la salud determinaron una prevalencia global del Síndrome de Burnout del 77,7%, en cuanto al cansancio emocional fue de 50,6% y despersonalización de 44,9% siendo los porcentajes de nivel alto, y el 44,6% se situó en nivel medio en baja realización personal. (González, Mera y Stefanía, 2013).

En la ciudad de Guayaquil, también se realizó un estudio en el personal médico, con una muestra de 155 médicos, la prevalencia del síndrome de Burnout fue del 2,6%, que implica altas puntuaciones en las dimensiones de agotamiento y cinismo, y bajas puntuaciones de eficacia profesional, sin embargo se resalta que el riesgo de afectación del Síndrome es latente (Álvarez, Honores y Flor, 2015).

El síndrome de Burnout se ha posicionado de una manera silenciosa y sus efectos no solo sufren los profesionales de la salud, sino la población a la que atienden; por esta razón estudiar el Burnout y su incidencia a nivel nacional, tiene relevancia, ya que gracias a estos estudios se conoce que está aconteciendo en el personal de la salud con el fin de poder proponer estrategias que salvaguarden la salud integral de los mismos.

1.4. Variables relacionadas con el síndrome Burnout

Para efectos de este estudio se abordará las variables sociodemográficas, personales, laborales, entre otras.

1.4.1. Variables sociodemográficas en profesionales de la salud.

En los estudios anteriormente mencionados se identifica una estrecha relación entre la presencia de la enfermedad con las siguientes variables sociodemográficas. (Ibáñez, López, Márquez, Sánchez, Flórez y Vera, 2012).

- Institución, entidad en la que prestan los servicios.
- Sexo, género del colaborador
- Edad, edad cronológica del colaborador

- Estado Civil, soltero, casado, divorciado, viudo, unión libre.
- Estrato socioeconómico
- Estudios realizados, estudios reconocidos por el estado y no reconocidos.
- Población atendida, pacientes que se atiende con más frecuencia.
- Hijos, número de hijos reconocidos
- Número de las personas que conviven

Generalmente, estas son las variables sociodemográficas relacionadas con el estudio del síndrome de Burnout, las variables pueden variar de acuerdo al contexto cultural, social y desde la perspectiva que se quiera realizar el estudio.

1.4.2. Variables laborales en las profesiones de salud.

Se entiende como variables laborales “aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la realización de la tarea; y que tienen capacidad para afectar tanto al bienestar o a la salud (física, psíquica o social) del trabajador como al desarrollo del trabajo”. (Ramírez y Zurita, 2010, párr. 9-10). Seguidamente se describirá algunas variables consideradas para este estudio (Useche, 2008).

- Características del trabajo, organización estructural de la entidad.
- Clima organizacional
- Salario, remuneración por los servicios prestados.
- Incentivos, pueden ser económicos, u otro tipo de beneficios para el colaborador.
- Tipo de Contrato, nombramiento fijo, provisional, prestación de servicios, etc.
- Jornada, horario de trabajo incluido las noches de velación.
- Horas de Trabajo, número de horas por día.
- Tiempo en el ejercicio profesional.
- Ambigüedad del rol, falta de claridad en las funciones a cumplir.
- Rotación
- Expectativas del trabajo
- Entorno físico laboral

1.4.3. Variables asociadas a la personalidad en profesionales de la salud.

Estas variables de la personalidad son muy delicadas ya que se van interrelacionando una con otra y es difícil separarlas sin dejar de afectar a la otra, entre estas tenemos:

- Locus de control externo, relacionado con el control de situaciones ambiguas.
- Estrategias de afrontamiento.
- Autoeficacia
- Autoconcepto
- Demandas emocionales
- Personalidad Resistente
- Interés social, interés activo en fomentar el bienestar humano
- Satisfacción vital, evaluación holística que la persona hace sobre su vida
- Estrés, estado psicológico negativo con componentes cognitivos y emocionales.

Analizando éstas variables, se observa que el exceso de trabajo y la carga laboral excesiva tienden a ser desfavorables a diferencia de los niveles moderados; los niveles altos de sobrecarga laboral objetiva y presión horaria disminuyen el rendimiento cognitivo, aumentan el malestar afectivo y aumentan la reactividad fisiológica. (Ramírez y Zurita, 2010)

Uno de los estudiosos del tema plantea una gran interrogante acerca de si dentro del proceso tradicional de formación de los médicos especialistas, se están descuidando o no competencias indispensables tales como las habilidades de adaptación al entorno de sus necesidades, a las habilidades de afrontamiento y las de promulgar su autocuidado. El hecho de que los profesionales médicos no tengan precaución y cuidado de su propia salud en la forma de cómo lo aconsejan a sus pacientes, es una paradoja.

1.4.4. Variables moduladoras ante situaciones de estrés en profesionales de la salud.

Ramírez y Groenow (2012), hace referencia a Sanchez (2000), quien plantea una serie de moduladores que son los que mediatizan la producción del estrés; entre éstos se mencionan:

- Recursos materiales disponibles, dinero, empleo y vivienda son intermediadores que en ausencia de ellos se prevé un distrés difícil de manejar.

- Autoestima y aceptación, la falencia de estos factores se concibe en un proceso que amerita un tiempo.
- Personalidad, es un factor muy variable y determinante al momento de manejar las emociones frente a situaciones adversas, particularidad que se denota en su forma de pensar, actuar y sentir.
- Formación y experiencia.
- Apoyo social, altruismo de cada persona por ayudar a la humanidad.
- Estilo de afrontamiento, recursos y herramientas con los que cuentan los colaboradores para enfrentar situaciones adversas.

Las relaciones que se generan en el ámbito laboral, pueden ser percibidas como enriquecedoras y como destructivas, cuando son evaluadas negativamente, pueden desatar niveles considerables de estrés y generar un sentimiento de “estar quemado”. Las variables más investigadas en el campo laboral son la densidad social en el lugar de trabajo y la calidad de las relaciones inmersas en él.

Además cuando las relaciones han sido quebrantadas por falta de confianza y ayuda, y se ha generado conflictos, riñas, mal ejercicio de poder, competencias irracionales entre compañeros de trabajo, entre otros; el efecto estresor de otras variables laborales ya mencionadas, son mucho más poderosas; ya que los colaboradores no cuentan con el apoyo social del grupo de trabajo, que es uno de los refugios más importantes para reducir o prevenir el famoso síndrome de Burnout.

CAPÍTULO 2
MARCO METODOLÓGICO

2.1. Objetivos

2.1.1. Objetivo General

Identificar la prevalencia del síndrome de *burnout* y sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización) con relación a la variable apoyo emocional, en médicos/as y enfermeros/as de una institución pública ubicada al norte de la provincia de Pichincha, en los cantones Cayambe y Pedro Moncayo, durante el año 2017.

2.1.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar la muestra investigada de una institución pública ubicada al norte de la provincia de Pichincha, en los cantones Cayambe y Pedro Moncayo, durante el año 2017.
- Determinar las tres dimensiones de Burnout (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización) en la muestra investigada de una institución pública ubicada al norte de la provincia de Pichincha, en los cantones Cayambe y Pedro Moncayo, durante el año 2017.
- Identificar el malestar emocional de la muestra investigada de una institución pública ubicada al norte de la provincia de Pichincha, en los cantones Cayambe y Pedro Moncayo, durante el año 2017.
- Conocer los modos de afrontamiento más utilizados de los profesionales de salud de una institución pública ubicada al norte de la provincia de Pichincha, en los cantones Cayambe y Pedro Moncayo, durante el año 2017.
- Identificar el apoyo social procedente de la red social: vínculos informales y vínculos del lugar de trabajo en profesionales de la salud de una institución pública ubicada al norte de la provincia de Pichincha, en los cantones Cayambe y Pedro Moncayo, durante el año 2017.
- Identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de instituciones sanitarias de una institución pública ubicada al norte de la provincia de Pichincha, en los cantones Cayambe y Pedro Moncayo, durante el año 2017.
- Determinar la relación entre el Burnout y el apoyo emocional de los profesionales de instituciones sanitarias de una institución pública ubicada al norte de la

provincia de Pichincha, en los cantones Cayambe y Pedro Moncayo, durante el año 2017.

2.1.3. Preguntas de Investigación

¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales de la muestra investigada de una institución pública ubicada al norte de la provincia de Pichincha, en los cantones Cayambe y Pedro Moncayo, durante el año 2017?

¿Cuál es la prevalencia del síndrome de *Burnout* en los profesionales de salud (médicos/as y enfermeras) de la muestra investigada de una institución pública ubicada al norte de la provincia de Pichincha, en los cantones Cayambe y Pedro Moncayo, durante el año 2017?

¿Cuál de las tres dimensiones del síndrome de *Burnout* es la que presenta un alto nivel de una institución pública ubicada al norte de la provincia de Pichincha, en los cantones Cayambe y Pedro Moncayo, durante el año 2017?

¿Cuáles son los rasgos de personalidad y las características de salud mental de la muestra investigada de una institución pública ubicada al norte de la provincia de Pichincha, en los cantones Cayambe y Pedro Moncayo, durante el año 2017?

¿Cuáles son los tipos de afrontamiento y apoyo social de una institución pública ubicada al norte de la provincia de Pichincha, en los cantones Cayambe y Pedro Moncayo, durante el año 2017?

¿Cuál es la relación entre el *Burnout* y el apoyo emocional de los profesionales de instituciones sanitarias de una institución pública ubicada al norte de la provincia de Pichincha, en los cantones Cayambe y Pedro Moncayo, durante el año 2017?

2.2. Contexto de la Investigación

En el presente trabajo investigativo se valoró al personal médico y personal de enfermería (tanto hombres como mujeres) de una institución de salud pública; ésta institución se

encuentra localizada geográficamente, al norte de la provincia de Pichincha en los cantones Cayambe y Pedro Moncayo, dicha institución presta servicios de salud de alta calidad y calidez a los pacientes que asisten diariamente.

Ésta entidad cuenta con 22 habitaciones para atender maternidad, cirugía, pediatría, aislamiento, medicina interna, una sala de neonatología, y brindan los siguientes servicios: hospitalización, laboratorio, cirugía, farmacia, gastroenterología, fisioterapia, traumatología, ginecología, pediatría, obstetricia, ginecología, consulta externa, odontología, entre otros. Actualmente, se encuentra equipada con tecnología de alto nivel e instrumentos médicos disponibles para cualquier emergencia, en cuanto a las instalaciones son adecuadas para las diversas demandas, limpias y confortables, facilitando la búsqueda del bienestar de los pacientes, y el pleno ejercicio del derecho a la salud a cabalidad. Es importante mencionar que solo pueden permanecer hasta un máximo de 5 días hospitalizados en caso de existir la medicina, de lo contrario se los transfiere a hospitales de mayor capacidad.

En cuanto a los profesionales, se cuenta con 225 médicos/as y enfermeros/as, quienes son capacitados frecuentemente; ésta Institución es una plaza muy demandada para el cumplimiento del curso de rural y de internado de los profesionales en salud, ya que cuenta con el capital humano requerido para su formación y con variados problemas de salud de un conglomerado multicultural; todos estos factores profundizan en el compromiso de los profesionales para brindar bienestar integral a quienes acudan en búsqueda de un servicio de salud.

2.3. Diseño de Investigación

El método de investigación aplicado en la presente tesis fue exploratorio, su finalidad era abordar un tema poco estudiado desde diferentes perspectivas, se analiza la información desde un enfoque en la variable de apoyo emocional, con el objetivo de realizar una mejor investigación o ampliar y definir ciertos aspectos que no han sido explorados (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

El tipo de investigación que se aplicó fue descriptiva-transversal, el diseño de la investigación se caracteriza por ser: **cuantitativa**, la información obtenida a través de los

instrumentos aplicados a los profesionales fue numérica, **no experimental** ya que no se manejó ninguna de las variables, es decir, se prestó atención a los fenómenos en su ambiente real, además es una investigación transaccional (transversal), se recolectaron los datos en un momento determinado, **descriptiva**, se buscó detallar propiedades y características importantes del fenómeno en estudio, **exploratoria**, se investigó un tema que anteriormente ha sido poco estudiado, y se analiza para realizar un mejor trabajo y **correlacional** ya que se asoció las variables mediante un patrón predecible para entender el fenómeno estudiado (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

2.4. Población y Muestra

La población objeto de este estudio fueron los profesionales médicos y de enfermería que prestan sus servicios en una institución de salud pública ubicada en los cantones Cayambe y Pedro Moncayo.

La muestra fue de accesibilidad, no probabilística y accidental, la muestra invitada para la recolección de información fueron 40 profesionales de la salud (21 médicos/as y 19 enfermeros/as), sin embargo en el proceso de depuración de resultados la muestra real procesadora de datos fue de 35 profesionales de la salud (20 médicos/as y 15 enfermeras) de una población total de 225 profesionales del equipo médico de la Institución, quienes sí cumplieron con los criterios de inclusión de muestra.

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

Los criterios considerados para seleccionar la muestra fueron:

Criterios de inclusión. Ser profesional activo de medicina/enfermería, estar de acuerdo en participar en la investigación, tener 1 año mínimo de experiencia profesional (debido a que la plaza es para rural e internado) y firmar consentimiento informado.

Criterios de exclusión: Ser técnico o auxiliar de enfermería/medicina, no firmar el

consentimiento informado.

2.5. Procedimiento

Para el levantamiento de información en campo, se tuvo que sistematizar un proceso que facilitó el acercamiento y aprobación de la plaza, para el presente estudio, por lo cual se realizó lo siguiente:

- Se solicitó al Director de Tesis una carta formal de presentación de la Universidad y la solicitud de aprobación a la plaza en mención.
- Acercamiento a Recursos Humanos de la institución para exposición de la solicitud y pedido de aprobación para el levantamiento de información (inicio de proceso para aprobación respetando las jerarquías establecidas por la Institución).
- Una vez aprobada la solicitud, se realizó una entrevista con el Dr. encargado del proceso para solicitar a los jefes de área el apoyo con el personal para la investigación, se remitió 3 emails a 3 subdirectores para que conozcan sobre la investigación, dispongan al personal y faciliten las entrevistas de acuerdo a los horarios y disponibilidad de los médicos y enfermeras, recalando que los sitios eran en diferentes ubicaciones dentro del Cantón Cayambe y Pedro Moncayo.
- La entrevista fue personal en el sitio de trabajo, otras entrevistas grupales en un salón de reuniones, y otras a distancia; es decir, a todos se les explicó el objetivo de la investigación, la importancia del consentimiento informado y el llenado de los instrumentos. Quienes estaban en el área de emergencias y bajo turno, prefirieron llevarse a llenar en casa, los otros lo realizaron ese momento.
- Al finalizar el proceso de levantamiento de información, se procedió a depurar la información, eliminando los cuestionarios incompletos y los que no tenían el consentimiento informado, es importante mencionar que el procesamiento de datos se realizó a través del SPSS-23 se trabajó con datos descriptivos y correlaciones.

2.6. Métodos, técnicas e instrumentos de investigación.

Los instrumentos que facilitaron la recopilación de la información para alcanzar los objetivos de esta tesis fueron:

2.6.1. Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales AD-HOC.

Este cuestionario tiene como objetivo sustraer información de tipo sociodemográfica como género, edad, número de hijos, etnia, estado civil, ingresos mensuales, experiencia profesional, sector de trabajo, tipo de contrato, turnos, número de pacientes, recursos institucionales y clima laboral; estos datos laborales y personales son pertinentes en el estudio del síndrome de burnout.

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

El inventario de *burnout* de Maslach [MBI-HSS] (1997), permite detectar la presencia de burnout evaluando tres escalas a través de 22 enunciados y utiliza la escala de Likert con puntuaciones de 0 a 6, las escalas son:

- a) Agotamiento emocional (muestra el nivel de cansancio por la demanda de su trabajo), compuesta por 9 ítems (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20)
- b) Despersonalización (grado de frialdad y de distanciamiento laboral), compuesta por 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22)
- c) Realización personal (grado de realización y autoeficacia), compuesta por 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) este cuestionario utiliza la escala de Likert con puntuaciones de 0 a 6.

Las puntuaciones máximas son en agotamiento emocional 54, despersonalización 30 y realización personal 48. A pesar de que no hay apreciaciones a nivel clínico para medir la presencia o ausencia del *burnout* se toman las puntuaciones altas en agotamiento emocional y despersonalización, y para la realización personal se consideran las puntuaciones bajas. Maslach y Jackson (1986)

Con respecto a las características psicométricas, el inventario, es recomendable si el coeficiente alfa de Cronbach se encuentra entre 0.7 y 0.9 (González et al., 2008).

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

Este instrumento tiene la característica de ser auto-administrado para conocer la valoración personal acerca del estado de salud. El cuestionario cuenta con 28 enunciados que sirven para verificar la presencia de pequeños problemas psiquiátricos y estado de la salud mental del encuestado. En cuanto a las propiedades psicométricas, cuenta con el punto de corte de 5/6 indicador de la existencia de un caso probable, con sensibilidad = 84.6% y especificidad = 82% (Lobo, et al., 1986), y con un valor de alfa de Cronbach de 0.89. Existen cuatro sub-escalas que ayudan a la medición:

1. Síntomas somáticos: Dolores de cabeza, espalda, temblores, cansancio, entre otros.
2. Ansiedad: Nerviosismo, miedo, problemas para conciliar el sueño.
3. Disfunción social: Sentimientos hacia las actividades que realiza durante el día.
4. Depresión: Sentimientos de valoración negativa, pensamientos de muerte.

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

Este instrumento está enfocado en conocer los diversos tipos de respuesta del encuestado frente a situaciones complicadas y que generan estrés. (Vargas, Herrera, Rodríguez y Sepúlveda-Carrillo, 2010). Ésta escala está compuesta por 28 ítems que evalúan los tipos de afrontamiento y entre éstos tenemos:

- Afrontamiento activo: Actividades y acciones encaminadas a la búsqueda de soluciones para los diversos problemas.
- Auto-distracción: Desviar la atención en diversas actividades con el fin de evadir el problema u olvidarlo.
- Negación: No aceptar lo que sucede y así no confrontar el problema.

- Consumo de sustancias: Consumir sustancias para evadir el problema.
- Búsqueda de apoyo emocional: Dependencia afectiva en terceros.
- Uso de apoyo instrumental: Indaga en guías que abordan situaciones problemáticas similares y orientan como enfrentarlas.
- Retirada de comportamiento: No prestar atención al problema con la esperanza de que se resuelva solo.
- Katarsis: Desahogo multiforme de los sentimientos que ha provocado el problema.
- Replanteamiento positivo: Analizar problema para obtener un aprendizaje.
- Planificación: Establecimiento sistemático de varios pasos a seguir para manejar el problema de una mejor forma.
- Humor: Convertir un problema en un suceso gracioso para menguar importancia.
- Aceptación: Concientizar la existencia del problema y asumirlo con responsabilidad.
- Religión: Refugio en diversos tipos de espiritualidad.
- Culpa de sí mismo: Sentirse culpable por los problemas vividos.

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

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

El cuestionario creado por Survey; Sherbourne y Steward, (1991); versión española Revilla, Luna del Castillo, Bailón y Medina, (2005). Este instrumento multidimensional es autoadministrado e identifica cuatro dimensiones de apoyo social, y cuenta con 20 ítems

enfocados en indagar la amplitud de la red social del individuo.

- Apoyo emocional: Contar con una persona que brinde orientación y consejo.
- Apoyo instrumental: Ayuda doméstica.
- Relaciones sociales: Tener personas para comunicarse y distraerse
- Apoyo afectivo: Contar con personas que demuestren amor, cuidado y apoyo.

Utiliza una escala de Likert de 5 puntos, que va de 1 (nunca) a 5 (siempre), consta de un alfa de Cronbach de 0.97 y para las subescalas entre 0.91 y 0.96.

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

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

- Neuroticismo: Puntuaciones mayores muestran ansiedad, cambios de humor, desórdenes psicosomáticos y las puntuaciones mínimas muestran calma, control emocional. La escala mide si la persona es neurótica o estable.
- Extraversión: Puntuaciones altas definen una persona sociable, impulsiva, optimista, flexible al cambio, en tanto que las puntuaciones bajas muestran una tendencia al retraimiento, desconfianza, reserva, control y baja tendencia a la agresión.
- Psicoticismo: Altas puntuaciones muestran despreocupación, crueldad, baja empatía, conflictividad, pensamiento rudo.
- Sinceridad: Evalúa la tendencia a dar respuestas de deseabilidad social, busca impresionar positivamente, busca la veracidad de las respuestas.

El alfa de Cronbach en relación a las dimensiones son: extroversión 0.74, neuroticismo 0.78, psicoticismo 0.63 y sinceridad de 0.54 (Sandín, et al., 2002).

2.7. Recursos

HUMANOS	MATERIALES	ECONOMICOS
Doctores.	Impresora.	150,00 USD.
Doctoras.	Computadora.	300,00 USD.
Enfermeros.	Internet.	300,00 USD.
Enfermeras.	3 Resmas de hojas.	12,00 USD.
Doctores Especializados.	Esferos.	16,00 USD.
Investigadora.	Tijeras. Cds.	0,60 USD.
Equipo de Investigación	Anillados.	1,00 USD.
UTPL.	Libros copias.	4,50 USD.
Autoridades de la	Transporte.	70,00 USD.
Institución Pública.	Mochila.	10,00 USD.
	Matrícula y Derechos	20,00 USD.
	Empastado	580,00 USD.
	Varios	180,00 USD.
	TOTAL	100,00 USD.
		1744,10 USD.

CAPÍTULO 3
ANÁLISIS DE DATOS Y DISCUSIÓN DE
RESULTADOS

3.1. Análisis de datos y discusión de resultados

3.1.1. Variables Sociodemográficas.

Esta sección corresponde al análisis e interpretación de tres matrices (Matriz 1. Características sociodemográficas. Matriz 2. Características laborales y Matriz 3. Percepción del clima laboral) de los médicos y enfermeros/as.

En la tabla 1. Se procede a realizar un análisis de acuerdo a la participación mayoritaria en cuanto a sexo, edad promedio, número de hijos, etnia y estado civil.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud

VARIABLES	Médicos/as		Enfermeros/as	
	N	%	N	%
Sexo				
Hombre	6.0	30.0	3.0	20.0
Mujer	14.0	70.0	12.0	80.0
Total. de profesionales de la salud	20.0	57.1	15.0	42.9
Edad				
<i>M</i>	33.9		33.7	
<i>DT</i>	10.9		11.4	
Max	61.0		54.0	
Min	22.0		24.0	
Número de hijos/as				
<i>M</i>	0.9		1.1	
<i>DT</i>	0.8		0.7	
Max	2.0		2.0	
Min	0.0		0.0	
Etnia				
Mestizo/a	19.0	95.0	14.0	93.3
Blanco/a	0.0	0.0	0.0	0.0
Afroecuatoriano/a	0.0	0.0	0.0	0.0
Indígena	1.0	5.0	1.0	6.7
Estado civil				
Soltero/a	7.0	35.0	7.0	46.7
Casado/a	11.0	55.0	6.0	40.0
Viudo/a	0.0	0.0	0.0	0.0
Divorciado/a	1.0	5.0	1.0	6.7
Unión libre	1.0	5.0	1.0	6.7

Fuente: Cuestionario sociodemográfico AD HOC
Elaborado por: Freire, M. (2017)

Del total de participantes el 57,1% fue personal médico y 42,9% personal de enfermería. Con relación a los datos obtenidos por los profesionales médicos, se tiene el 70% de sexo

femenino y el 30% de sexo masculino; en cuanto al personal de enfermería, se puede observar de la misma forma, que el sexo femenino prima con un 80% sobre el sexo masculino con un 20%. Con respecto a la variable edad, se encuentra que el promedio en los médicos es de 33.9 años y en enfermería es el 33.7 años. Variables que muestran que el promedio de edad es similar en las dos profesiones.

Con respecto al número promedio de hijos en el personal médico es de 0.9, mientras que en el personal de enfermería es de 1.1. Con relación a la etnia, prevalece el mestizo en las dos profesiones con 95% y 93.3% respectivamente. Es interesante señalar que el 55% de médicos se encuentran casados, mientras que el 46.7% de enfermeros/as son solteros siendo que la edad promedio en los dos casos es de 33 años. Y el porcentaje de divorciados y unión libre son similares respectivamente 5% para médicos, y 6.7% para el personal de enfermería.

En la Tabla 2. Las siguientes variables como ingresos mensuales, años de experiencia, sector de trabajo, clase de contrato, horas de trabajo diarias, número de pacientes atendidos cada día, recursos provistos por la institución y turnos de trabajo se analizarán en esta tabla.

Tabla 2. Características laborales de los profesionales de la salud

VARIABLES	Médicos/as		Enfermeros/as	
	n	%	n	%
Ingresos mensuales				
0 a 1000	8.0	40.0	9.0	60.0
1001 a 2000	6.0	30.0	6.0	40.0
2001 a 3000	6.0	30.0	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>	7.2		8.1	
<i>DT</i>	7.5		10.1	
Max	25.0		29.0	
Min	1.0		1.0	
Sector en el que trabaja				
Público	14.0	77.8	15.0	100.0
Privado	1.0	5.6	0.0	0.0
Ambos	3.0	16.7	0.0	0.0
Tipo de contrato				
Eventual	0.0	0.0	3.0	20.0
Ocasional	7.0	36.8	2.0	13.3

Plazo fijo	1.0	5.3	2.0	13.3
Nombramiento	8.0	42.1	8.0	53.3
Servicios profesionales	3.0	15.8	0.0	0.0
Ninguno	0.0	0.0	0.0	0.0
Horas diarias de trabajo				
<i>M</i>	9.6		8.1	
<i>DT</i>	4.9		1.4	
Max	24.0		12.0	
Min	8.0		6.0	
Nº de pacientes/día				
<i>M</i>	29.7		29.8	
<i>DT</i>	21.6		17.8	
Recursos Institucionales				
Totalmente	1.0	5.0	1.0	6.7
Mediadamente	17.0	85.0	13.0	86.7
Poco	2.0	10.0	1.0	6.7
Nada	0.0	0.0	0.0	0.0
Turnos				
Si	6.0	30.0	9.0	64.3
No	14.0	70.0	5.0	35.7

Fuente: Cuestionario de variables laborales AD HOC
Elaborado por: Freire, M. (2017)

En relación a las características laborales, se puede observar que el personal médico es mejor remunerado que el personal de enfermería, es así que el 60% de médicos ganan sobre los 1000 USD, mientras que el 60% de enfermeras o enfermeros ganan menos de los 1000 USD. Con respecto a la media en cuanto años de experiencia, para el personal médico es de 7.2 años y para el personal de enfermería es de 8.1 años, años de experiencia casi iguales a pesar que la preparación para médico es de mayor número de años. El sector en el que laboran la mayoría de participantes es en el público, siendo 77.8% para los médicos y el 100% para los enfermeros. El tipo de contrato general es el de nombramiento, siendo para los médicos el 42.1% y para el personal de enfermería el 53.5%. En los médicos la media en cuanto a las horas diarias de trabajo es de 9.6 horas, con un mínimo de 8 horas y un máximo de 12 horas o 24 horas (siempre y cuando cumplan turnos de velada); para los enfermeros, la media es de 8.1 horas, con una mínima de 6 horas y una máxima de 12 horas.

El número promedio de pacientes que atienden diariamente es de 29.7 para los médicos y la media para el personal de enfermería es de 29.8 pacientes al día; en referencia a los recursos necesarios que les facilita la Institución a los participantes, el 85% de los médicos manifestaron que la provisión era medianamente satisfactoria de igual manera

que el personal de enfermería con el 86.7%. Y por último, el 70% de médicos no realizan turnos, mientras que el 64.3% del personal de enfermería si lo realizan.

En la Tabla 3. En esta tabla se extrae la información basada en datos cuantificables con respecto a la percepción del clima laboral de los profesionales de salud. El mayor porcentaje corresponderá al ítem (nada, poco, bastante) mayor valorado.

Tabla 3. Percepción del clima laboral de los profesionales de la salud.

		Profesión			
		Médico/a		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
¿Cuán valorado se siente por sus pacientes?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	7	35.0%	0	0.0%
	Bastante	8	40.0%	13	86.7%
	Totalmente	5	25.0%	2	13.3%
¿Cuán valorado se siente por los familiares de los pacientes?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	8	40.0%	2	13.3%
	Bastante	9	45.0%	11	73.3%
	Totalmente	3	15.0%	2	13.3%
¿Cuán valorado se siente por sus compañeros de profesión?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	1	5.0%	1	6.7%
	Bastante	11	55.0%	7	46.7%
	Totalmente	8	40.0%	7	46.7%
¿Cuán valorado se siente por los directivos la institución?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	5	25.0%	0	0.0%
	Bastante	13	65.0%	8	53.3%
	Totalmente	2	10.0%	7	46.7%
¿Está satisfecho con el trabajo que realiza?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	3	15.0%	0	0.0%
	Bastante	5	25.0%	6	40.0%
	Totalmente	12	60.0%	9	60.0%
¿Está satisfecho en su interacción con los pacientes?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	2	10.0%	0	0.0%
	Bastante	8	40.0%	7	46.7%
	Totalmente	10	50.0%	8	53.3%
¿Está satisfecho con el apoyo brindado por parte de los directivos de la institución?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	4	20.0%	0	0.0%
	Bastante	12	60.0%	7	46.7%
	Totalmente	4	20.0%	8	53.3%
¿Está satisfecho con la colaboración entre compañeros de trabajo?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	0	0.0%	2	13.3%
	Bastante	11	55.0%	6	40.0%
	Totalmente	9	45.0%	7	46.7%
¿Está satisfecho con la valoración global de su experiencia profesional?	Nada	0	0.0%	0	0.0%
	Poco	0	0.0%	1	6.7%
	Bastante	12	60.0%	7	46.7%
	Totalmente	8	40.0%	7	46.7%
¿Está satisfecho está con su	Nada	0	0.0%	0	0.0%

situación económica?	Poco	7	35.0%	3	20.0%
	Bastante	9	45.0%	9	60.0%
	Totalmente	4	20.0%	3	20.0%

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y clima laboral AD HOC
 Elaborado por: Freire, M. (2017)

Al analizar la percepción de los médicos con respecto al clima laboral, el 40% se sienten bastante valorados por los pacientes, frente a un 35% que se sienten poco valorados, el 45% se sienten valorados por sus familiares, frente a un 40% que se sienten poco valorados, como se puede notar es mínima la diferencia y puede responder a causantes circunstanciales; por otro lado, el 55% se siente valorado por sus compañeros de profesión, y el 65% por los directivos de la Institución, más de la mitad expresa el reconocimiento de su eficacia por los directivos y compañeros. En cuanto a la satisfacción que sienten por el trabajo, el 60% se siente totalmente satisfecho, y el 25% bastante satisfecho con relación al trabajo que realizan; con respecto a la interacción con los pacientes, el 50% se siente totalmente satisfecho, y el 40% bastante satisfecho, en cuanto al apoyo brindado por los directivos de la institución el 60% se siente bastante satisfecho, el 55% se siente bastante satisfecho con la colaboración de los compañeros de trabajo y el 45% se siente totalmente satisfecho; y por último la satisfacción global que sienten los médicos con su experiencia es del 100% y con respecto a su situación económica expresan una satisfacción el 65%.

Por otro lado, el personal de enfermería con respecto a clima laboral expresó lo siguiente: el 100% se sienten bastante valorados por los pacientes, el 86.6% se sienten valorados por sus familiares, el 93.4% se sienten valorados por sus compañeros de profesión, y el 100% se sienten valorados por los directivos de la Institución. Hay una percepción de valoración más alta que en los médicos. En cuanto al nivel de satisfacción, el 100% expresó estar satisfecho con el trabajo que realizan, con la interacción con los pacientes y con el apoyo brindado por los directivos de la institución, y el 86.7% expresó satisfacción con la colaboración prestada por los compañeros de trabajo. Así mismo el 100% se siente satisfecho en cuanto a la valoración global de su experiencia profesional y el 80% se siente satisfecho con respecto a su situación económica.

En términos generales, se observa que el personal de salud de ésta Institución tiene una percepción positiva del ambiente de trabajo y se sienten valorados y satisfechos con su función; a pesar de la diferencia de los porcentajes con respecto a la profesión, en los dos

casos sobrepasan el 70% de aceptación. Es importante resaltar que estas variables de valoración y satisfacción están muy relacionadas con la variable apoyo emocional, que tiene una función preventiva del síndrome de Burnout.

3.1.2. Inventario de Burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson.

En esta sección se analizarán 2 tablas (Tabla 4. Resultados de las dimensiones del Burnout en los profesionales de la salud, y la Tabla 5. Resultados de los casos de Burnout en los profesionales de la salud.), con el fin de verificar la existencia o no de Burnout y el porcentaje en sus dimensiones.

En la tabla 4. Analizar los altos niveles de agotamiento emocional, despersonalización; y los bajos niveles de realización personal.

Tabla 4. Resultados de las dimensiones del Burnout en los profesionales de la salud

		Profesión			
		Médico/a		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Agotamiento emocional	Bajo	7	35.0%	8	53.3%
	Medio	4	20.0%	6	40.0%
	Alto	9	45.0%	1	6.7%
Despersonalización	Bajo	9	45.0%	10	66.7%
	Medio	6	30.0%	4	26.7%
	Alto	5	25.0%	1	6.7%
Realización personal	Bajo	11	55.0%	6	40.0%
	Medio	4	20.0%	3	20.0%
	Alto	5	25.0%	6	40.0%

Fuente: Inventario de burnout de Maslach (Maslach Burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson. 1986)
Elaborado por: Freire, M. (2017)

En cuanto a los resultados de las dimensiones del Burnout, los profesionales médicos de la salud obtuvieron las siguientes puntuaciones: 45% alto nivel con relación a la dimensión agotamiento emocional, 25% alto nivel con relación a la dimensión despersonalización; y

el 55% bajo nivel con relación a la dimensión realización personal. Sin embargo, en el personal de enfermería los porcentajes fueron relativamente inversos, es así que 6,7% alto nivel con respecto agotamiento emocional y despersonalización, y 40% para bajo y alto nivel de realización personal.

La dimensión realización personal en el personal de enfermería merece mención especial, ya que el 40% se sienten altamente realizados y el 40% no se sienten realizados, lo cual puede responder al ejercicio de un rol determinado y no al ejercicio de la profesión como tal. Es de esta manera que la incidencia de la variable en estudio “apoyo emocional”, se observa directamente en la manifestación de ciertos síntomas que desembocan en el padecimiento del Burnout.

Tabla 5. Resultados de los casos de Burnout en los profesionales de la salud.

		Profesión			
		Médico/a		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Burnout	No presencia	20	100.0%	15	100.0%
	Presencia	0	0.0%	0	0.0%

Fuente: Inventario de Burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI]; Maslach y Jackson, 1986)
Elaborado por: Freire, M. (2017)

Con la información obtenida con la aplicación de la herramienta MBI, hubo porcentajes de ciertas variables que podrían potencializar la presencia del Síndrome de Burnout, y hay que considerarlos intencionalmente para realizar un trabajo preventivo en la Institución; sin embargo, su porcentaje global no es suficiente para determinar la presencia de Burnout en el personal de Salud de ésta Institución, tanto en médicos como enfermeros/as.

3.1.3. Cuestionario de Salud General (ghq-28)

En este apartado, interpretaremos y analizaremos una tabla (Tabla 6. Malestar emocional de los profesionales de la salud.)

En la Tabla 6. Se analizará los casos encontrados en cada una de las subescalas (síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social, depresión) para establecer una comparación entre los dos grupos, médicos y enfermeros.

Tabla 6. Malestar emocional de los profesionales de la salud.

		Profesión			
		Médico/a		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Síntomas somáticos	No caso	14	73.7%	8	53.3%
	Caso	5	26.3%	7	46.7%
Ansiedad	No caso	10	50.0%	9	60.0%
	Caso	10	50.0%	6	40.0%
Disfunción social	No caso	20	100.0%	15	100.0%
	Caso	0	0.0%	0	0.0%
Depresión	No caso	20	100.0%	12	85.7%
	Caso	0	0.0%	2	14.3%

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

Elaborado por: Freire, M. (2017)

En cuanto al malestar emocional los resultados obtenidos por el cuestionario suministrado fueron: ansiedad 50%, síntomas somáticos 26.3%; mientras tanto que no se evidencia manifestación alguna con relación a la disfunción social y depresión. En lo referente al personal de enfermería, los síntomas que más se evidenciaron fueron los síntomas somáticos 46.7%, ansiedad 40% y depresión 14.3%.

Se observa que el 50% del personal médico vive situaciones de ansiedad, y el otro 50% no manifiesta vivenciar estas situaciones. Esta distinción responde a la presencia del apoyo emocional recibido por el personal de salud, a mayor apoyo emocional, menor presencia de sintomatología en la salud general.

3.1.4. Cuestionario De Afrontamiento (Brief – Cope)

En esta sección se procede analizar e interpretar una tabla relacionada con las Estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud.

En la tabla 7. Se establece una comparación entre el personal médico y enfermeras con respecto a las cuatro estrategias de afrontamiento que tenga la media más alta.

Tabla 7. Estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud.

	Profesión							
	Médico/a				Enfermero/a			
	M	DT	Máx.	Mín.	M	DT	Máx.	Mín.
Auto distracción	2.5	1.9	6.0	.0	2.4	1.6	6.0	.0
Afrontamiento activo	2.4	1.6	5.0	.0	2.9	1.5	6.0	.0
Negación	.9	1.2	3.0	.0	.8	1.1	3.0	.0
Uso de sustancias	.2	.5	2.0	.0	.5	.9	3.0	.0
Apoyo emocional	1.2	1.5	4.0	.0	1.3	1.7	6.0	.0
Apoyo instrumental	1.3	1.2	4.0	.0	1.9	2.0	6.0	.0
Retirada de comportamiento	1.0	1.2	3.0	.0	1.2	1.7	5.0	.0
Desahogo	1.5	1.4	4.0	.0	1.9	1.5	5.0	.0
Replanteamiento positivo	1.9	1.5	5.0	.0	2.0	2.0	6.0	.0
Planificación	2.2	1.8	6.0	.0	2.1	1.8	6.0	.0
Humor	1.3	1.5	4.0	.0	.9	1.1	3.0	.0
Aceptación	2.2	1.8	6.0	.0	2.1	1.8	6.0	.0
Religión	1.7	1.4	6.0	.0	1.7	1.4	5.0	.0
<u>Culpa de sí mismo</u>	1.9	1.7	6.0	.0	1.8	1.6	5.0	.0

Fuente: Inventario COPE-28 (Brief COPE; Carver, 1997).
Elaborado por: Freire, M. (2017)

En la tabla de estrategias de afrontamiento se observó que, las variables que poseen una media más alta en la muestra del personal médico son: autodistracción (2.5), afrontamiento activo (2.4) planificación y aceptación (2.2); en tanto que, en el personal de enfermería se evidencia afrontamiento activo (2.9), autodistracción (2.4), planificación y aceptación (2.1) y replanteamiento positivo (2.0). En cuanto al personal de enfermería los resultados son: afrontamiento activo (2.9), auto distracción (2.4), planificación y aceptación (2.1) y replanteamiento (2.0).

Con estos resultados se puede observar que las estrategias de afrontamiento del personal de salud no son lo suficientemente fortalecidas, tienen una puntuación relativamente baja, por lo cual se manifiesta cierto grado de dificultad para enfrentar la presión y demanda de

su profesión. Es interesante ver que en la muestra investigada no hay ninguna estrategia de afrontamiento que sobresalga en su puntuación, todas se mantienen en una media de dos.

3.1.5. Cuestionario De Apoyo Social (Ap)

En este apartado, se procede al análisis e interpretación de una tabla relacionada con la Percepción del apoyo social de los profesionales de la salud.

En la tabla 8. Se realizará una comparación de la media más alta entre los grupos.

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

	Profesión							
	Médico/a				Enfermero/a			
	M	DT	Máx.	Mín.	M	DT	Máx.	Mín.
Apoyo emocional	73.3	24.4	100.0	25.0	81.6	18.2	100.0	55.0
Apoyo instrumental	77.0	23.6	100.0	30.0	74.7	20.1	100.0	35.0
Relaciones sociales	82.3	21.9	100.0	25.0	81.7	16.4	100.0	55.0
<u>Amor y cariño</u>	82.7	25.7	100.0	20.0	84.0	19.2	100.0	40.0

Fuente: Cuestionario de Apoyo Social MOS (MOS Social Support Survey; Sherbourne y Steward,1991).
Elaborado por: Freire, M. (2017)

Con respecto al apoyo social de los profesionales de salud, se puede observar que la media más alta para los dos casos es el indicador amor y cariño, para el personal médico (82.7) y para el personal de enfermería (84.0), seguida de la variable relaciones sociales, para el personal médico (82.3) y para el personal de enfermería (81.7); apoyo instrumental (77.0) para médicos, mientras que para el personal de enfermería según este orden de ubicación está apoyo emocional (81.6); por último apoyo emocional (73.3) para médicos y apoyo instrumental (74.7) para los enfermeros/as.

Con esta información se observa en términos generales, que hay una fuerte presencia de la variable moduladora apoyo social en el personal de salud de la Institución.

3.1.6. Cuestionario De Personalidad (Epqr-A)

En este apartado, se interpretará y analizará una tabla (Tabla 9. Rasgos de personalidad de los profesionales de la salud.)

En la tabla 9. Se realiza un análisis del rasgo más alto y se lo compara con los dos grupos.

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

	Profesión							
	Médico/a				Enfermero/a			
	M	DT.	Máx.	Mín.	M	DT.	Máx.	Mín.
Neuroticismo	2.1	1.7	5.0	.0	2.3	1.5	5.0	.0
Extroversión	4.0	1.7	6.0	1.0	3.4	2.1	6.0	.0
<u>Psicoticismo</u>	1.9	.7	3.0	1.0	1.8	.9	3.0	1.0

Fuente: Cuestionario de Personalidad de Eysenck Revisado-Abreviado (Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated [EPQR-A]); Francis. Brown y Philipchalk, 1992)
Elaborado por: Freire, M. (2017)

Al respecto de los rasgos de personalidad de los profesionales de salud, se puede observar que la extroversión es la más destacada en las dos profesiones, con una puntuación de 4.0 para el personal médico y 3.4 para el personal de enfermería, seguido de neuroticismo, médicos 2.1 y personal de enfermería 2.3; por último el rasgo de psicoticismo, 1.9 para médicos y 1.8 para enfermeros.

Tabla 10. Correlación entre apoyo emocional y dimensiones del burnout.

	Apoyo emocional		
	<i>r</i>	<i>p</i>	n
Agotamiento emocional	-.487**	.004	33
Despersonalización	-.301	.094	32
Realización personal	.225	.215	32

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

La Tabla 10. Muestra una relación entre apoyo emocional y agotamiento emocional existiendo una correlación muy significativa entre estas variables, $r(33) = -.487$, $p = .004$.

Por consiguiente, mientras mayor sea el apoyo emocional recibido, menor será el agotamiento emocional. También indica que no existe correlación significativa entre apoyo emocional y las dimensiones restantes (despersonalización, realización personal).

Anteriormente se analizó que no hay presencia de Burnout en el personal médico y de enfermería, pero sí se evidencia una afectación en el personal en cuanto al agotamiento emocional, que es uno de los componentes del síndrome de Burnout, por lo cual, hay que considerar este indicador para desarrollar un trabajo que contrarreste la presencia del síndrome “estar quemado” en el personal de salud de la Institución.

3.2. Discusión de Resultados

En la muestra estudiada se encontró que las profesiones de medicina y enfermería son ejercidas mayoritariamente por mujeres, el 70% de los médicos y el 80% de enfermeros/as son de sexo femenino. Este predominio en cantidad del sexo femenino sobre el masculino coincide con diversos estudios internacionales donde las muestras son prevalecientes por este género. (Aranda, 2006; Arias y Castro, 2013).

Con respecto a la variable edad, se puede visualizar que el promedio en los médicos y enfermeros/as es de 33 años, y este promedio de edad en comparación con otros estudios realizados no es tan afectado por el síndrome, como lo son las edades superiores a los 40 años, ya que el agotamiento emocional y la falta de realización se potencializan a medida que los profesionales avanzan en edad. (Atance, 1997; Torres, Pérez, Vélez, Rodríguez, Guillén, y Béjar, 2006).

En cuanto al número de hijos promedio en el personal de salud es 1, datos que concuerdan con otros estudios donde el promedio de hijos por hogar en Ecuador es 1 (INEC, 2010), por lo cual se puede concluir que en la actualidad no es prioridad construir familias numerosas. Es importante mencionar otras investigaciones que generalizan el promedio de miembros de familia hasta cuatro miembros. (Matute y Jarrín, 2016, p 32); y el porcentaje de hogares con 2 y 3 miembros es el 44,3%, con un 19,9% con jefatura femenina y 18,3% con jefatura masculina (Ferreira, García, Macías, Pérez, Tomsich, 2010, p18). Por lo cual se puede concluir que padre y madre son fuente económica activa de los hogares, y la mayoría se encuentran trabajando fuera de casa.

Con relación a la etnia, prevalece el mestizo en las dos profesiones, datos corroborados por (Ferreira et al., 2010) siendo mujeres mestizas 72,6% y hombres mestizos 71,3, que es la etnia que prevalece en Ecuador.

Respecto al estado civil, es interesante señalar que el 55% de médicos se encuentran casados, mientras que el 46.7% de enfermeros/as son solteros siendo que la edad promedio en los dos casos es de 33 años. Es poco el porcentaje que diferencia la situación conyugal en relación a la profesión; por lo cual se puede determinar que sí existe una incidencia en una de las dimensiones del Burnout, que es el agotamiento emocional, ya que los casados cuentan con más apoyo emocional que los solteros, y que los solteros tienen doble carga emocional con el trabajo y los hijos, ya que la mayoría eran madres solteras. (Cabana, García, García, Melis y Dávila, 2009; Sandoval, González, Sanhueza, Borjas, Odgers, y Figueroa, 2007; García, Zúñiga, Santillán, Velázquez, y Fiesco, 2009; Ramirez y Groenow, 2012).

Con relación a las características laborales, se puede observar que el personal médico es mejor remunerado que el personal de enfermería, es así que el 60% de médicos ganan sobre los 1000 USD. A pesar de la diferencia en la remuneración de médicos y enfermeros/as, el ingreso percibido por el personal de salud, es superior al costo de la canasta básica para la Sierra 721,65 USD (INEC, 2017); sin embargo, al relacionar los ingresos como incentivo laboral y compararlo con los dos tipos de profesiones, si existe una inconformidad marcada en el 40% de médicos y el 60% del personal de enfermería que su ingreso es menor a los 1000 USD., situación que concuerda con otros estudios de Burnout donde se observa que la inconformidad con el factor económico, ha causado mayor impacto en los profesionales con respecto a su nivel de satisfacción (Reyes, Reyes, y Cofiño, 2012; Alvarez, H. 2016). Es menester mencionar que el salario no representa solo un valor, se convierte en el apoyo instrumental para los profesionales de la salud, propiciando resultados directos en su desempeño, a mayor salario mayor esfuerzo, o viceversa (Gomero, Palomino, Ruíz y Llap, 2005).

Con respecto a la media de experiencia, para el personal médico es de 7 años y para el personal de enfermería es de 8 años, datos que concuerdan con otros estudios (García et al., 2009; Riquez, Hernández y Fernández, 2008). El sector en el que laboran la mayoría de participantes es en el público, estos datos son opuestos a la información compartida por el Ministerio de Salud Pública (2012), donde muestran que el incremento del personal médico en esta última década es en el sector privado es del 80%.

El tipo de contrato que prevaleció es el de nombramiento y la media en cuanto a las horas diarias de trabajo es de 9 horas para los médicos y 8 horas para los enfermeros/as. Estos datos son están dentro del marco laboral establecido por el Ministerio de Relaciones Laborales (2011, p.1-2) en relación a las Unidades de Atención Médica, donde se establece el cumplimiento de la jornada de trabajo de 8 horas diarias efectivas y continuas para los profesionales de la salud bajo la modalidad de nombramiento o contrato de servicios ocasionales.

El número promedio de pacientes que atienden diariamente es de 29 para los médicos y personal de enfermería, número de pacientes que sobre pasa a lo dictaminado por la norma técnica de atención al paciente, donde se señala que el personal de salud atiende un paciente en 15 minutos o máximo 20 minutos (MSP, Norma técnica, 2013) (Outomouro y Mariel, 2013), por lo cual no se ofrece un servicio de calidad (Redacción Médica, 2017). La sobrecarga laboral producirá una disminución de la eficiencia de las prestaciones de servicios de parte del personal de salud, porque sienten la presión de atender lo más rápido posible a la mayor cantidad de personas, es así que se evidencia una clara relación entre el Burnout y la atención a un número elevado de pacientes afectando directamente a la dimensión de agotamiento emocional. (Atance, 1997; Álvarez y Fernández, 1991; Ortega y López, 2014)

En referencia a los recursos necesarios que les facilita la Institución a los participantes, un alto porcentaje del personal de salud manifestaron que la provisión era medianamente satisfactoria. Estos datos muestran que el personal a pesar de no contar con todos los recursos, sabe utilizar los recursos que tiene; en el Presupuesto 2016 del Ministerio de Salud se muestra que el 6,8% del presupuesto total del Estado se destina para salud en general, pero específicamente el 1% es destinado para inversión y funcionamiento (Ministerio de Salud Pública, 2016), por esta razón que no se cuenta con todos los recursos necesarios.

Por último, el 70% de médicos no realizan turnos, mientras que el 64.3% del personal de enfermería si lo realizan. A pesar que los turnos difieren en horas de trabajo de 24 a 36 horas, se considera que es un factor que podría potencializar a futuro el Síndrome de Burnout en el personal de enfermería, como resultado de una rutina agotadora debido a los turnos. Varios estudios relacionan la incidencia de los turnos con el desgaste profesional en el área de salud, constatan que el rendimiento y la salud mental de los

profesionales son afectados, perturbando su bienestar en general. (Lockley, Barger, Ayas, Rothschild, Czeisler y Landrigan, 2007; Deschamps, Olivares, y Asunsolo, 2011).

En cuanto al análisis del clima laboral, en términos generales, se puede observar que el personal de salud de ésta Institución se siente valorado por los pacientes, familiares, compañeros y jefes, además se sienten satisfechos con su función, en porcentajes diferentes con respecto a su profesión; sin embargo sobrepasan el 70% de aceptación. Estudios que hacen mención a las relaciones interpersonales muestran que la afectación negativa a estas variables son causantes del desarrollo de este síndrome (Griffiths, Leka, Cox, 2004), por ello es una ventaja para el personal valorar sus relaciones positivamente y habría que continuar con el fortalecimiento (apoyo emocional) para mantener la estabilidad emocional de los profesionales.

La significativa valoración y satisfacción respecto al clima laboral, sobre todo con lo relacionado al factor humano, se convierte en una estrategia preventiva en contra del Burnout; las buenas relaciones con las personas crean un ambiente de trabajo adecuado, lo cual implícitamente fortalece al apoyo emocional de los profesionales, de esta manera la conciencia de equipo ayuda a desarrollar un trabajo eficiente y respaldado.

También se aplicó el Inventario del Síndrome de burnout (MBI), donde se puede observar que, en el personal médico la variable agotamiento emocional es del 45%, mientras que en el personal de enfermería es 6,7%; en cuanto a la dimensión de despersonalización, 25% médicos y 6.7% personal de enfermería; y por último, con respecto a la dimensión de realización personal, más de la mitad de los médicos 55% manifestaron sentirse poco realizados, mientras que en los enfermeros/as surgió un dato curioso, el 40% manifestó tener un alto nivel de realización personal y el otro 40% manifestó tener un bajo nivel de realización personal.

Se puede observar que el personal médico de ésta Institución ha sido afectado mayormente en el agotamiento emocional y la realización personal debido a la demanda, presión y gran responsabilidad de su función, dando paso a la variable moduladora que es el apoyo emocional, la misma que tiene relación directa en esta afectación, a mayor apoyo emocional, menor probabilidad de desarrollo de Burnout (Adán, Jiménez, y Herrer, 2004; Alvarez, Arce, Barrios, y Sánchez, 2005). En cuanto al personal de enfermería,

llama la atención la dimensión de realización personal, ya que la puntuación alta y baja responde al mismo porcentaje (40%), por lo cual se considera relevante, en este caso la distinción de funciones designadas entre los profesionales de enfermería, teniendo en cuenta que más de la mitad del personal realizaban turnos mayores a 24 horas (Albaladejo, et al., 2004).

Con relación a las consecuencias en la salud, los síntomas que más se evidenciaron en el personal médico fueron los de ansiedad y síntomas somáticos; datos que coinciden con otros estudios (Moreno, Seminotti, Garrosa, Rodríguez y Morante, 2005). En lo referente al personal de enfermería, los síntomas que más se evidenciaron fueron los somáticos, seguidos de ansiedad y depresión, situación similar a otros estudios (Ivette, Arturo, Elena, y Antonio, 2005; Tello, 2010; Gil Monte, 2003).

El personal médico sufre de ansiedad producto del agotamiento emocional por la atención a un alto número de pacientes en forma permanente y éstos en diversas situaciones críticas físicas y psicológicos (reacciones y necesidades) que la mayoría de las veces son negativas e intensas (Gómez, 2004). Para contrarrestar este mal, hay que fortalecer el apoyo emocional, el cual tiene que estar vigente en la cotidianidad del desempeño de los profesionales.

Los profesionales de la salud de esta Institución utilizan generalmente las mismas estrategias de afrontamiento (autodistracción, afrontamiento activo, planificación y aceptación, y replanteamiento positivo) en su mayoría activas y utilizadas indistintamente, las cuales demuestran tener efectos protectores ante el síndrome de Burnout. (Austria, Cruz, Herrera y Salas, 2012).

El apoyo emocional tiene relación directa con todas las estrategias de afrontamiento tratadas en el estudio, incidiendo a nivel emocional, cognitivo y conductual (Zuluaga, Montoya y Moreno, 2012; Dominguez, 2014; Extremera, Fernández y Durán, 2003); las estrategias de afrontamiento activas o pasivas ayudan a la supresión de pensamientos, sentimientos y actitudes negativas que no ayudan a contribuir con el desarrollo de un ambiente laboral armónico.

Con respecto al apoyo social, se puede observar que el amor y cariño han sido altamente valorados por el personal médico y de enfermería, seguida de relaciones sociales, apoyo instrumental y apoyo emocional. El apoyo social en el ambiente de trabajo es estratégico ya que dichas redes funcionales y estructurales dan cabida a la amistad (confianza, empatía, consejo, apoyo, etc.) dando lugar al sentimiento de valía al ser escuchados, convirtiéndose en refugios sociales con apertura a brindar apoyo emocional en cualquier momento y cualquier circunstancia; por minúsculo que sea el problema, en estas fuentes es donde las diversas perspectivas de los miembros de un grupo social enriquece y desenmascara a los problemas, muchos estudios sobresaltan la labor del apoyo social. (Beltrán, Moreno y Reyes, 2014).

En cuanto al tipo de personalidad que sobresalió en la muestra en estudio fue extroversión, seguido de neuroticismo y por último psicoticismo. Es importante mencionar algunas características de la personalidad, como ejemplo, va muy ligada a la vocación (Gracia, 2015) y tiene relación directa con las estrategias de afrontamiento y Burnout (Jiménez, Hernández, y Gutiérrez, 2000). La extraversión es un rasgo de personalidad que su fortaleza es el ámbito social, por ende la mayoría del personal de salud se identificó con este tipo de personalidad, la cual se convierte en un factor permisivo o de resistencia en cuanto al desarrollo del Burnout. (Morán, 2006)

Finalmente, se observó una correlación muy significativa entre apoyo emocional y agotamiento emocional, $r(33) = -.487, p = .004$. Por consiguiente, se puede determinar que mientras se reciba mayor apoyo emocional, menor será el agotamiento emocional. (Gil-Monte, P. 2005).

Por lo tanto, el resultado porcentual de cada dimensión del Burnout, no es suficiente para determinar su presencia en médicos y en enfermeros/as; sin embargo, si hay dimensiones proclives a desarrollar el síndrome, como es el agotamiento emocional, por lo cual hay que considerarlas con intencionalidad para realizar un trabajo preventivo del síndrome, ya que es considerado un problema moderno de índole individual, social y académico, asociado a factores sociolaborales, contextuales y psicológicos, es aquí que surge la necesidad de formular estrategias preventivas para un adecuado manejo del desgaste profesional en el personal de la salud (Ávila, Gómez, y Montiel, 2010).

CONCLUSIONES

Con respecto a la muestra investigada, sociodemográficamente está conformada por médicos y enfermeros/as mestizas, en su mayoría jóvenes de 33 años aproximadamente y de sexo femenino; los médicos en su mayoría se encuentran casados, mientras que los enfermeros/as la mayoría son solteros con un hijo. En cuanto a la experiencia laboral, el mayor porcentaje se desempeña en el sector público, modalidad nombramiento y con una experiencia entre 7 y 8 años; trabajan alrededor de 8 – 9 horas diarias aproximadamente y atienden a un promedio de 29 pacientes por día, el salario difiere notablemente por profesión, los médicos ganan sobre los 1000 USD, en tanto que el personal de enfermería gana menos de 1000 USD.

La apreciación de los profesionales en cuanto al clima laboral fue bastante positiva, ya que se sienten valorados por los pacientes, familiares y directivos de la Institución, por ende hay un sentimiento de satisfacción con el servicio prestado y con la colaboración del equipo de trabajo.

La prevalencia del síndrome de Burnout en el personal médico y de enfermería es cero; es decir, en la muestra investigada no hay presencia de Burnout.

Los resultados en los médicos con respecto a las dimensiones del Burnout muestran que el agotamiento emocional es alto, la despersonalización es baja y la realización personal es baja; en cuanto al personal de enfermería el agotamiento emocional es bajo, la despersonalización es baja y la realización personal es en igual porcentaje alta y baja, lo que permite observar la existencia de factores que conllevan a un estado de vulnerabilidad y que pueden desencadenar la presencia de casos de Burnout.

Los rasgos de personalidad en la mayoría de los profesionales de la salud de la muestra investigada responden al tipo de extraversión caracterizada por la facilidad de entablar relaciones sociales, coherente con la demanda de su profesión; y en cuanto a la salud mental se evidencia casos de ansiedad y de síntomas somáticos en médicos y enfermeros/as.

Se identificó que el personal de salud cuenta con ciertas capacidades de afrontamiento activas como, autodistracción, afrontamiento activo, planificación y aceptación, pero al momento no se consideran una fortaleza, ya que son limitadas al instante de enfrentar el nivel de tensión laboral; sin embargo, se encontró fortalezas psicoemocionales como la expresión de amor y cariño en sus relaciones interpersonales, por lo cual hay una percepción positiva elevada y edificante de las relaciones sociales, que contribuye favorablemente a resistir el desgaste emocional.

El apoyo emocional cumple un rol importante en el personal de salud, ya que se evidenció que los profesionales se sienten valorados por su círculo inmediato de personas (pacientes, compañeros, familia y directivos) y a la vez muestran un nivel de satisfacción con el ejercicio de su profesión, por tanto, cuentan con sólidas motivaciones que al momento de confrontar el cansancio laboral, los problemas organizacionales o el alto número de pacientes con enfermedades graves, mantienen cierto equilibrio emocional, no dando paso a la presencia de Burnout.

Y por último mencionar que, a pesar de que la presión y demanda laboral en cantidad de pacientes es un fuerte detonante para debilitar a los profesionales, el apoyo emocional ha sido una estrategia eficaz para contrarrestar este síndrome, sin restar importancia a que el agotamiento emocional es alto y podría potencializar la presencia de Burnout.

RECOMENDACIONES

Ya que se observa que el personal de salud investigado presenta agotamiento emocional, baja realización personal, ansiedad y síntomas somáticos, se recomienda a los directivos de la salud desarrollar un plan preventivo enfocado en el apoyo emocional, que ayude a mitigar estos signos, para lo cual se sugiere trabajar a nivel individual, nivel social y nivel organizacional para alcanzar un mayor impacto.

A los directivos de la Institución donde se realizó la investigación se le sugiere trabajar a nivel individual en el fortalecimiento del apoyo emocional de los profesionales, a través de un proceso de sensibilización para fortalecer la motivación principal que incentivó a la elección de su profesión y resignificar el concepto de sí mismos al conseguir ser titulados en salud. Por otro lado, es importante realizar un análisis con relación a las expectativas generadas al iniciar su profesión, anhelos que querían alcanzar como individuos; y por último evaluar desde su experiencia todo tipo de demandas de los pacientes y sus familiares, reconociendo que en ocasiones no se contaba con todos los recursos necesarios para el manejo adecuado de sus emociones.

La intervención a nivel cognitivo enfocada en el fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento que actualmente cuentan y la aprehensión de otras que ayuden a enfrentar las situaciones adversas de una forma adecuada; ejemplos prácticos son los ejercicios de relajación individual antes de iniciar la jornada del trabajo y después de terminarla, ésta técnica preparará mentalmente al profesional, al punto que no ingrese sosegado porque tiene que atender a muchas personas y frustrado al final del día porque se pasó de la hora de trabajo.

También es importante que el profesional concientice en el control del propio ambiente; es decir, la aceptación de la realidad como un proceso de adaptación y una gran oportunidad para generar aprendizajes y des-aprendizajes. Las técnicas que se sugieren son, el biofeedback, reestructuración cognitiva, entrenamiento en resolución de problemas, afrontamiento, inteligencia emocional, asertividad, y autocontrol dirigido a las consecuencias conductuales; estas estrategias ayudarán a contrarrestar la dimensión de agotamiento emocional.

Al Ministerio de salud se recomienda trabajar a nivel nacional en talleres de fortalecimiento del apoyo social, comunicación efectiva y resolución de conflictos del personal, de tal manera que las relaciones sociales saludables aporten al fortalecimiento del apoyo emocional. Los profesionales de salud necesitan reforzar las estrategias de afrontamiento activas para mejorar ciertas habilidades de trato con el paciente, retroalimentación de la información impartida, sobre todo apoyo emocional con consejos, sugerencias o con espacios de katarsis y escucha con atención. Las técnicas que se pueden aplicar son las del juego, convivencias, sociodramas y participación deportiva.

A nivel organizacional se sugiere a la Institución de salud investigada trabajar en planes de mejoramiento de clima laboral, como invertir en infraestructura de espacios sociales acogedores donde el personal pueda acudir para tomarse un café o servirse sus alimentos y sitios seguros para ubicar sus pertenencias. Además se debería trabajar con intencionalidad en la implementación de sistemas de evaluación de 360°, que ayudará a generar apertura hacia las jefaturas, al punto que se sientan escuchados y considerados; sería interesante crear una política interna que solvete la sobrecarga laboral, a través de la claridad en el rol, retroalimentación de su desempeño, oportunidad de crecimiento profesional y promociones, participación y recompensas, sin dejar de lado el trabajo de calidad y calidez.

Al equipo de investigación de la UTP, se sugiere considerar la amplitud de tiempo, concentración que demandan los test, y el contexto donde aplicarlos, para buscar estrategias oportunas para obtener la información requerida y evitar sesgos en la investigación y la indisposición del personal.

Finalmente, a los evaluados se sugiere concientizar en la importancia de la investigación, visualizarla como una oportunidad para medir el cansancio laboral del personal y buscar soluciones que ayuden a paliar los malestares del Burnout, de tal manera que su participación sea voluntaria y no obligada por las autoridades.

BIBLIOGRAFIA

- Adán, J., Jiménez, B., & Herrer, M. (2004). Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Med Clin (Barc)*, 123(7), 265-270.
- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M., & Domínguez, V. (2004). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista española de salud pública*, 78(4), 505-516.
- Alonso, E. (2014). El síndrome de burnout en Trabajo Social. Universidad de Valladolid. Facultad de Educación y Trabajo Social. Trabajo fin de grado UVA.
- Álvarez, R. (2011). El síndrome de burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa. *Éxito empresarial*, 160, 1-4.
- Alvarez, A., Arce, M., Barrios, A., & Sánchez, A. (2005). Síndrome de burnout en médicos de hospitales públicos de la ciudad de Corrientes. *Rev Postgrado Cat Med*, 141, 27-30.
- Álvarez, E., & Fernández, L. (1991). El Síndrome de " Burnout" o el desgaste profesional. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 11(39), 257-265.
- Álvarez, P., Honores, M., & Flor, J. (2015). *Síndrome de Burnout en Médicos del Hospital de Especialidades Guayaquil" Dr. Abel Gilbert Pontón"* (Master's thesis, Espol).
- Aranda, C. (2006). Diferencias por sexo, Síndrome de burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud, Guadalajara, México. *Revista costarricense de salud pública*, 15(29), 1-7.
- Arias, P., & Castro, M. (2013). Prevalencia del Síndrome de Burnout y factores sociodemográficos y laborales asociados en enfermeros (as) profesionales del Hospital Nacional de Niños durante el mes de setiembre 2012. *Sistema de estudios de Postgrado CENDEISSS-CCSS. Tesis para optar por el Postgrado en Psiquiatría, Hospital Nacional Psiquiátrico. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.*

- Arteaga, A. (2015). Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal de Salud. *Revista Médica Panacea*, 4(2).
- Atance, J. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista española de salud pública*, 71(3), 293-303.
- Austria, F., Cruz, B., Herrera, L., & Salas, J. (2012). Relaciones estructurales entre estrategias de afrontamiento y síndrome de Burnout en personal de salud: un estudio de validez externa y de constructo. *Universitas Psychologica*, 11(1).
- Ávila, J., Gómez, L., & Montiel, M. (2010). Características demográficas y laborales asociadas al Síndrome de Burnout en profesionales de la salud. *Pensamiento psicológico*, 8(15).
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: Freeman
- Beltrán, C., Moreno, M., & Reyes, M. (2014). Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o burnout: una revisión. *Psicología y salud*, 14(1), 79-87.
- Bianchini, M. (1997). El Síndrome del Burnout en personal profesional de la salud. *Medicina Legal de Costa Rica*, 13(2-1-2), 189-192.
- Brito, J., Cabrera, H., & Cedillo, J. (2012). Prevalencia y factores influyentes del síndrome de burnout en internos y residentes de los hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga, Cuenca-Ecuador (Tesis).
- Burke, R. (1987). *Burnout in police work: An examination of the Cherniss model*. *Group & Organization Studies*, 12(2), 174-188.
- Buunk, B., & Schaufeli, W. (1993). Burnout: A perspective from social comparison theory.
- Cabana, J., García, E., García, G., Melis, A., & Dávila, R. (2009). El síndrome de Burnout en el personal de una unidad quirúrgica. *Revista Médica Electrónica*, 31(3), 0-0.
- Carlotto, M., & Gobbi, M. (2001). Desempleo y síndrome de Burnout. *Revista de Psicología*, 10(1).
- Cherniss, C. (1980). *Staff burnout: Job stress in the human services* (p. 21). Beverly Hills, CA: Sage Publications.

- Cherniss, C. (1993). Role of professional self-efficacy in the etiology and amelioration of burnout.
- Cotton, D. (1990). *Stress management: an integrated approach to therapy* (No. 17). Psychology Press.
- Cox, T., Kuk, G., & Leiter, M. (1993). Burnout, health, work stress, and organizational healthiness.
- Deschamps, A., Olivares, S. Zabala, R., & Asunsolo del Barco, Á. (2011). Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(224), 224-241.
- Dominguez, E. (2015). Burnout, estrategias de afrontamiento y prevención en trabajadores sociales. (Trabajo Final de Grado). Universidad de la Rioja. España.
- Durán, M. y García, J. (2013). Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos del Ministerio de Salud Pública del Azuay según jornada Laboral 2011 (Tesis doctoral). Universidad de Cuenca. Ecuador.
- Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). *Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions* (Vol. 1). New York: Human Sciences Press.
- Extremera, N., Fernández, P., & Durán, A. (2003). Inteligencia emocional y burnout en profesores. *Encuentros en psicología social*, 1(5), 260-265.
- Fernández, V., Zarate, R., & Lartigue, T. (2010). ¿Para qué estudiar el síndrome de burnout en el personal de enfermería en México?: Precisiones metodológicas para el desarrollo de una línea de investigación. *Enfermería universitaria*, 7(1), 23-35.
- Ferreira, C., García, K., Macías, L., Pérez, A. y Tomsich, C. (2010). *Mujeres y Hombres del Ecuador en Cifras III*. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Ecuador.
- Flor, J., Álvarez, P., y Honores M. (2015). Estudio del síndrome de Burnout (Tesis magistral). Escuela Superior Politécnica del Litoral. Ecuador.
- Freudenberger, H. (1974). Staff burn-out. *Journal of social issues*, 30(1), 159-165.

- Gamba, S. (2008). Feminismo: historia y corrientes. *Gamba, S. Diccionario de estudios de Género y Feminismos. Editorial Biblos, 1-8.*
- García, C., Zúñiga, A., Santillán, M., Velázquez, V., & Fiesco, M. (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.*
- Gascón, S., Montes, M. O., & Ciccotelli, H. (2003). La prevención del burnout en las organizaciones: el chequeo preventivo de Leiter y Maslach. *Revista de psicopatología y psicología clínica, 8(1), 55-66.*
- Gil-Monte, P. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Eletrônica InterAção Psy, 1(1), 19-33.*
- Gil-Monte, P., & Marucco, M. (2008). Prevalencia del "síndrome de quemarse por el trabajo"(burnout) en pediatras de hospitales generales. *Revista de Saúde Pública, 42(3), 450-456.*
- Gil-Monte, P., & Moreno-Jiménez, B. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). *Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide, 36-37.*
- Gil-Monte, P. & Peiró, J. (1999). *Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. Anales de Psicología. 15, 2, 261-268.*
- Gil-Monte, P., Peiró, J., y Valcárcel, P. (1998). Model of burnout process development: An alternative from appraisal models of stress. *Comportamento Organizacional e Gestao, 4(1), 165-179*
- .Golembiewski, R., Munzenrider, R., & Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis. *The Journal of applied behavioral science, 19(4), 461-481.*

- Gomero, R., Palomino, J., Ruíz, F., & Llap, C. (2005). El Síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera de Southern Perú Copper Corporation: estudio Piloto. *Revista médica herediana*, 16(4), 233-238.
- Gómez, R. (2004). El estrés laboral del médico: Burnout y trabajo en equipo. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, (90), 41-56.
- González, M., Mera, L., & Stefanía, L. (2013). *Estudio analítico de las variables sociodemográficas y laborales, trastornos emocionales y perfiles de personalidad en médicos tratantes y residentes con síndrome de Burnout que trabajan en el Hospital Carlos Andrade Marín en el período de diciembre del 2012 y marzo del 2013* (Bachelor's thesis, Pontificia Universidad Católica del Ecuador).
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M., & Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Revista Española de Salud Pública*, 83(2), 215-230.
- Griffiths, A., Leka, S., & Cox, T. (2004). La organización del trabajo y el estrés: estrategias sistemáticas de solución de problemas para empleadores, personal directivo y representantes sindicales.
- Guy, J. (1995). *La vida personal del psicoterapeuta: El impacto de la práctica clínica en las emociones y vivencias del terapeuta* (Vol. 126). Grupo Planeta (GBS).
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2003). Diseños de investigación. *Metodología de la investigación*.
- Hobfoll, S., & Freedy, J. (1993). Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout.
- Hombrados, M. (1997). Estrés y salud. Valencia: Promolibro.
- Ibáñez, J., López, J., Márquez, A., Sánchez, N., Flórez-Alarcón, L., & Vera, A. (2012). Variables sociodemográficas relacionadas al síndrome de Burnout en docentes de colegios distritales: Demographic variables related to teacher Burnout syndrome in school district. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 6(2), 103-116.

- INEC -Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2017). *Canasta Familiar Básica Nacional y por Ciudades*. Ecuador. Junio.
- Ivette, H., Arturo, J., Elena, H., & Antonio, R. (2005). Burnout y síntomas somáticos cardiovasculares en enfermeras de una institución de salud en el Distrito Federal. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 13(3), 125-132.
- Jenaro, C., Flores, N., & González, F. (2007). Síndrome de burnout y afrontamiento en trabajadores de acogimiento residencial de menores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(1).
- Jiménez, B., Hernández, E., & GUTIÉRREZ, J. (2000). Personalidad resistente, burnout y salud. *Escritos de psicología, Málaga*, 4, 64-77.
- Klarreich, S. (1990). *Work without stress: A practical guide to emotional and physical well-being on the job*. Brunner/Mazel.
- Leiter, M. (1993). Burnout as a developmental process: Consideration of models. En W. B. Schaufeli, C. Maslach, y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp.237-250). Washington, DC: Taylor y Francis.
- Leiter, M., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of organizational behavior*, 9(4), 297-308.
- Lockley, S., Barger, L., Ayas, N., Rothschild, J., Czeisler, C., & Landrigan, C. (2007). Effects of health care provider work hours and sleep deprivation on safety and performance. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 33(11), 7-18.
- López, V. (2013). Rasgos, trastornos de personalidad y comorbilidad psiquiátrica de profesionales sanitarios con síndrome de burnout (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid. España.
- Martín, E., & Arias, R. (2014). *El síndrome del burnout en el profesorado de la ESO* (Doctoral dissertation, Universidad Complutense de Madrid).

- Martín, M., Fernández, F., Gómez, R., & Martínez, F. (2001). Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Aten Primaria*, 27(05), 313-7.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981). MBI: Maslach burnout inventory. *Palo Alto, CA*.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior*, 2(2), 99-113.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1986). MBI: Maslach Burnout Inventory. Manual Research Edition. Palo Alto: University of California.
- Maslach, C., Jackson, S. & Leiter, M. (2006). Maslach burnout inventory. CPP.
- Matute, M., Jarrín, G. (2016). Familia en cifras – Ecuador 2016. Actualización – 2da edición.
- Melita, A., Cruz, M., & Merino, J. (2008). Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la octava región, Chile. *Ciencia y enfermería*, 14(2), 75-85.
- Ministerio de Relaciones Laborales (2011). Resolución N°MRL-2011-000033 de 2 de febrero del 2011.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud (2012). Datos Esenciales de Salud: una mirada a la década 2000 – 2010.
- Ministerio de Salud (2016). Presupuesto 2016. Unidades Ejecutoras. Ministerio de Salud proyectos de inversión. Ecuador.
- Miranda, V., Monzalvo, G., Hernández, B., & Ocampo, M. (2016). Prevalencia del síndrome de burnout en personal de enfermería de dos instituciones de salud. *Rev. enferm. Inst. Mex. Seguro Soc*, 24(2), 115-122.
- Monte, P. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Publicado El*, 25.
- Montés, L. (2014). Prevalencia síndrome de Burnout asociado a variables fisiológicas, químicas y antropométricas en el personal médico tratante de los servicios de cada especialidad en el Hospital Enrique Garcés durante el periodo octubre – diciembre 2014 (Tesis doctoral). Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Ecuador.

- Morán, C. (2006). *Personalidad, afrontamiento y burnout en profesiones de atención a personas con discapacidad intelectual*. Revista española sobre discapacidad intelectual 36(1).
- Moreno, B., González, J. y Garrosa, E. (1999). Burnout docente, sentido de la coherencia y salud percibida.
- Moreno, B., Seminotti, R., Garrosa, E., Rodríguez, R., & Morante, M. (2005). El burnout médico: la ansiedad y los procesos de afrontamiento como factores intervinientes. *Ansiedad y Estrés*, 11(1), 87-100.
- Ortega, C., & López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas¹. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1).
- Outomuro, D & Mariel, A. (2013). *Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica*. Rev médica de Chile, vol 141(3).
- Parada, M., Moreno, R., Mejías, Z., Rivas, A., Rivas, F., Cerrada, J., & Rivas, F. (2005). Satisfacción laboral y síndrome de burnout en el personal de enfermería del Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes (IAHULA), Mérida, Venezuela, 2005. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 23(1), 33-45.
- Pardo, A. (2017). ¿ Qué es la salud?. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 4.
- Paredes, O., & Sanabria, P. (2008). Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. *Revista Med*, 16(1).
- Pérez, A. (2010). El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, (112), 42-80.
- Pines, A., & Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. Free press.
- Price, D. & Murphy, P. (1984). Staff burnout in the perspective of grief theory. *Death Education*, 8 (1) 47-58.
- Ramírez, S., & Groenow, K. (2012). Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta, en el periodo de mayo a agosto de 2012.

- Ramírez, M., & Zurita, R. (2010). Variables organizacionales y psicosociales asociadas al síndrome de burnout en trabajadores del ámbito educacional. *Polis (Santiago)*, 9(25), 515-534.
- Reyes, Y., Reyes, J., & Cofiño, M. (2012). Grado de satisfacción laboral de los Médicos Generales Integrales en Sagua la Grande. *Medisur*, 10(3), 188-194.
- Risquez, M., Hernández, F., & Fernández, C. (2008). Burnout y salud percibida en profesionales de enfermería de Cuidados Intensivos. *Enfermería intensiva*, 19(4), 169-178.
- Rosales, Y., & Rosales, F. (2013). Burnout estudiantil universitario: Conceptualización y estudio. *Salud mental*, 36(4), 337-345.
- Rubio, J. (2003). *Síndrome de Burnout en Orientadores de Instituto de Enseñanza Secundaria* (Doctoral dissertation, Tesis inédita de doctorado). Universidad de Extremadura, Cáceres, España).
- Salanova, M., Bresó, E., & Schaufeli, W. (2005). HACIA UN MODELO ESPIRAL DE LAS CREENCIAS DE EFICACIA EN EL ESTUDIO DEL BURNOUT Y DEL ENGAGEMENT. *Ansiedad y estrés*, 11.
- Salanova, M., & Llorens, S. (2008). Estado actual y retos futuros en el estudio del burnout. *Papeles del psicólogo*, 29(1).
- Sandoval, C., González, P., Sanhueza, L., Borjas, R., Odgers, C., & Figueroa, G. (2007). Síndrome de Burnout en el personal profesional del Hospital de Yumbel. In *Santiago de Chile: XII Congreso Nacional del Colegio Médico de Chile*.
- Schaufeli, W., & Buunk, B. (2003). Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing. *The handbook of work and health psychology*, 2, 282-424.
- Schaufeli, W., Maslach, C., & Marek, T. (1993). Professional burnout: Recent developments in theory and research.
- Shirom, A. (1989). Burnout in work organizations.
- Shirom, A. (2009). Acerca de la validez del constructo, predictores y consecuencias del burnout en el lugar de trabajo. *Ciencia & Trabajo*, 32(11), 44-54.

- Suárez, A., Serpa, C. y Morales, C. (2014). Síndrome de Burnout en los Médicos residentes del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo (Tesis de especialidad). Universidad Católica de Cuenca. Ecuador.
- Tejada, P., & Gómez, V. (2009). Factores psicosociales y laborales asociados al burnout de psiquiatras en Colombia. *Revista colombiana de psiquiatría*, 38(3).
- Tello, J. (2010). Nivel de síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeros de los Servicios Críticos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, 2009.
- Terrón, M., & Cobano, V. (2008). El papel de la mujer en las ilustraciones de los libros de texto de educación primaria. *Foro de Educación*, 6(10).
- Thompson, M., Page, S., & Cooper, C. (1993). *A test of carver and scheier's self- control model of stress in exploring burnout among mental health nurses*. *Stress and Health*, 9(4), 221-235.
- Torres, B., Pérez, L., Vélez, A., Rodríguez, T., Guillén, A., & Béjar, M. (2006). Prevalencia del síndrome de Burnout en los anesestesiólogos del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla. *Revisista Espanhola de Anestesiologia*, 53(6), 359-362.
- Useche, M. (2008). Factores de personalidad relacionados con el síndrome de Burnout a partir de los tipos de personalidad A, B y C. (Tesis de especialidad). Pontificia Universidad Javeriana. Colombia.
- Vera, B., Pablo, J., Cabrera, H., & Cedillo, J. (2012). *Prevalencia y factores influyentes del síndrome de burnout en internos y residentes de los hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga, Cuenca-Ecuador, enero-julio 2011* (Bachelor's thesis).
- Vargas, S., Herrera, G., Rodríguez, L. & Sepúlveda, G. (2010). Confiabilidad del cuestionario Brief COPE Inventory en versión en español para evaluar estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de seno. *Investigación en enfermería: Imagen y Desarrollo*, 12(1).
- Winnubst, J. (1993). Organizational structure, social support, and burnout.

Zuluaga, P., Montoya, A., & Moreno, S. (2012). Relación entre síndrome de burnout, estrategias de afrontamiento y engagement. *Psicología desde el Caribe*, 29(1).

ANEXOS

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTES Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto de Investigación: “Burnout en profesionales de la salud en el Ecuador”.

Departamento de Psicología

Investigador responsable: Rocío Ramírez Zhindón

Estudiante de la UTPL:

Información General

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

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

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

¿Quiénes participarán en el estudio?

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

La población objeto de estudio serán el personal de instituciones de salud, es decir médicos en servicio activo al igual de cualquier especialidad y enfermeras que se encuentre vinculados tanto a instituciones privadas como públicas en todo el Ecuador; independientemente de la edad, género, ubicación geográfica (urbano-rural).

Procedimientos del estudio

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

Beneficios de su participación:

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

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

¿Incurriré en algún gasto?

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

Riesgos y molestias:

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

Confidencialidad de los datos:

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

Participación voluntaria:

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

Contactos para preguntas acerca del estudio:

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

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

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

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

NOMBRE:

.....

FIRMA

ANEXO Nro. 1



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

Datos Personales

Género Masculino Femenino

Edad ____ años

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

La zona en la que trabaja es: Urbana Rural

Etnia Mestizo Blanco Afro ecuatoriano Indígena

Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado o separado Unión Libre

Número de Hijos: _____

Recibe su remuneración salarial: si no

La remuneración se encuentra entre:

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

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

Datos Laborales

Profesión: Médico/a Especialidad de medicina en: _____

Enfermera

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado Público Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales Ninguno

Horas que trabaja Diariamente _____

Trabaja usted en turno SI No

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

Ninguno 25 % 25-50% 50-75% 75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____

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

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

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

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

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

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

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

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

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.							

Maslach, C. y Jackson, S.E. 1981; (1986). Seisdedos,(1997). Recuperado
<http://www.semergen.es/semergen/microsites/manuales/burn/deteccion.pdf>

Anexo 2.3

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
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.centrodesaluddebolillos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Test%20e%20indices/Cuestionarios%20valoracion%20\(salud%20mental\)%20Test%20e%20indices.pdf](http://www.centrodesaluddebolillos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Test%20e%20indices/Cuestionarios%20valoracion%20(salud%20mental)%20Test%20e%20indices.pdf)

Anexo 2. 4

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
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:

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

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 2.5.
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
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 2.6.
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
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).